

Accès aux soins en cas de fièvre en milieu urbain dans un contexte de subvention des médicaments : une approche multi-niveau.

Georges Koné, IRD, UCAD, Sénégal

Stéphanie Dos Santos, LPED-IRD, Sénégal

Martine Audibert, CERDI-Université d'Auvergne, France

Lalou Richard, LPED-IRD, France

Introduction

L'accès aux soins de santé dépend largement du type de système de santé, de son organisation et de son mode de financement. En Afrique, suite à la généralisation de la tarification des actes médicaux et des médicaments, les ménages pauvres et vulnérables avaient des difficultés à accéder à des soins de qualité. Plusieurs études, dont le projet « qualité et accès aux soins en milieu urbain en Afrique de l'Ouest », mettent en relief cette inégalité du recours aux soins dans cinq capitales, dont Dakar au Sénégal.

Problématique

Longtemps ignoré dans les villes sahéliennes comme un problème de santé publique, le paludisme fait partie, depuis ces dernières années, des préoccupations des ménages et des professionnels de santé. A Dakar, l'urbanisation massive et brutale d'une part et les inondations de ces dernières années (2005 et 2008) d'autre part, ont entraîné une augmentation du niveau d'endémicité palustre. Parallèlement, on constate une très forte disponibilité d'antipaludiques et la croissance de leur consommation. En 2005, l'analyse des registres des centres et postes de santé de l'agglomération de Dakar a montré que le paludisme occupe dans certains quartiers une part importante (plus de 50%) des motifs de consultation.

Comme beaucoup de pays de la sous-région, le Sénégal a répondu à plusieurs rounds du Fonds Mondial et en a obtenu trois depuis 2001. D'autres partenaires (Banque Mondiale, Banque Islamique, BAD, USAID, OMS, President's Malaria Initiative) soutiennent également le programme de lutte contre le paludisme, ce qui a permis de diminuer progressivement le fardeau du paludisme pour la population cible (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans).

Objectif

L'objet de cette communication est d'étudier, dans un contexte de réduction des coûts pour les ménages, les déterminants de la demande de soins à Dakar et d'analyser plus particulièrement l'effet coût restant à charge et l'effet revenu sur le recours aux soins. Plus particulièrement, nous nous demandons si les mécanismes de subvention du traitement et de prévention du paludisme ont permis de lever la barrière financière du recours aux soins de santé moderne des enfants de 2 à 10 ans en cas d'épisode fébrile.

Pour répondre à cette question, nous analysons les déterminants de la demande de soins et nous posons l'hypothèse que :

- l'automédication serait la stratégie des ménages pauvres.
- l'importance de l'offre de soins, permettrait le recours à un établissement de soins de santé, quelque que soit le niveau de vie économique du ménage.

Méthodologie

Nous nous appuyons sur le cadre conceptuel proposé par Andersen (1995). Ce cadre fournit un outil d'analyse pour identifier et tester les relations causales entre l'accès aux soins et les facteurs individuels et environnementaux (Hani Guend, 2006). Le modèle d'Andersen regroupe les variables explicatives de la demande de soins en deux catégories :

- les variables contextuelles, représentées dans notre cas, par l'offre et le système de soins (densité des établissements de santé, qualité perçue, prix du traitement) et par l'environnement immédiat, mesuré par les caractéristiques du quartier d'habitation ;
- les facteurs individuels a) prédisposant que sont les caractéristiques du malade : l'âge, le genre, la fratrie, et la gravité perçue de l'épisode; b) facilitant l'accès aux soins tels que les caractéristiques du ménage (éducation de la mère, éducation du père, revenu et niveau de vie du ménage, taille de la famille, couverture sociale, réseau social).

La variable expliquée, le type de recours, comprend trois modalités l'automédication (50,65% des choix), recours à un établissement public de santé (37,24%), recours à un établissement privé de santé (12,12%). Les coûts moyens (écarts-type) pour ces trois types de recours sont respectivement de 825(1202) CFA, 5763 (3206) CFA et 5 141 (3 417) CFA.

Parmi les facteurs individuels facilitant l'accès figurent le niveau de vie et le niveau de capital social des ménages. Pour mesurer ces niveaux, des index composites ont été construits en utilisant l'analyse en composantes principales (pour les variables quantitatives) et l'analyse en composante factorielle (pour les variables qualitatives). L'index de niveau de vie des ménages est construit à partir des données sur les dépenses de consommation et les biens matériels possédés par les ménages. Les données sont issues d'une enquête ménages réalisée en 2008 à Dakar. Au cours de cette enquête, 50 quartiers ont été tirés et 2.952 ménages comprenant 28.698 individus dont 7.413 enfants de 2 à 10 ans, ont été enquêtés. Dans cette étude, ne sont retenus que les ménages ayant eu au moins un cas de fièvre chez les enfants de 2 à 10 ans le mois précédant l'enquête. Le modèle Probit multi-niveau a été utilisé pour estimer la demande de soins. L'approche multi-niveau permet d'outrepasser les limites des modèles classiques (Courgeau, 2002 ; Hoen, 2007), et de prendre en compte les influences contextuelles (quartier). Nous avons utilisé le logiciel MLwin 2.10 (Université de Bristol, 2009). Puis nous avons utilisé un modèle multinomial probit afin de faire une analyse simultanée des déterminants entre l'automédication, et le type d'établissement (public ou privé) utilisé en cas de recours aux soins de santé moderne hors du domicile.

Résultats

Bien qu'elle soit faible, il existe un effet contextuel (quartier) dans le choix du type de recours aux soins de santé (notamment la pratique de l'automédication) dans l'agglomération de Dakar.

Le niveau de vie du ménage semble ne pas avoir d'effet sur le choix thérapeutique (l'élasticité revenu et l'élasticité prix ont un coefficient, certes significatif, mais proche de zéro). Par contre la stratification des ménages a permis de mettre en exergue que plus le ménage est riche, plus la probabilité d'utiliser les services de santé publics en cas de fièvre au lieu de recourir à l'automédication est grande. On note aussi que plus la densité des établissements publics de santé dans le quartier est forte plus le ménage a tendance à recourir à ce type d'établissement.

Contrairement à nos attentes, les résultats indiquent que plus le niveau d'éducation de la mère de l'enfant est élevé, plus la probabilité de recourir à l'automédication est grande. Cependant, en cas de recours externe, elles ont tendance à consulter les établissements privés de santé plutôt que les établissements publics. Parallèlement, plus le niveau de capital social de la mère est élevé, plus la probabilité de recourir à l'automédication est forte. Une analyse détaillée montre que les mères à capital social élevé sont issues de ménages pauvres, alors que celles à niveau d'éducation élevé sont issues de ménages aisés. Cette courbe en U de la pratique de l'automédication, en fonction notamment du niveau économique du ménage, devrait signaler deux logiques socioéconomiques très différentes. Dans le cas des ménages les plus pauvres, l'automédication – clairement moins coûteuse que le

recours externe – s’assimile à une stratégie de réduction des coûts médicaux (Mariko et Cissé, 2000). Les mères en situation de précarité décident alors, selon leurs possibilités, soit d’utiliser une médication acquise sur ordonnance, mais dans un contexte différent, soit d’acquérir par elle-même certains médicaments correspondants à leurs capacités financières. Ce premier cas figure une automédication contrainte.

Dans le second cas – celui des ménages riches – nous pourrions invoquer des arguments généralement employés dans les pays développés. Si, pour ces ménages, le coût direct des soins ne constitue pas une barrière au recours externe, l’automédication leur permet en revanche d’éviter de subir les coûts d’opportunité du transport et de la consultation médicale, qui sont plus élevés pour les actifs, notamment les plus occupés et les mieux rémunérés, que pour les non actifs. Dans ce cas, l’automédication caractérise un comportement de patients habitués à l’automédication, et pour lesquels son usage est un choix positif, qui peut permettre de gagner du temps.

Par définition, l’automédication suppose une prise de risque. Les ménages de Dakar, les pauvres comme les riches, l’assument et tentent de réduire ce risque ainsi que l’incertitude qui y est associée, par un meilleur accès à l’information. Pour les plus pauvres, il s’agit de mobiliser leur capital social, quant au plus riches, ils s’appuient sur leur capital humain.

Conclusion

Dans un contexte de forte pratique de l’automédication, la subvention des antipaludiques notamment dans les filières privées devrait favoriser l’accès à des médicaments efficaces, notamment pour les plus pauvres. Cependant, la distribution des médicaments subventionnés se heurtent encore trop souvent à des ruptures de stock et à la résistance des pharmaciens privés. En outre, le remplacement du médecin par le médicament n’est pas sans conséquences en termes de santé publique et de chimiorésistance.

Depuis 2008, le Sénégal a adopté comme nombre de pays, la gratuité du traitement contre le paludisme. Notre étude se poursuit actuellement avec un second passage d’enquête auprès d’un sous-échantillon des ménages enquêtés en 2008. Elle permettra de comparer les dépenses moyennes du recours en cas de fièvre dans un contexte de subvention et dans un contexte de gratuité des soins du paludisme.

Annexe 1 : modèle Probit multi-niveau. Variable expliquée est l'automédication (1= oui, 0=non). En autre terme, Recours à l'Automédication (vs recours à établissement de soins de santé moderne hors du domicile).

	Modèle 0 (Modèle vide)		Modèle 1 (Facteur prédisposant individuel)		Modèle 2 (Facteur de capacité individuel)		Modèle 3 (Facteur contextuel)	
	Elasticité (sd)	Z-Stat	Elasticité (sd)	Z-Stat	Elasticité (sd)	Z-Stat	Elasticité (sd)	Z-Stat
Facteurs prédisposant individuel								
Sexe de l'enfant malade								
Féminin	Référence		référence	_	référence		référence	
Masculin	-		-0,01 (0,08)	-0,14	0,00 (0,08)	0,00	-0,00(0,08)	0,00
Niveau d'éducation de la Mère								
Aucun niveau	Référence		référence	_	référence		référence	
Niveau primaire	-		0,17 (0,08)**	2,09	0,18 (0,08)**	2,13	0,16(0,09)*	1,84
Secondaire et plus	-		0,36 (0,10)***	3,52	0,35 (0,10)***	3,42	0,29(0,10)***	2,91
Sexe du chef de Ménage								
Féminin	Référence		référence	_	référence		référence	
Masculin	-		-0,05 (0,07)	-0,58	-0,04 (0,08)	-0,5	-0,04(0,08)	-0,5
Proportion des enfants de 2 à 10 dans le ménage	-		0,17 (0,26)	0,65	0,28 (0,27)	1,06	0,37(0,27)*	1,38
Facteurs facilitant individuel								
Proxy du revenu mensuel (dépense par équivalent adulte)					0,00 (0,00)	0,00	0,00(0,00)	0,00
Niveau de vie du ménage								
Très pauvre	Référence		référence	_	référence		référence	
Pauvre	-		-		0,03 (0,13)	0,25	0,03(0,14)	0,18
Intermédiaire	-		-		-0,00 (0,12)	-0,00	-0,01(0,13)	-0,08
Riche	-		-		-0,30 (0,16)*	-1,86	-0,34(0,16)**	-2,10
Mère ayant oui ou non une activité économique								
Non occupé	Référence		référence		référence		référence	
occupé			-		0,13(0,06)**	2,02	0,13(0,07)**	1,96
Niveau de réseau social de la mère								
Faible	Référence		référence	_	référence		référence	
Moyen	-		-		0,10 (0,11)	0,94	0,09(0,11)	0,86
Bon (fort)	-		-		0,17(0,11)*	1,52	0,16(0,11)**	1,40
Couverture sociale/santé du ménage								
Pas de couverture sociale	Référence		référence	_	référence		référence	
Dispose de couverture sociale	-		-		-0,11 (0,10)	1,12	-0,17(0,10)*	-1,62

Aptitude et connaissance en santé								
Niveau de culture en santé de la mère								
Faible	Référence		référence		référence			
moyen	-		-		0,18(0,08)**	2,19	0,19(0,08)**	2,40
Bon (fort)	-		-		0,15(0,08)*	1,88	0,14(0,08)*	1,77
Facteurs contextuels								
Proportion des individus ayant aucun niveau d'éducation dans le quartier**							-0,66(0,55)	1,20
Niveau de pauvreté du quartier								
Pauvre (class_fin_qt1)	Référence		référence				référence	
Riche (class_fin_qt2)	-		-		-		-0,22(0,16)*	1,36
Hétérogène (class_fin_qt3)	-		-		-		-0,16(0,12)*	1,36
Offre de soins dans le quartier								
Densité d'établissement public								
Faible (DtéStrucPubli_qt1)	référence		référence		Référence		référence	
Moyenne (DtéStrucPubli_qt2)	-		-		-		0,06(0,10)	0,62
Forte (DtéStrucPubli_qt3)	-		-		-		0,08(0,10)	0,78
Densité d'officine de pharmacie privée								
Faible (DtéPharmacie_qt1)	référence		référence		Référence		Référence	
Moyenne (DtéPharmacie_qt2)	-		-		-		-0,11(0,12)	0,92
Forte (DtéPharmacie_qt3)	-		-		-		0,17(0,12)*	1,36
Coût moyen du traitement dans le quartier (en F CFA)	-		-		-		0,00(0,00)	0,00
Besoin de santé dans le quartier								
Niveau de risque d'inondation du quartier								
Faible (RisqInondat_qt1)	Référence		référence	_	référence		référence	
Moyen (RisqInondat_qt2)	-		-		-		-0,38(0,12)***	3,11
Elevé (RisqInondat_qt3)	-		-		-		-0,34(0,14)**	2,41
Proportion enfant de 2 à 10 ayant eu la fièvre dans le quartier. (fièvre déclaré par le ménage) besoin perçu	-		-		-		-1,19(0,74)*	1,60
Constance	0,027(0,049)	0,55	0,14(0,11)*	1,26	-0,46(0,16)***	-2,76	0,24(0,41)	0,57
Variance	0,055(0,022)***	2,5	0,041(0,019)**	2,15	0,040(0,019)**	2,10	0,005(0,011)	0,45
*** p< 0,01; **p<0,05 ; *p<0,1								

Annexe 2 : Analyse interaction entre les deux niveaux (individuel/ménage et quartier)

Recours à l'Automédication (vs recours à établissement de soins de santé moderne hors du domicile)		
Interaction ménage /quartier	Elasticité (sd)	Z-Stat
Niveau de pauvreté du ménage X Niveau de pauvreté du quartier		
Intermédiaire_ménage X Hétérogène_quartier	Référence	
Très pauvre_ménage X pauvre_quartier	0,18(0,28)	0,63
Très pauvre_ménage X Riche_quartier	-0,45(0,75)	-0,61
Pauvre_ménage X pauvre_quartier	0,01(0,21)	0,07
Pauvre_ménage X riche_quartier	-0,39(0,22)*	-1,76
Riche_ménage X pauvre_quartier	0,11(0,43)	0,25
Riche_ménage X riche_quartier	-0,19(0,25)	-0,70
Niveau de pauvreté du ménage X Densité de pharmacie		
Intermédiaire X densité moyenne	Référence	
Très pauvre X faible densité	0,33(0,27)	1,20
Très pauvre X forte densité	0,18(0,39)	0,46
Pauvre X faible densité	0,22(0,20)	1,07
Pauvre X forte densité	0,06(0,24)	0,27
Riche X faible densité	-0,01(0,39)	-0,02
Riche X forte densité	0,01(0,23)	0,05

*** p< 0,01; **p<0,05 ; *p<0,1

Annexe 3 : Modèle multinomial probit

Variable expliquée choix thérapeutique : Recours à l'automédication (référence)	Recours à un établissement public		Recours à un établissement privé	
	Elasticité (sd)	Z-Stat	Elasticité (sd)	Z-Stat
Facteurs prédisposant individuel				
Sexe de l'enfant malade				
Féminin	Référence		référence	_
Masculin	-0,02(0,03)	-0,62	0,02 (0,02)	0,63
Niveau d'éducation de la Mère				
Aucun niveau	Référence		référence	_
Niveau primaire	-0,04(0,03)	-1,08	-0,02 (0,03)	-0,78
Secondaire et plus	-0,10(0,04)**	-2,33	-0,02 (0,10)	-0,68
Sexe du chef de Ménage				
Féminin	Référence		référence	_
Masculin	0,05(0,03)*	1,41	-0,04 (0,02)*	-1,58
Proportion des enfants de 2 à 10 dans le ménage	-0,17(0,11)*	-1,58	0,06 (0,08)	0,83
Facteurs facilitant individuel				
Proxy du revenu mensuel (dépense par équivalent adulte)	-0,00(0,00)	-0,45	-0,00(0,00)	-0,04
Niveau de vie du ménage				
Très pauvre	Référence		référence	_
Pauvre	0,03(0,06)	0,61	-0,00(0,04)	-0,13
Intermédiaire	0,10(0,05)*	1,92	-0,03(0,04)	-0,77
Riche	0,14(0,08)*	1,62	0,07(0,06)	1,13
Mère ayant oui ou non une activité économique				
Non occupé	Référence		référence	
occupé	-0,03(0,03)	-1,14	-0,02(0,02)	-0,99
Niveau de réseau social de la mère				
Faible	Référence		référence	_
Moyen	-0,03(0,04)	-0,74	0,01(0,03)	0,30
Bon (fort)	-0,09(0,04)**	-2,19	0,02(0,03)	0,49

Couverture sociale/santé du ménage				
Pas de couverture sociale	Référence		référence	_
Dispose de couverture sociale	0,04(0,04)	1,03	0,03(0,03)	1,16
Aptitude et connaissance en santé				
Niveau de culture en santé de la mère				
Faible	Référence		référence	
moyen	-0,04(0,04)	-1,10	0,00(0,18)	0,15
Bon (fort)	-0,02(0,04)	-0,60	-0,01(0,02)	-0,39
Facteurs contextuels				
Proportion des individus ayant aucun niveau d'éducation dans le quartier	0,29(0,29)	0,99	0,14(0,26)	0,53
Niveau de pauvreté du quartier				
Pauvre (class_fin_qt1)	Référence		référence	
Riche (class_fin_qt2)	0,06(0,08)	0,77	0,03(0,05)	0,50
Hétérogène (class_fin_qt3)	0,07(0,55)*	1,37	-0,00(0,04)	-0,11
Offre de soins dans le quartier				
Densité d'établissement public				
Faible (DtéStrucPubli_qt1)	référence		référence	
Moyenne (DtéStrucPubli_qt2)	-0,04(0,04)	-0,78	0,01(0,02)	0,35
Forte (DtéStrucPubli_qt3)	0,04(0,04)	0,85	-0,06(0,03)**	-2,28
Densité d'officine de pharmacie privée				
Faible (DtéPharmacie_qt1)	Référence		Référence	
Moyenne (DtéPharmacie_qt2)	-0,01(0,05)	-0,23	0,06(0,03)**	1,81
Forte (DtéPharmacie_qt3)	-0,12(0,06)**	-1,93	0,06(0,04)*	1,55
Coût moyen du traitement dans le quartier (en F CFA)	-0,00(0,00)	-0,06	-0,00(0,00)	-1,00
Besoin de santé dans le quartier				
Niveau de risque d'inondation du quartier				
Faible (RisqInondat_qt1)	Référence		référence	_
Moyen (RisqInondat_qt2)	0,10(0,06)*	1,65	0,03(0,03)	0,98
Elevé (RisqInondat_qt3)	0,16(0,07)**	2,21	-0,05(0,04)	-1,14
Proportion enfant de 2 à 10 ayant eu la fièvre dans le quartier. (fièvre déclaré par le ménage) besoin perçu	0,51(0,37)	1,38	0,12(0,22)	0,52
*** p< 0,01; **p<0,05 ; *p<0,1				