

Décomposition des inégalités d'utilisation des soins des enfants de moins de cinq ans : effets de la politique d'exemption de paiement des soins de santé au Sénégal

Decomposing Inequalities in the Utilization of Care for Children Under Five: Effects of the Health Care Payment Waiver Policy in Senegal

FALL Mouhamed

Enseignant chercheur, Docteur es Sciences Economiques et de Gestion
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Laboratoire d'Analyse des politiques Economiques et Sociales
Dakar, Sénégal
fallmouhamed88@yahoo.fr

Date de soumission : 23/04/2023

Date d'acceptation : 06/06/2023

Pour citer cet article :

FALL M. (2023) « Décomposition des inégalités d'utilisation des soins des enfants de moins de cinq ans : effets de la politique d'exemption de paiement des soins de santé au Sénégal », Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 4 : Numéro 6 » pp : 141 - 167.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Cet article évalue à partir des données de l'enquête démographique et de santé continue de 2012 et de 2017, l'effet de la politique de gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans sur les inégalités d'utilisation. Une décomposition de l'indice d'inégalité d'utilisation a été utilisée. Les résultats décèlent une relation positive et significative entre la politique de gratuité des soins et l'utilisation des soins, un taux d'utilisation des services très faible. Ils montrent également des inégalités de revenu existantes et une diminution 5,532 % des inégalités d'utilisation entre 2012 et 2017. Ainsi, l'enjeu majeur concernant le financement de la santé reste la rationalisation et la transparence de son utilisation dans les différents secteurs de la santé.

Mots clés : inégalités ; politique d'exemption (gratuité) ; enfants de moins de cinq ans ; utilisations des soins ; Sénégal.

Abstract

This article evaluates, using data from the 2012 and 2017 continuous demographic and health survey, the effect of the policy of free care for children under five on inequalities in use. A decomposition of the inequality of use index was used. The results reveal a positive and significant relationship between the policy of free care and the use of care, a very low rate of use of services. They also show existing income inequalities and a 5.532% reduction in inequalities in use between 2012 and 2017. Thus, the major issue concerning health financing remains the rationalization and transparency of its use in the different sectors of the health sector. health.

Keywords : inequalities ; exemption policy (free) ; children under five ; uses of care ; Senegal.

Introduction

Les objectifs de développement durable lancent un appel universel à l'action pour éliminer la pauvreté, protéger la planète et améliorer le quotidien de toutes les personnes partout dans le monde, tout en leur ouvrant des perspectives d'avenir, montre l'agenda 2030¹. Des inégalités sont constatées non seulement entre pays mais aussi à l'intérieur d'un même pays. Ce qui est à l'origine des solutions comme lever une partie des barrières financières en s'attaquant au paiement direct. Dans ce sens des réformes de financement de la santé orientées vers des mécanismes de subventions ou d'exemption des paiements ont été adoptées (Gilson et al, 2005 ; Ridde et al, 2012). Elles se traduisent par la mise en place de divers programmes dont les politiques publiques (la gratuité par exemple) sous plusieurs formes. Le Sénégal, à l'instar des pays pauvres, a mis en place plusieurs documents et stratégies² allant dans le même sens. C'est dans ce cadre que s'inscrit la création d'une politique de Couverture Maladie Universelle (CMU) pour l'accessibilité financière et géographique (carte sanitaire et sociale), en droite ligne des recommandations de l'OMS. Son objectif est d'assurer des problèmes de santé d'une certaine catégorie de la population sans que cette dernière ne participe financièrement en passant par des programmes de gratuité (césarienne, plan sésame, dialyse et enfants de moins de cinq ans). Elles sont sous-tendues par un paradigme d'équité développé au niveau international, paradigme découlant des barrières financières qui ont beaucoup réduit les recours aux soins pour les pauvres (Ba et al, 2015). Concernant la couverture maladie universelle, le taux de couverture a faiblement évolué : de 46% en 2015, il s'établit à 47% en 2017³.

En dépit des efforts déployés par les Etats et les partenaires au développement, les taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés. Eu égard à ce qui précède, nous sommes amenés à poser la question suivante : l'exemption de paiements ou la gratuité des soins permet-elle de diminuer les inégalités d'utilisation des soins des enfants de moins de cinq ans ?

Cet article évalue l'effet de l'instauration de la politique de gratuité des soins sur les inégalités d'utilisation. De manière spécifique, il s'agit de :

- mesurer l'influence de la gratuité sur les inégalités d'utilisation des soins de santé ;
- ressortir les déterminants de cette inégalité formée ;
- analyser les disparités de l'inégalité d'utilisation au niveau régional.

¹ Programme de développement durable à l'horizon 2030

² Il s'agit du Plan de Développement Economique et Social (PDES) (1996 - 2001), du DSRP (2003 – 2005), du DSRP II (2006 – 2010), du PNDS (2009 - 2018) qui constituent la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation des OMD, du PNDSS (2019-2028) en particulier son axe 2 et le PSE, porté par un Plan d'Action Prioritaire (PAP), lui-même scindé en deux phases.

³ République du Sénégal (2018): Rapport stratégie du plan Sénégal Emergent (PSE2) Plan d'Actions Prioritaires (2019 - 2023)

L'intérêt de cet article peut se justifier par l'insuffisance d'études particulières, à notre connaissance, sur la politique de gratuité des soins des enfants de moins de cinq depuis l'instauration de la politique au Sénégal. Les résultats de cet article pourront contribuer à la littérature et aux décisions sur le financement des soins de santé au Sénégal. Par exemple, pour une amélioration de la mise en œuvre de la politique mais également aider les décideurs à prendre des mesures pour statuer sur les taux de couvertures afin de sauver plus d'enfants.

Dans cet article nous allons d'abord présenter un état des connaissances de la littérature existante sur les inégalités d'utilisation des soins ensuite le cadre théorique et la méthode utilisée pour l'estimation seront exposés et enfin nous représenterons les résultats et l'interprétation des résultats qui en découlent.

1. Revue de la littérature sur l'équité et l'inégalité d'accès aux soins de santé : concepts et approches théoriques

L'analyse des inégalités au niveau de systèmes de santé se focalise essentiellement sur les inégalités d'utilisation des soins de santé (Richard et al, 2017 et Mané, 2013).

1.1. Accessibilité et utilisation des services de santé

L'accès, un concept défini et utilisé de manière différente dans la littérature existante. Ainsi, on note un certain nombre de définitions différentes de l'accessibilité qui ont été soumises par les auteurs de la recherche sur les services de santé et des politiques de santé.

Partons de la théorie de Penchansky et Thomas (1981) qui soutient que « l'accès est, le plus souvent, perçu comme un concept qui renvoie en quelque sorte à la capacité ou à la volonté des consommateurs d'entrer dans le système de soins de santé » et définit cet accès comme « un concept représentant le degré d'adéquation entre les clients et le système ». Pour eux, il existe deux thèmes principaux concernant le concept d'accès qui apparaissent. Le premier thème a tendance à assimiler l'accès aux caractéristiques de la population ou du système de prestation. En d'autres termes les facteurs qui influencent sur l'entrée. Alors le second soutient que l'accès peut être mieux évalué à l'aide d'indicateurs de résultat du passage de l'individu à travers le système, tels que les taux d'utilisation ou les scores de satisfaction ou l'entrée dans le système de santé ou encore son utilisation. Selon Penchansky et Thomas (1981), ces mesures permettent une « validation externe » de l'importance du système et des caractéristiques individuelles. Ils stipulent que l'accès est optimisé en tenant compte de ces différentes dimensions c'est-à-dire : la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité.

Aday et Anderson (1974) et Anderson (1995) définissent ce concept d'accès de manière plus large qui va au-delà de l'accessibilité géographique ou spatiale pour prendre en compte, par

exemple, les influences financières, informationnelles et comportementales. Ils considèrent l'accès comme synonyme de disponibilité des ressources financières et du système de santé dans une région.

Cependant, parmi les nombreux cadres qui existent deux sont retenus pour évaluer l'accès aux soins de santé. En premier celui de Penchansky et Thomas (1981) qui cherchent à expliquer l'accès à travers cinq dimensions à savoir la disponibilité, l'accessibilité, l'accommodement, l'abordabilité et l'acceptabilité. Et le second, plus récent, est le modèle d'Andersen (1995).

Dans ce modèle, Anderson (1995) nous propose trois paramètres pour appréhender l'accès aux soins de santé. Chacun de ses paramètres est composé de sous-catégories évaluées par une gamme d'indicateurs. Les facteurs environnementaux incluent les mesures du système de santé (politique de santé, organisation et ressources) et l'environnement extérieur (composantes sociale, économique et physique). Les déterminants de la population sont expliqués à travers trois sous-catégories : caractéristiques pré-disposantes (démographie, structure sociale et croyances relatives à la santé), ressources habilitantes (caractéristiques familiales et communautaires) et besoins (perçus et évalués).

1.2. Equité : une approche diversifiée

S'agissant de la définition de ce concept, l'équité renvoie à différentes approches qui ont fait l'objet de nombreux travaux en économie, en particulier dans le champ de la santé, depuis plus d'une dizaine d'années (Schneider-Bunner, 1997).

La question de l'équité relève avant tout d'une considération éthique, qui a été bien définie dans le domaine de la santé qu'il s'agisse des différences entre éthique individuelle et éthique collective, de la diffusion de l'information médicale, du dilemme entre l'éthique des professionnels de santé et celle de l'administration de la santé, etc. (Le Pen. C., 1996).

Dans la théorie économique, l'inégalité économique est définie comme l'écart entre les riches et les pauvres en termes de répartition des revenus, de richesse, d'éducation, d'emploi, de satisfaction de la vie et de bonheur au sein d'un pays, entre pays et zones géographiques. Les décennies qui ont suivi la seconde guerre mondiale ont été marquées par une croissance globale importante, caractérisée par une faible inégalité sociale dans les pays industrialisés et dans certains pays en développement. Au cours des dernières décennies, marquées par le ralentissement de la croissance mondiale et l'apparition de la crise mondiale en 2008, les inégalités sociales se sont considérablement accrues pour atteindre les niveaux atteints dans les années 1920, avec des déséquilibres importants au sein des pays et entre eux. Le sujet de

l'inégalité sociale et économique a été traité dans l'abondance de la littérature économique tirée des travaux remarquables de Kuznets (1955).

Les philosophes distinguent trois principes d'égalité :

les utilitaires (Mill, Bentham, Jevons,...) privilégient une égale répartition entre tous : à chacun selon ses besoins. Cette approche peut justifier d'allouer des volumes de soins inégaux aux individus pour corriger les inégalités de nature biologique, économique et sociale ;

les libéraux s'attachent à respecter au contraire les préférences individuelles ; celles-ci peuvent se manifester sur le marché, et si le marché se révèle défaillant, il doit être corrigé par l'intervention publique ;

la théorie de la justice sociale de Rawls dans les années 1974 recueille aujourd'hui un large consensus, trouve ses fondements dans l'incertitude universelle sur l'avenir. Nul ne peut estimer à l'avance quelle sera sa situation de fortune et de sa santé à l'avenir. La théorie impose donc de corriger les inégalités dont souffrent les plus défavorisés.

1.3. Equité dans le système de santé au Sénégal

Après les indépendances, plusieurs des pays de l'Afrique (Sénégal, Guinée, Tanzanie, Mali, Ghana) ont tenté des politiques d'inspiration sociale avec une intervention de l'Etat axée sur une sécurité et une action sociale dans plusieurs secteurs (Charles, 1965). Actuellement, les autorités politiques utilisent la protection sociale comme instrument de développement économique mais aussi un moyen de réduction de la pauvreté. La majorité de la population étant pauvre et vivant dans des zones rurales à l'époque, les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions ultramodernes implantées en milieu urbain.

Dans ces institutions, les soins produits sont hautement technologiques et dirigés vers une minorité de privilégiés vivant dans le milieu urbain. C'est ce manque d'adéquation entre les besoins de la majorité de la population, les types de soins fournis et la concentration des structures de santé en ville, qui sera à la base d'une « révolte » de la population pour prendre leur santé en main (Mané, 2013).

1.4. Analyse des déterminants de l'utilisation des soins de santé : recours aux soins

Quatre catégories de variables peuvent expliquer les déterminants de recours aux soins de santé (Mizhari, 1978) : démographiques, socioéconomiques, offre de soins et la tarification des médicaments/actes médicaux. Par la suite, Fournier et Hadad (1995) et Audibert et al., (2004) envisagent à leur tour pour les besoins du repérage des déterminants de l'utilisation des services de santé trois grandes catégories à savoir : les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du

transport, couverture maladie), les déterminants liés à la qualité des soins⁴ et les déterminants socioculturels.

1.5. Avantages de l'assurance maladie dans la demande de soins de santé : la théorie

La politique de santé pour tous en 2000, depuis la conférence d'Alma Ata (1978), avait pour objectifs de réduire les inégalités sociales de santé, de mener des actions dans le système de soins en se basant sur les soins primaires (Couffinhal et al., 2005). Beaucoup d'études ont montré que le paiement direct a limité l'accès aux soins aux femmes et aux plus pauvres (Gilson, 2000 ; Nanda, 2002). L'instauration de la politique de gratuité ou la mise en place d'un système d'exemption pour les personnes indigentes était l'une des solutions prévues. Cependant, nombres d'études montrent que l'introduction des frais à la charge du patient eut même un effet positif en termes d'utilisation des services de santé quand celle-ci fut accompagnée de mesures visant à améliorer l'offre de soins et permet une plus grande autonomie des prestataires (Mathauer et al., 2017). Contrairement à d'autres, qui montrent que, les paiements directs par les patients sont introduits sans mesure d'accompagnement et sans autonomisation du prestataire, l'utilisation des services de santé s'est contractée, souvent au détriment des personnes pauvres et/ou vulnérables, qui se retrouvent exclus des services de santé. De plus en plus de pays à faible ou moyen revenu se sont engagés dans des réformes de financement de la santé orientées vers des mécanismes de subventions ou d'exemption des paiements (Gilson et al., 2005 ; Ridde et al., 2012) qui se traduisent par la mise en place de divers programmes dont les politiques publiques (la gratuité) sous plusieurs formes pour des groupes de population considérés comme vulnérables ou pauvres.

2. Méthodologie : Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins

On assiste ces dernières années, de plus en plus à une orientation des études sur les inégalités uniquement sur l'accès et la fourniture des soins de santé et non sur la répartition de la santé elle-même entre les sous-groupes de la population (Yienprugsawan et al., 2007). C'est ce qui permet à Sen⁵ de dire que les inégalités en matière de santé sont plus inquiétantes que les inégalités dans la plupart des autres domaines. Dans les pays européens, les politiques de santé se donnent en effet pour but non seulement d'améliorer l'état de santé global des populations, mais également de garantir une certaine égalité d'accès aux soins.

Les inégalités sociales de santé sont des éléments corrosifs pour la société. On entend par inégalités sociales de santé, celles qui sont observées entre des groupes sociaux dont les niveaux

⁴ Qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers

⁵ Lauréat du prix Nobel 1998

de favorisation différent. Ce sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques, entre pays et à l'intérieur des pays, qui sont à l'origine de nombreuses iniquités de santé, et ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. L'OMS, à son tour, a défini les inégalités en matière de santé comme étant des « différences systématiques en matière de santé » qui sont « évitables par une action raisonnable » et « tout simplement injustes ».

2.1. Indice de concentration : définition et calcul

Plusieurs d'outils ont été développés dans la littérature pour mesurer les inégalités socioéconomiques en matière de santé. Ainsi, dans cet article deux mesures répondent à des critères importants pour servir de mesure complète des inégalités (Wagstaff et al., 1991 ; Wagstaff et Van Doorslaer, 2000). Elles sont la mesure reflétant les expériences de l'ensemble de la population d'étude et la mesure garantissant les dimensions socio-économiques des inégalités en matière de santé sont prises en compte.

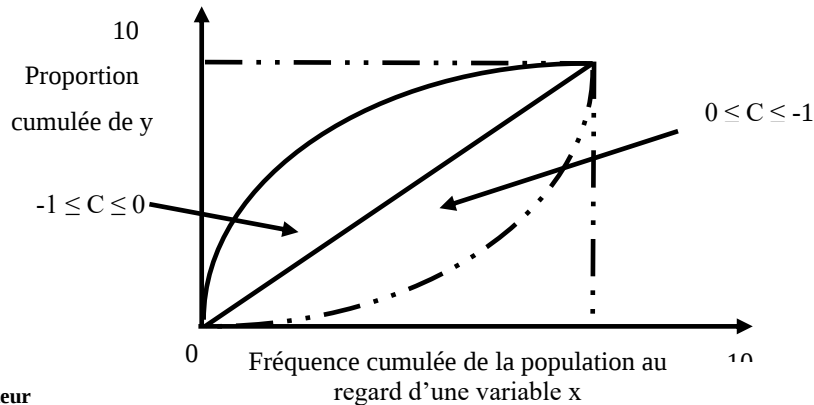
Un indice de mesure de l'inégalité de consommation de soins en fonction du revenu doit être en mesure de décrire l'inégalité d'utilisation observée, tout en mettant en évidence la part d'inégalité due aux besoins différenciés selon le revenu (part « justifiable » de l'inégalité), et la part d'inégalité due aux autres caractéristiques de l'individu (part « injustifiable ») (Wagstaff et Van Doorslaer, 2000). L'indice de mesure d'inégalité utilisé ici sera l'indice de concentration des soins en fonction du revenu.

On peut l'assimiler à un indice de concentration de GINI, et est comme un coefficient qui évalue la dispersion d'une série statistique (Dervaux B. et al, 2007). Il se définit en général à partir de la courbe de fréquence cumulative d'une variable aléatoire positive X (par exemple, une mesure de l'état de santé) définie sur une population (cette courbe est dite de Lorenz).

L'indice de concentration d'une variable y en fonction du revenu R se définit à partir de la courbe de concentration de y en fonction de R. Il correspond au double de l'aire de la surface délimitée par la courbe et la première diagonale du carré unité (graphique N°1). Plus la courbe s'éloigne de cette diagonale, plus l'inégalité est grande au sein de la population. Si l'indice de Gini est proche de 0, les inégalités dans la population sont faibles. Si l'indice de Gini est proche de 1, alors au contraire les inégalités sont fortes. Une valeur nulle signifierait que la santé est distribuée de manière égale. Un indice de concentration négatif traduit une inégalité favorable aux plus pauvres et inversement. L'indice de concentration de santé est proportionnel à la

covariance entre la variable de santé et le rang de revenu relatif, ce qui s'écrit de la manière suivante : $C = \frac{2 \times cov(y_i, R_i)}{\bar{y}}$

Graphique N°1 : Courbe de Lorentz et indice de concentration



Source : Auteur

La valeur de l'indice de concentration est comprise entre 0 et 1 en valeur absolue. Contrairement à l'indice de Gini, un indice de concentration peut prendre des valeurs négatives. Il est négatif lorsque la courbe de concentration se situe au-dessus de la diagonale.

Dans le cadre de cet article, nous cherchons à mesurer l'équité dans l'utilisation des services de soins de santé des enfants de moins cinq ans suite à l'instauration de la politique d'exemption de paiement des soins.

De manière plus formelle, le coefficient de concentration est proportionnel à la covariance entre la variable de santé et le rang fractionnaire.

$$C = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n (w_i(y_i - \mu)R_i - \frac{1}{2}) = \frac{2}{n\bar{y}} \sum_{i=1}^n w_i y_i R_i - 1 \quad (2)$$

où y_i représente le niveau de la variable de santé pour l'individu i (de moyenne μ) ; w_i , la pondération attachée à l'observation et R_i ⁶, représente le rang relatif de l'individu i dans la distribution des dépenses totales de consommation des n individus classés du plus faible indicateur de richesse au plus grand (Mané, 2013). De manière équivalente, C peut être estimé par la régression linéaire pondérée suivante : $\left(\frac{2\sigma^2}{\mu}\right)y_i = \alpha + \beta R_i + \varepsilon_i \quad (3)$

Où σ^2 est la variance pondérée de R_i . L'estimateur fournit une estimation de l'indice de concentration C . Disposant de cette information, il est donc possible de tester la valeur de C contre zéro. Si le test conduit à ne pas rejeter l'hypothèse de base ($H_0 = 0$) alors la

⁶ Si r_i est le rang de l'individu dans cette distribution, le rang relatif de l'individu se calcule en divisant ce rang r_i par le nombre d'individus. $R_i = \frac{r_i}{n}$ et $\bar{y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i$ est la moyenne des y_i

distribution de la variable y est répartie de manière uniforme au sein de la population. A l'inverse, si le test conduit à rejeter l'hypothèse H_0 alors la distribution de y est inégalitaire.

2.2. La décomposition de l'indice de concentration : principes généraux

L'idée maîtresse de la décomposition de l'indice de concentration est de connaître la contribution de chacun des facteurs dans l'inégalité formée. Ainsi, nous allons utiliser le processus en quatre étapes proposées par Kuchibhotla et Rosenman (2014).

Première étape : Calcul de l'indice de concentration pour une mesure de santé

En utilisant la formule (4) ci-dessus, nous calculons l'indice de concentration pour la santé comme :

$$C = \frac{2}{n\bar{y}} \sum_{i=1}^n y_i R_i - 1 \quad (4)$$

Où y_i la quantité utilisée de soins par l'individu i , n l'effectif, R_i est le rang relatif de l'individu i des n individus classés du plus faible indicateur de richesse au plus grand (Mané, 2013).

Deuxième étape : Estimation des coefficients du modèle de santé

Considérons une fonction de santé, c'est-à-dire une relation fonctionnelle entre un indicateur de santé (exemple : taux de mortalité infanto-juvénile) et certaines variables explicatives (ou exogènes) de cet état de santé (par exemple, l'âge et le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la couverture,) :

$$y_i = \alpha + \sum_{k=1}^k \beta_k x_{k,i} + \varepsilon_i \quad \forall i \in [1, \dots, n] \quad (5)$$

Troisième étape : Calcul de l'indice de concentration pour les termes de co-variables

Les indices de concentration des k co-variables de la santé (notés C_k) sur lesquels nous avons l'intention de décomposer l'IC sont calculés. Chaque C_k est obtenu en remplaçant la mesure de la santé dans l'équation (5) par la co-variable respective.

Quatrième étape : Décomposition de l'indice de concentration

En se souvenant que l'expression du coefficient de concentration, on obtient la décomposition suivante :

$$C = \sum_{k=1}^K \left(\frac{\beta_k \bar{x}_k}{\bar{y}} \right) C_k + \frac{GC_E}{\mu} \quad (6) \quad \text{où } \mu \text{ est la moyenne de } y, \bar{x}_k \text{ la moyenne}$$

de la variable exogène x_k , C_k l'indice de concentration de la variable exogène x_k et GC_E l'indice de concentration généralisé de la variable (reflétant l'inégalité de santé non expliquée par le modèle, par la fonction de santé). Avec :

$$GC_E = \frac{2}{n} \sum_{i=1}^n R_i \varepsilon_i \quad (7)$$

Ainsi, pour mesurer l'inégalité par rapport au besoin, l'indice de concentration doit être à nouveau décomposé en deux parties. Une partie qui représente les inégalités expliquées par les variables de besoin et une autre expliquée par les variables autres que celles de besoin correspondant à l'indice d'iniquité horizontale (*Horizontal inequity index*) et mesure l'iniquité existant dans la distribution des consommations de soins.

En considérant que le vecteur des K variables est composé d'un vecteur N de n variables de besoin et d'un vecteur P de p variables autres que celles de besoin, l'indice de concentration des inégalités peut être écrit sous la forme : $C = \sum_{n=1}^N \frac{\beta_n \bar{x}_n}{\bar{y}} C_n + \sum_{p=1}^P \frac{\beta_p \bar{x}_k}{\bar{y}} C_p + \frac{GC_E}{\bar{y}}$ (8)

Avec β_n et β_p les vecteurs de coefficients N et P.

L'indice d'inégalité est composé par les différences de besoins et par les facteurs autres que les besoins. L'inéquité de la consommation de soins est définie comme la part d'inégalité d'utilisation qui n'est pas expliquée par les besoins (inégalité "injustifiable"). Alors le premier terme est la partie de l'inégalité « justifiable » car l'inégalité constatée est expliquée par la différence dans les besoins. Le second terme montre l'inégalité qui n'est pas justifiable, il s'agit du degré d'inéquité horizontale noté HI (*Horizontal inequity index*) et est analysé en la somme de ces composantes. Ainsi, le coefficient de concentration des inégalités s'écrit en deux :

$C_N = \frac{\beta_n \bar{x}_n}{\bar{y}} C_n$ l'équation pour les besoins ; $\sum_{p=1}^P \frac{\beta_p \bar{x}_k}{\bar{y}} C_p + \frac{GC_E}{\bar{y}}$ l'équation d'iniquité.

3. Présentation des données et statistiques descriptives

3.1. Données

Pour décrire notre approche, nous allons observer les données quantitatives qui sont issues de deux enquêtes de l'EDS-Continue (Enquête de Démographie et de Santé Continue) qui ont été tenues au Sénégal (EDS-C 2012 et 2017). Dans cette partie nous allons d'abord présenter les données, ensuite les variables et enfin les statistiques descriptives.

L'année 2012 nous servira de référence c'est-à-dire avant instauration de la politique d'exemption et 2017 après instauration de cette politique dans la partie descriptive et empirique.

3.2. Présentation des variables

Nous allons présenter ici la variable dépendante, mais aussi les variables explicatives retenues qui sont scindées en variables de besoin, variables socioéconomiques et variables d'offre.

3.2.1. Variable dépendante

La variable dépendante mise en évidence est l'utilisation des soins de santé des enfants de moins de cinq ans au Sénégal. Cette variable est obtenue par une combinaison de deux questions qui sont : « Est-ce que (Nom de l'enfant) a eu de la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? » et « Est-ce (Nom de l'enfant) a été malade avec de la fièvre ou de la toux à n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines ? ». Les enfants ayant répondu « Oui » à ces questions ont été amenés à répondre à une deuxième question à savoir « Où êtes-vous allés pour chercher des conseils ou traitements ? » L'utilisation des services de soins de santé a été captée à travers la réponse à cette question. En effet, les principales causes de décès

chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme (OMS, 2019)⁷. Ce qui justifie ainsi le choix de ces pathologies. Les modalités de réponse à cette question sont au nombre trois. Il s'agit du secteur public (hôpital, centre de santé, poste de santé, clinique mobile, et les autres secteurs publics qui sont à préciser), du Secteur médical privé (hôpital/clinique privé, pharmacie, médecin privé, clinique mobile et autres secteurs médicaux privés qui sont à préciser) et des autres points de consultation (boutique, praticien traditionnel, marché, vendeur médicaments itinérants et autres sources à préciser).

Mais dans le cadre de cet article, puisqu'il est question d'étudier la gratuité des soins des enfants donc seul le recours aux soins dans le secteur public sera pris en considération.

3.2.2. Variables explicatives

Elles sont facteurs pouvant avoir un effet sur la demande de soins des enfants de moins de cinq ans. Anderson et Newman (2005) estiment qu'elles peuvent être regroupées en trois catégories : facteurs de prédisposition, facteurs favorables et facteurs indiquant le niveau de la maladie. Elles dépendent des caractéristiques de l'enfant, du ménage, de la mère et d'autres variables explicatives. Cependant, on retient comme variables de besoin, socioéconomiques et d'offre.

3.2.3. Les variables de besoin

Les variables de besoin utilisées dans l'utilisation des services de santé, mais aussi sur la décomposition des inégalités d'utilisation sont l'âge – sexe et l'état de santé de l'enfant :

État de santé de l'enfant (ETATSANTE) : Généralement, l'état de santé recueillie dans les enquêtes ménage et la plupart des travaux empiriques (Mané, 2013, Tubeuf, 2009 et Rochaix et Tubeuf, 2009) est la santé autoévaluée. Ce type de variable est absent de la base, nous avons utilisé comme « proxy » la présence des types de symptômes.

Âge - sexe de l'enfant (G et F) : le droit à la santé est en quelque sorte vital pour les enfants, car ils sont des êtres vulnérables, plus exposés aux maladies et aux complications de santé. Lorsque les enfants sont préservés de la maladie, ils peuvent s'épanouir pour devenir des adultes en bonne santé, contribuant ainsi au développement de sociétés plus dynamiques et plus productives (Martinetti, 2002)⁸. Comme nous le savons, la santé diminue avec l'âge (Mariko et al, 2000). En ce sens, la théorie du capital humain précise que l'âge d'un individu est un facteur qui influe sur l'utilisation des soins de santé (Grossman, 1972). De même, l'égalité des sexes est un droit fondamental, entériné dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, et elle

⁷<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

⁸ Françoise Martinetti, *Les droits de l'enfant*, Librio, 2002

est indispensable pour atteindre tous les objectifs de développement durable (ODD)⁹. Cependant, la variable sera subdivisée de la sorte : G0_1, G1_2, G2_3, G3_4 et G4_5 pour les garçons, c'est-à-dire respectivement les enfants de sexe masculin âgés de 0 à 1 an, de 1 à 2 ans, de 2 à 3 ans, de 3 à 4 ans et de 4 à 5 ans. Et les enfants de sexe féminin, F0_1, F1_2, F2_3, F3_4 et F4_5.

3.2.4. Variable d'offre

Selon le niveau de protection de l'assurance maladie, nous allons diviser cette variable en deux catégories : assurance gratuite (exemption de paiement des soins ou assurance publique) et un regroupement de tous les autres types d'assurances (mutuelles de santé, imputation budgétaire, assurance privée, etc).

La gratuité des soins : le prix étant nulle pour les enfants de moins de cinq ans au Sénégal, cette variable est notre variable d'intérêt. Dans cet article, nous voulons voir si la gratuité des soins contribue à l'utilisation des soins et à la diminution des inégalités afin de réduire les taux de mortalité des enfants. Cependant les études empiriques (Bassani et al. (2013) ; Lagarde et Palmer (2011) ; Ridde et Morestin (2011) ; Fitzpatrick et Thornton (2017) ; Druetz et al. (2015), Ridde et al. (2013) et Guevara (2018) et Heinmüller et al. (2013) ont montré que le fait de bénéficier de la gratuité des soins permet d'avoir à une meilleure utilisation de soins. Nous avons pour le bénéficiaire 1 et 0 sinon.

Les autres types d'assurance santé : contrairement à la variable gratuité des soins, ce type assurance n'est pas gratuit. Ainsi, nous allons noter pour les enfants ayant bénéficié de ce type d'assurance (mutuelles de santé, l'imputation budgétaire, l'assurance privée, etc.) 1 et 0 sinon.

3.2.5. Les variables socioéconomiques

Nous avons, le revenu du ménage, les caractéristiques du ménage, de la mère et de l'enfant :

Revenu : la variable utilisée pour capter le niveau vie des enfants qui est le même que celui du ménage est l'indicateur relatif de richesse du ménage, que la richesse soit moderne ou traditionnelle. Elle s'exprimera en catégories ou classes socioéconomiques, comparant les ménages les moins dotés à ceux qui sont les mieux dotés. La base de données (EDSC) définit un indicateur relatif de richesse (Wealth Index) sur la base de la première composante principale d'un panier de biens et services disponibles au niveau des ménages (Rutstein et Johnson, 2004).

Le milieu et la région de résidence de l'enfant : cette variable est préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu

⁹ Organisation mondiale de la Santé OMS, 2018 : Genre et Santé ; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender> (OMS, 2018)

médicalisé contrairement au milieu rural. Elle a deux modalités 1 urbain et 0 rural. Pour la région de résidence, nous avons pris les 14 régions du Sénégal.

La profession de la mère de l'enfant : Les modalités employées sont : « ne travaille pas », « Professionnel/technique/gestionnaire », « Commerçantes, Agricole - indépendante », « Ménage et domestique », « Prestations de service », « Manuel qualifiée ¹⁰ et non qualifiée »¹¹ et « autres ».

Le niveau d'éducation de la mère de l'enfant : pour effectuer un choix meilleur dans l'utilisation des soins des enfants, plusieurs études ont montré le lien entre capital humain et recours aux soins de santé. Haddad (1995) a montré que la tendance à utiliser les soins de santé des enfants augmente en même temps quel est niveau d'éducation de sa mère.

Nous avons également utilisé d'autres variables socioéconomiques choisies suivant la littérature à savoir la situation matrimoniale, la profession du père, l'ordre de naissance et l'exposition aux médias.

¹⁰Travailleur spécialisé dans un domaine particulier (manuel) en faisant preuve de compétence et de professionnalisme dans l'exécution de ses fonctions.

¹¹ Travail, activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualifications particulières pour pouvoir être exercée. Exemple : Sans aucun diplôme, tu ne peux prétendre à autre chose qu'à un emploi non qualifié.

3.3. Statistiques descriptives

Tableau N°1 : Tableau des statistiques descriptives

Année		2012		2017	
		Obs.	%	Obs.	%
Taille de l'échantillon (enfants de moins cinq ans)		6194		11 127	
Sexe de l'enfant					
- Masculin		3099	50,04 %	5706	51,3 %
- Féminin		3095	49,96 %	5421	48,7 %
État de santé de l'enfant (symptômes de maladie)					
Présence de symptôme¹²	Oui	1216	19,63 %	2762	24,82 %
	Non	4978	80,37 %	8365	75,18 %
Niveau d'éducation de la mère					
o Pas d'éducation		4411	71,2 %	7301	65,6 %
o Primaire		1265	20,4 %	2259	20,3 %
o Secondaire		36	7,7 %	1407	12,6 %
o Supérieur		121	0,7 %	160	1,4 %
Situation matrimoniale de la mère de l'enfant					
o Célibataire		154	2,5 %	258	2,3 %
o Mariée		5883	95,0 %	10 553	94,7 %
o Veuve		36	0,6 %	75	0,7 %
o Divorcée		121	2,0 %	261	2,3 %
Profession de la mère					
o Ne travaille pas		2579	41,6 %	4342	39,0
o Professionnel/technique/gestionnaire		84	0,3 %	240	2,2 %
o Commerçantes		19	22,9 %	2267	20,4 %
o Auto emploi — agriculture		1419	24,7 %	3047	27,4 %
o Ménage et domestique		1529	0,8 %	212	1,9 %
o Services		48	3,7 %	116	1,0 %
o Manuel qualifié		231	1,3 %	170	1,5 %
o Manuel non qualifié		157	2,5 %	633	5,7 %
o Autres		48	0,8 %	100	0,9 %
Ethnie					
o Wolof		2032	32,81 %	3411	30,66 %
o Poular		2161	34,89 %	3659	32,88 %
o Sérère		729	11,77 %	1519	13,65 %
o Mandingue		437	7,06 %	1126	10,12 %
o Diola		213	3,44 %	376	3,38 %
o Soninké		133	2,15 %	184	1,65 %
o Pas sénégalais		106	1,71 %	536	4,82 %
o Autres		383	6,18 %	316	2,84 %
Sexe du chef de ménage					
o Masculin		5089	82,16 %	8602	77,31 %
o Féminin		1105	17,84 %	2525	22,69 %
Milieu de résidence					
o Urbain		1842	29,7 %	3749	33,7 %
o Rural		4352	70,3 %	7378	66,9 %
Religion					
o Musulman		6014	97,09 %	10 829	97,32 %
o Chrétien		165	2,66 %	291	2,62 %
o Animiste		15	0,24 %	4	0,04 %
o Autres		-	-	3	0,03 %

Source : Auteur, à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

¹² L'enfant a eu soit la diarrhée, soit la fièvre, soit la toux ou soient des problèmes respiratoires durant les deux dernières semaines (questionnaires)

3.4. Taux d'utilisation des soins entre bénéficiaires et non-bénéficiaires de la gratuité

Tableau N°2 : Utilisation des soins de santé

SOINS	Non-bénéficiaire de la gratuité	Bénéficiaire de la gratuité	Total
Non-utilisateur	86,10 %	81,90 %	83,80 %
Utilisateur	13,90 %	18,10 %	16,20 %
Total	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : Auteur, à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

4. Décomposition de l'indice de concentration

4.1. Résultat de la présence d'inégalité d'utilisation des soins

Les premiers résultats nous montrent l'indice de concentration totale, les inégalités des facteurs besoins, l'indice d'iniquité total et la contribution totale de la politique de gratuité de soins de santé dans les deux années (présence d'inégalité d'utilisation des soins).

Tableau N°3 : Résultat de la présence d'inégalité avant et après la politique d'exemption

Résultats	EDSC 2012	EDSC 2017
Indice de concentration	0,137 0	0,108 9
Inégalités facteurs besoin	0,014 9	0,000 2
Indice d'iniquité	0,122 1	0,108 8
Contribution de la politique d'exemption de paiement	-	0,041 9
HII (<i>Horizontal inequity index</i>)	-	0,066 9

Source : Auteur à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

Notons que l'indice d'iniquité horizontale est la différence entre l'indice d'inégalité totale (indice de concentration) et l'inégalité liée aux besoins (inégalité des facteurs besoin).

Il ressort de ces résultats que l'indice d'iniquité donne une valeur de 0,108 8 en 2017 dont 0,041 9 pour la contribution de la politique d'exemption de paiement et 0,066 9 pour l'indice d'iniquité horizontal qui agit dans l'augmentation des inégalités d'utilisation. Ce résultat montre qu'il y a présence d'inégalité dans l'utilisation des soins et celle-ci est en faveur des riches (les ménages à revenu élevé). De même qu'en 2012, cet indice est de 0,122 1 plus élevé qu'en 2017 c'est-à-dire l'inégalité est en faveur des riches. Donc le fait de bénéficier de la politique de gratuité est fortement répandu dans la population, c'est-à-dire à diminuer entre les deux l'inégalité de 0,0013. Toutefois l'indice de concentration associé est positif et atteste l'existence d'inégalités dans l'utilisation des soins de santé dans les structures publiques (hôpitaux, centres de santé, postes de santé et autres structures publiques). Ce résultat corrobore avec les résultats trouvés par Tubeuf (2009).

Tableau N° 4 : Résultat de la présence d'inégalité pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires

Résultats	Bénéficiaires	Non bénéficiaires
Indice de concentration	0,055	0,151
Inégalité des facteurs de besoin	- 0,022	0,020
Indice d'iniquité	0,076	0,131

Source : Auteur (2019) à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

Si on se focalise sur les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la politique d'exemption de paiement, nous constatons que l'indice associé à l'inégalité des facteurs de besoins pour les bénéficiaires est négatif (-0,022) donc pro-pauvre, alors que pour les non-bénéficiaires celui-ci est positif donc pro-riche. L'indice d'iniquité quant à lui est pro-riche dans les deux groupes avec une valeur plus élevée pour les non-bénéficiaires que pour les bénéficiaires. Ce qui peut s'expliquer par la présence de gratuité.

L'indice de concentration associé à l'utilisation des soins de santé étant positif montre une inégalité dans l'utilisation des soins qui est pro-riche en 2012 comme en 2017 (avant et après) de même que pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires. Cet indice est reparti dans l'ensemble de nos variables envisagées. Nous allons maintenant interpréter, mais en nous focalisant sur la contribution de chacune des variables dans la formation de l'inégalité d'utilisation de soins. Cependant, pour y voir plus clair il faudra décomposer cette inégalité afin de distinguer la contribution de chaque variable.

4.2. Présentation des résultats de la décomposition de l'indice d'inégalité

4.2.1. Décomposition des inégalités d'utilisation

Tableau N°5 : résultat de la décomposition de l'indice d'inégalité

Variables	Moyenne		CI		Eff-marg		Contribution		%	
	2012	2017	2012	2017	2102	2017	2012	2017	2012	2017
Gratuité	--	0,544 9	--	0,117 3	--	0,106 2	--	0,041 9	--	38,47 %
ASSUR	--	0,064 0	--	0,489 9	--	0,020 8	--	0,004 0	--	3,70 %
REVENU	1 815 468	161 027	0,325	0,373 4	0,000	0,000 0	0,051	0,044 7	25,3 %	41,03 %
ETATSANTE	0,191	0,240 4	0,022	0,001 8	0,496	0,290 1	0,016	0,000 8	11,6 %	0,73 %
G1_2 (Ref : G0_1)	0,102	0,109 0	-0,037	0,011 8	-0,002	0,005 4	0,000	0,000 0	0,04 %	0,04 %
G2_3	0,105	0,098 8	0,010	0,024 1	-0,008	-0,018 3	0,000	-0,000 3	-0,05 %	-0,25 %
G3_4	0,102	0,100 5	-0,014	-0,059 4	-0,040	-0,034 9	0,000	0,001 3	0,32 %	1,18 %
G4_5	0,082	0,101 0	-0,026	0,020 6	-0,020	-0,048 7	0,000	-0,000 6	0,25 %	-0,57 %
F1_2 (Ref : F0_1)	0,108	0,102 2	0,031	-0,006 1	0,003	0,008 3	0,000	0,000 0	0,07 %	-0,03 %
F2_3	0,098	0,095 6	0,036	0,020 7	0,017	-0,011 6	0,000	-0,000 1	0,34 %	-0,13 %
F3_4	0,095	0,088 0	-0,009	-0,017 7	-0,015	-0,044 4	0,000	0,000 4	0,07 %	0,39 %
F4_5	0,087	0,093 2	-0,003	0,045 5	-0,032	-0,050 4	0,000	-0,001 3	0,04 %	-1,21 %
Ordre_Naiss	3 656	35 772	-0,085	-0,088 6	0,001	-0,004 4	0,000	0,008 7	-1,9 %	7,96 %
MAT_FEM	0,462	0,517 3	0,025	0,043 9	-0,020	0,014 5	-0,002	0,002 0	-1,28 %	1,87 %
Lieu D'accouchement (Ref : autres)										
Structure Santé	0,714	0,781 7	0,189	0,129 8	0,027	0,010 7	0,028	0,006 7	20,78 %	6,15 %
Milieu de résidence (ref : Urbain)										
RUR	0,654	0,632 3	-0,283	-0,292 1	0,000	-0,006 0	0,035	0,006 8	0,03 %	6,24 %
MEDIA_PLAN	0,396	0,642 3	0,260	0,149 1	0,005	0,024 5	0,004	0,014 5	2,62 %	13,29 %
Situation Matrimoniale (Ref : divorcée)										
Mariée	0,952	0,946 3	-0,010	-0,010 2	0,014	0,016 6	-0,001	-0,001 0	-0,73 %	-0,91 %
Veuve	0,005	0,005 3	0,170	-0,227 3	0,147	-0,020 4	0,001	0,000 2	0,75 %	0,14 %
Divorcée	0,022		0,331		-0,007		0,000		-0,29 %	
Profession (Ref : ne travaille pas)										
Professionnel/technique/gestionnaire	0,015	0,029 5	0,463	0,648 9	0,010	0,024 3	0,001	0,002 9	0,39 %	2,64 %
Commerçantes	0,253	0,237 1	0,198	0,296 9	0,018	0,010 3	0,007	0,004 5	4,97 %	4,10 %
Agricole indépendante	0,197	0,225 1	-0,507	-0,551 7	0,011	-0,026 1	-0,008	0,020 0	-6,19 %	18,34 %
Ménage et domestique	0,014	0,023 1	0,406	0,117 8	0,104	0,026 0	0,005	0,000 4	3,29 %	0,40 %
Prestations de service	0,043	0,014 4	0,352	0,399 8	0,025	0,004 2	0,003	0,000 1	2,14 %	0,14 %
Manuel qualifié	0,018	0,015 8	0,276	0,336 9	0,012	0,017 6	0,000	0,000 6	0,34 %	0,53 %
Manuel non qualifié	0,027	0,055 4	0,008	0,033 7	-0,044	-0,015 3	0,000	-0,000 2	-0,05 %	-0,16 %
Autres	0,007	0,008 5	-0,040	0,154 4	-0,013	-0,053 5	0,000	-0,000 4	0,02 %	-0,40 %
REGION (ref : Dakar)										
Ziguinch4or	0,029	0,0345	0,049	0,0434	-0,006	0,1199	0,000	0,0011	-0,05%	1,02%
Diourbel	0,124	0,1303	0,079	0,0522	-0,023	-0,0108	-0,002	-0,0005	-1,30%	-0,42%
Saint-Louis	0,086	0,064 8	-0,062	-0,072 1	-0,020	0,039 6	0,001	-0,001 1	0,59 %	-1,05 %
Tambacounda	0,061	0,0629	-0,486	-0,4894	-0,017	0,0790	0,004	-0,0150	2,76%	-13,78%
Kaolack	0,092	0,0689	-0,022	-0,1337	-0,001	0,0005	0,000	0,0000	0,01%	-0,03%
Thiès	0,148	0,126 9	0,078	0,160 8	-0,041	0,000 3	-0,004	0,000 0	-2,68 %	0,03 %
Louga	0,065	0,0693	-0,075	-0,1097	-0,004	-0,0049	0,000	0,0002	0,12%	0,21%
Fatick	0,055	0,052 2	-0,209	-0,147 2	-0,014	0,047 1	0,001	-0,002 2	0,92 %	-2,05 %
Kolda	0,055	0,0536	-0,494	-0,6396	-0,010	0,0588	0,002	-0,0124	1,52%	-11,43%
Matam	0,045	0,0408	-0,301	-0,1830	-0,002	0,0371	0,000	-0,0017	0,12%	-1,57%
Kafrine	0,044	0,056 2	-0,544	-0,611 8	-0,005	0,023 6	0,001	-0,005 0	0,72 %	-4,61 %
Kédougou	0,014	0,0133	-0,302	-0,3776	0,066	0,1045	-0,002	-0,0032	-1,58%	-2,97%
Sèdhiou	0,032	0,035 1	-0,321	-0,412 9	-0,005	0,112 3	0,000	-0,010 1	0,27 %	-9,23 %
Enf -5 ans	3 715	34 928	-0,048	-0,047 9	-0,002	0,003 1	0,003	-0,003 2	2,04 %	-2,93 %

Source : Auteur (2019) à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

En premier lieu, l'indice de concentration global est décomposé en sous-indices pour chacune des variables considérées. Les résultats obtenus pour chaque variable sont présentés à la troisième colonne du tableau 3.12. Ensuite, nous avons déterminé la contribution de chacune de nos variables. Celle-ci est calculée à partir de la formule de l'équation finale. En d'autres termes, la contribution d'une variable à l'indice d'inégalité (cinquième colonne du tableau) est donnée par le produit de son effet marginal par sa moyenne et son indice de concentration, le tout divisé la moyenne de la variable état de santé de l'individu. Lorsque le résultat est différent de zéro, cela montre une existence d'inégalité et pour zéro une absence d'inégalité. Si l'indice de concentration est positif, cela signifie une inégalité favorable aux enfants appartenant à des ménages de revenu supérieurs (aux plus riches), par contre, un indice de concentration négatif traduit une inégalité favorable aux enfants appartenant à des ménages de revenu inférieurs (aux plus pauvres) (Tubeuf, 2009).

Concernant les facteurs besoins nous avons des indices de concentration positifs (0,016 en 2012 soit 12,68 % et 0,000 2 en 2017 soit 0,15 %) donc en faveur des riches. Ce sont les variables de morbidité (état de santé) et les variables âge et le sexe de l'enfant. Le signe positif de la contribution de ces tranches d'âge montre que les enfants, dont les familles sont plus nanties, utilisent plus les structures de santé. Cette diminution notée entre ces deux années peut s'expliquer par l'instauration de la politique d'exemption des soins. Autrement dit, la politique de gratuité a eu un effet positif sur les inégalités d'utilisation avec une diminution de la contribution après cinq ans d'instauration passant à 0,015 8, soit 12,53 %.

En mettant l'accent sur la couverture maladie, nous notons que les deux modalités de la couverture maladie (la politique de gratuité des soins et les autres types d'assurance santé) ont toutes les deux des indices de concentration positifs de respectivement 0,041 9 et 0,004 0. Ces résultats tendent à confirmer l'existence d'inégalités et contribuent à l'inégalité d'utilisation. Cependant, la variable gratuité à un indice de concentration positif et plus élevé que les autres types d'assurance. Elle contribue à hauteur de 38,47 % et a donc une forte tendance à réduire l'inégalité d'utilisation des soins. Ce qui confirme notre deuxième hypothèse de l'article selon laquelle « la politique d'exemption de paiement contribue fortement à la réduction des inégalités d'utilisation ». Les autres types d'assurance vont aussi dans le même sens que la politique de gratuité c'est-à-dire la réduction des inégalités d'utilisation des soins. Cela peut s'expliquer par le coût qui le différencie de la politique de gratuité, mais aussi par les taux faibles de couverture des autres types d'assurances des enfants. Selon Tubeuf (2009), ceux qui sont couverts par une assurance sont soit les plus jeunes qui sont en bonne santé et qui ont des

préférences pour la santé plus faibles, soit ceux qui renoncent pour des raisons financières. Cette situation est la même dans tous les pays d'Afrique (comme le Burkina Faso, Benin, Niger, Gabon, etc.) qui ont mis en œuvre la politique d'exemption de paiement.

L'indice de concentration associé au revenu qui est un indice de concentration unidimensionnel et est donc comparable à l'indice de GINI. Ici, nous voyons que notre indice de concentration lié au revenu a une valeur de 0,051 en 2012 et 0,044 7 en 2017. Donc on peut dire que la mise en place de la politique a contribué à la diminution de l'inégalité (0,006) entre les deux périodes. Ce qui montre que le revenu reste toujours un facteur important qui influence la formation des inégalités d'utilisation. Ce résultat est similaire à ceux trouvés par des études antérieures dans les pays développés comme en développement (Gu et al., 2019 et Kunna et al., 2017). En outre, la littérature a montré que plus de 60 % d'inégalités de santé sont expliqués par le revenu dans les pays développés (Gomez et al. 2007 et Leu et Schellborn, 2006). Le revenu étant un facteur important qui influence les inégalités d'utilisation, il crée également des disparités dans d'autres déterminants comme l'état de santé et la consommation alimentaire (Dong et al. 2010). En effet, un ménage qui est dans les revenus supérieurs a tendance à faire bénéficier suffisamment des soins de santé aux membres de la famille et cela, qu'il bénéficie d'une politique de gratuité ou non. De plus ceux-ci sont souvent plus dans les niveaux d'instruction les plus élevés, sont en phase avec l'actualité donc plus informés, etc.

Les résultats montrent également que le milieu de résidence a légèrement contribué à l'inégalité d'utilisation des soins de santé et que les ménages qui vivent en milieu rural ont moins de possibilité de recourir aux soins que ceux vivant en milieu urbain. Avec un indice de concentration négatif et pratiquement la même dans les deux périodes, l'effet de la politique dans la réduction de la contribution de l'inégalité d'utilisation semble ne pas être du tout visible. Car en 2012, la contribution à l'inégalité était de 0,0035 alors qu'en 2017, elle est environ de 0,0068. Donc, on peut dire que l'inégalité rurale - urbaine dans l'utilisation des soins de santé des enfants de moins de cinq ans continue d'exister malgré la mise en œuvre d'une politique d'exemption de paiement des soins de santé. De surcroît, des efforts sont à faire dans la sensibilisation en milieu rural pour faire connaître l'existence de la politique afin d'obtenir un plus grand nombre de bénéficiaires.

Plus spécifiquement, le déséquilibre socio-économique montre comment les disparités régionales est un porteur d'inégalité d'utilisation. Avant la politique (2012), on assistait à des contributions à l'augmentation de l'inégalité assez faibles dans pratiquement toutes les régions du Sénégal à l'exception de Tamba qui contribuait à accroître l'inégalité d'utilisation avec 14%.

Le fait d'habiter dans cette région était un facteur permettant aux enfants de moins utiliser les soins de santé. Ce qui peut s'expliquer par le des disparités dans la dépense de santé, l'allocation des ressources, la répartition des installations, la présence de personnels qualifiés dans le pays mais aussi par le niveau de pauvreté dans la zone. Par contre après quelques années de la mise en place de la politique (2017), on assiste à un revirement de la situation de la contribution de l'inégalité d'utilisation. Et les plus visibles sont les régions de Tamba qui contribue fortement à la diminution de l'inégalité avec 45%. Cette situation est la même dans les régions de Kolda (41%), Sédhio (33%), Kaffrine (25%), Kédougou (10%) et Matam (8%). Ce qui confirme notre résultat selon lequel la politique de gratuité contribue fortement à la réduction de l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé.

4.2.2. Impact de la politique de gratuité sur les inégalités d'utilisation

Dans cette partie, l'idée est de montrer l'effet qu'à la politique d'exemption sur les inégalités d'utilisation. Ainsi, le tableau ci-dessus présente les résultats.

Tableau N°6 : Résultat de l'effet de la politique d'exemption sur les inégalités d'utilisation

Non bénéficiaires		Bénéficiaires		Écart
Indice de concentration	15, 121 %	Indice de concentration	5, 476 %	
Inégalité des facteurs besoin	1,942 %	Inégalité des facteurs besoin	- 2, 171 %	
Indice d'iniquité	13, 179 %	Indice d'iniquité	7, 647 %	5, 532 %

Source : auteur à partir des données de l'EDSC de 2012 et de 2017

D'abord, les résultats du tableau donnent un indice de concentration positif pour les bénéficiaires de la politique d'exemption, mais également pour les non-bénéficiaires de respectivement 0,0547 et 0,1512. Ces résultats montrent que l'inégalité d'utilisation est présente dans les deux groupes. Et cette inégalité est plus favorable aux enfants appartenant à des familles de revenu élevé. Toutefois, cette inégalité est, on peut dire trois fois plus élevée chez les non-bénéficiaires que chez les bénéficiaires. Donc, si la politique a pour vocation première de lutter contre les inégalités d'utilisation, des efforts sont à faire pour lever cette contrainte d'utilisation pour les pauvres.

Ensuite, l'inégalité des facteurs de besoins, les résultats donnent pour les non- bénéficiaires une valeur positive (0,0194) et pour les bénéficiaires une valeur négative (-0,0217). Ce qui veut dire que pour les non-bénéficiaires, l'inégalité de besoin est en faveur des riches alors que pour les bénéficiaires, elle est en faveur des pauvres. Donc la politique d'exemption, a un effet négatif sur les inégalités de facteurs de besoin à savoir l'état de santé, l'âge et le sexe de l'enfant.

Enfin, nous avons les résultats de l'indice d'iniquité qui nous permet de juger de la distribution équitable ou non des soins de santé des enfants. Les résultats montrent un indice d'iniquité de

0,1317 pour les non-bénéficiaires et de 0,0764 pour les bénéficiaires, donc un écart de 0,05532. Rappelons qu'une valeur de l'indice HI qui est égale à 0 signifie que la distribution est équitable, les seules inégalités existantes sont dues aux besoins. Une valeur négative de HI signifie que l'inégalité est en faveur des pauvres et une valeur positive signifie que l'inégalité est en faveur des riches (Mané, 2013). On peut en conclure que les inégalités sont en faveur des riches, mais cette inégalité est plus visible chez les non-bénéficiaires que chez les autres. Néanmoins, on peut conclure que la politique a agi de manière significative sur les inégalités d'utilisation avec une diminution de 5,532 %. Toutefois, des efforts sont à faire même si c'est difficile pour éliminer définitivement cette inégalité existante et/ou faire de sorte que celle-ci soit en faveur des pauvres qui sont les plus vulnérables.

Nos résultats ont permis de déceler les déterminants sur lesquels les gouvernements peuvent agir pour réduire cette inégalité. Les écarts sont plus visibles au niveau du revenu et du milieu de résidence. Bien que la politique contribue à la réduction de l'inégalité, le revenu reste le déterminant majeur de la formation des inégalités. En pratique, adopter plusieurs mesures pour réduire les inégalités en passant d'abord par l'identification des enfants les plus démunis. Pour ce faire ils doivent dispatcher les données afin de mettre au jour les inégalités souvent masquées par les regroupements nationaux et évaluer les enfants mises à l'écart. Il faudra chercher de nouvelles manières pour atteindre les enfants les plus difficiles d'accès. En ce sens il faudra créer de nouveaux partenaires entre les acteurs et en particulier avec les acteurs du secteur privé pour financer les politiques et programmes permettant aux décideurs d'initier de nouvelles politiques allant dans le même sens. Mettre des dispositifs de surveillance des résultats en matière d'équité. Ainsi, faire appel aux enquêtes effectuées après de ménages et aux systèmes d'information nationaux pour avoir une idée sur les écarts en matière d'équité de santé des enfants. Ce qui permettra de voir les écarts se réduire au fur et à mesure de progresser les objectifs de développements durables.

Les démarches renforçant l'équité permettent de sauver la vie d'un plus grand nombre d'enfants. Investir dans la santé des enfants et des familles les plus désavantagés contribue également à rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Il faudra activer dans ce cas les progrès visant à réduire les décès d'enfants dus à des causes évitables est donc tout à fait possible si l'on investit dans le déploiement à grande échelle de politiques et programmes fondés sur l'équité.

Conclusion

L'inégalité existe et persiste dans l'utilisation des soins. Et les travaux empiriques ont montré qu'en général les pauvres sont plus touchés par ce phénomène. Ce lien entre le revenu et la santé est le gradient social que l'on constate partout, non seulement dans les pays en développement, mais dans tous les pays, même les plus riches.

Les résultats de notre premier point de travail révèlent que la politique de gratuité, le revenu le milieu de résidence, la profession (Agricole – indépendante) et l'exposition aux médias ont une influence positive et significative sur l'utilisation des soins de l'enfant. Sur ce même objectif (le premier objectif spécifique), nous avons fait l'étude de l'impact de la politique de gratuité sur l'utilisation. Les résultats montrent que l'instauration de la politique de gratuité a amélioré de 24 points de pourcentage l'utilisation des soins de santé, 14 points de pourcentage pour les bénéficiaires de la politique et 39,4 de points pour les non bénéficiaires.

Dans le second point, les résultats prouvent qu'il existe toujours une inégalité d'utilisation qui n'est pas due aux facteurs de besoin (indice d'iniquité différent de 0) et cette inégalité est en faveur des individus ayant un revenu supérieur. L'inégalité décomposée montre que le revenu, la politique de gratuité (2017 uniquement), le milieu de résidence et la profession agricole indépendante sont les principales variables qui participent à l'inégalité formée, mais avec une tendance à la baisse entre les deux périodes. Un impact positif a été trouvé permettant de diminuer les inégalités à hauteur de 5,532 %.

Les résultats obtenus nous ont permis de formuler des implications de politiques économiques. Il s'agit d'un accroissement de l'utilisation des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans passant par le renforcement de la politique de gratuité des soins afin d'atteindre les objectifs fixés par celle-ci nécessite un certain nombre de défis à relever. L'enjeu majeur concernant le financement de la santé reste la rationalisation et la transparence de son utilisation dans les différents secteurs de la santé. Mais dans le cadre de la suppression des paiements pour les enfants de moins de cinq ans, la transparence reste prioritaire. Cette transparence doit passer par une exposition analytique des dépenses qui sont allouées à cette politique de gratuité des soins. Ce qui veut dire que ces dépenses ne doivent pas se concentrer dans une seule localité ou dans des types spécifiques de soins, mais dans tout le territoire national, mais également dans les soins de santé qui touchent le plus l'enfant. Une diminution des inégalités d'utilisation passant par la politique de gratuité des soins afin d'accroître l'utilisation des services et permettre à toutes les couches de la population d'accéder facilement aux soins de santé exige quelques précautions à prendre.

Nos résultats ont montré que les déterminants sur lesquels les gouvernements peuvent agir pour réduire cette inégalité. Les écarts sont plus visibles au niveau du revenu et du milieu de résidence. Bien que la politique contribue à la réduction de l'inégalité, le revenu reste le déterminant majeur de la formation des inégalités. En pratique, adopter plusieurs mesures pour réduire les inégalités en passant d'abord par l'identification des enfants les plus démunis. Pour ce faire ils doivent dispatcher les données afin de mettre au jour les inégalités souvent masquées par les regroupements nationaux et évaluer les enfants mises à l'écart. Il faudra chercher de nouvelles manières pour atteindre les enfants les plus difficiles d'accès. En ce sens il faudra créer de nouveaux partenaires entre les acteurs et en particulier avec les acteurs du secteur privé pour financer les politiques et programmes permettant aux décideurs d'initier de nouvelles politiques allant dans le même sens. Mettre des dispositifs de surveillance des résultats en matière d'équité. Ainsi, faire appel aux enquêtes effectuées après de ménages et aux systèmes d'information nationaux pour avoir une idée sur les écarts en matière d'équité de santé des enfants. Ce qui permettra de voir les écarts se réduire au fur et à mesure de progresser les objectifs de développements durables. Les démarches renforçant l'équité permettent de sauver la vie d'un plus grand nombre d'enfants. Investir dans la santé des enfants et des familles les plus désavantagés contribue également à rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Il faudra activer dans ce cas les progrès visant à réduire les décès d'enfants dus à des causes évitables est donc tout à fait possible si l'on investit dans le déploiement à grande échelle de politiques et programmes fondés sur l'équité.

Pour une amélioration de cet article, on pourra essayer de désagréger les secteurs afin de voir spécifiquement la branche qui crée plus d'inégalité. De même, les travaux futurs devraient inclure une évaluation de l'impact de l'exemption des frais d'utilisation pour les enfants de moins de cinq ans sur la morbidité et la mortalité infantiles et mieux analyser les facteurs susceptibles d'expliquer le ralentissement de cette tendance à la hausse des taux d'utilisation quelques années après le début de l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

- Aday L. A. Et Andersen R. (1974): A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 9:208–220.
- Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) (Sénégal), et ICF International. 2017. *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2017*. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

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.

Andersen R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. [https://doi.org/ 102 307/2 137 284](https://doi.org/10.2307/2137284)

Andersen R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. [https://doi.org/ 102 307/2 137 284](https://doi.org/10.2307/2137284)

Audibert M., Mathonnat J., et RODENBEKE E. (2003). *Le Financement de la santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris : *Karthala Editions*.

Bassani Dg, Arora P, Wazny K, Gaffey Mf, Lenters L, Bhutta Za (2013): Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013;

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. (2005). « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé ». IRDES, *Questions d'économie de la santé*.

Dervaux B, Lenne X, Jenkins L, Hastie C, Poirier G, Marissal J P, Palmer A (2007) : Les inégalités de santé : mesure et déterminants Rapport du projet Interreg : La santé et les comportements de santé dans le Sud-Est de l'Angleterre et le Nord de la France

Fitzpatrick A. Et Thornton R. L. (2017): The Effects of Health Insurance within Families Experimental Evidence from Nicaragua; *Washington, D.C.*: World Bank Group Development Economics Vice Presidency Operations and Strategy Team; DC, ZDB-ID 2304170-5.

Fournier P. Et Haddad S. (1995), « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », *Montréal, AUPELF/UREF*, pp 289-325

Fournier P. Et Haddad S. (1995), « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », *la sociologie des populations, Montréal, AUPELF/UREF*, pp 289-325

Grossman M. (1972) : On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 80, 223–225.

Gu H., Gu J., Kou Y., Yang N., Liu J., Liu X., Et Li X., You H. Et Xu X. (2019): Measurement and decomposition of income-related inequality in self-rated health among the elderly in China. *International Journal for Equity in Health* (2019) 18:4

- Guevara, C.A., 2015. Critical assessment of five methods to correct for endogeneity in discrete-choice models. *Transp. Res. Part A* 82, 240–254
- JAFFRE Y. et DE SARDAN O. (2003), Une médecine inhospitalière, Paris, APAD, Karthala, 462 p.
- Kuchibhotla D. Et Rosenman R. (2007) : Decomposition of socio-economic inequality in health among an elderly cohort in India.
- Kuchibhotla D. Et Rosenman R. (2014): Decomposition of socio-economic inequality in health among an elderly cohort in India. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 111 (1), 510–514, 2014.
- Kusi-Ampofo, O., Church, J., Conteh, C. Et Heinmiller, B. T. (2015). Resistance and change: a multiple streams approach to understanding health policy making in Ghana. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40 (1), 195–219.
- Kuznets S. (1955): “Economics Growth and Income Inequality”, *American Economic Review*, March
- Lagarde, M., Et Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4
- Le Pen C. (1996). Efficacité et équité en économie de la santé, XIX^e Journée des économistes français de la santé, Gijon.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir (2ème)*. Québec : Les Presses de l'Université Laval. Leu et Schellborn.
- Mane P. Y. B. (2013), « Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal », *Revue d'économie du développement* 2013/1 (Vol. 21), p. 61-89.
- Mariko M., Cisse B., Unicef, Cf, Ird (2000). Équité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales. Rapport, UNICEF.
- Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. (2017) : Les politiques de « gratuité » : Opportunités et risques en marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Genève : *Organisation mondiale de la Santé* ; 2017.
- Nanda, P. (2002), « Gender Dimensions of User Fees. Implications for Women's Utilization of Health Care », *Reproductive Health Matters*, vol. X, n ° 20, p. 127.
- Organisation mondiale de la Santé OMS, 2018 : Genre et Santé ; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender> (OMS, 2018)
- Penchansky R. Et Thomas J. W. (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 19 (2):127–140.

Plan national de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018). Évaluation du Système de santé au Sénégal, *Ministère de la Santé et de la Prévention*.

Plan national De Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028). Évaluation du Système de santé au Sénégal, *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale*.

République du Sénégal (2018): Rapport stratégie du plan Sénégal Emergent (PSE2) Plan d'Actions Prioritaires (2019 – 2023)

Richard, C. K., Kabengele, B.M.A., Emmanuel, M., Hippolyte, M.N., Paul, C.M., Moise, K.K., Dominique, K.M. And Felicien, T.K. (2017) Mutual Health Insurance and Access to Care in the Health Zone of Kabinda, Kasai-Oriental, Democratic Republic of Congo (DRC).

Rutstein, S.O. And Johnson, K. (2004) The DHS wealth index. DHS Comparative Reports No. 6, Calverton, 2004.

Schneider-Bunner C. (1997), Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité, *Paris, Economica, Coll. « Approfondissement de la connaissance économique »*, 275p.

Tubeuf, S. (2009). « Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004 : décomposition et explications », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57 (5) : 319-328

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2000): Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 2000; 21:543-67

Wagstaff, A., P. Paci And E. Et Van Doorslaer (1991). "On the measurement of inequalities in health." *Social Science and Medicine* 33: 545–557.

Yiengprugsawan V., Ly Lim L., Carmichael G. A., Alexandra Sidorenko A. Et Adrian C Sleight A. C. (2007): Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand. *International Journal for Equity in Health* 2007.