



UNIVERSITE
CHEIKH ANTA DIOP
DE DAKAR

Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS) UMR 8156
Université Sorbonne Paris Nord
Campus Condorcet Bâtiment Recherche Sud, 5 Cours des Humanités, 93322 –
Aubervilliers, France

Ecole Doctorale Sciences Juridiques, Politiques, Economiques et de Gestion
(EDJPEG) Université Cheikh Anta Diop de Dakar

ANALYSE ECONOMIQUE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : LE CAS DE LA GRATUITE SELECTIVE DES SOINS AU SENEGAL

Thèse de doctorat en Sciences Economiques

Pour l'obtention du grade de Docteur

Présentée et soutenue publiquement par

Moustapha Arouna Sadio

Le 27 novembre 2025 à Paris

Jury

Rapporteurs :

Bruno BOIDIN, Professeur et Directeur de recherche en économie, Université de Lille

Bruno VENTELOU, Professeur et Directeur de recherche en économie, Aix-Marseille
Université

Examineurs :

Ousmane FAYE, Professeur d'économie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Philippe BATIFOULIER, Professeur d'économie à l'Université Sorbonne Paris Nord

Vanessa CASADELLA, Professeure d'économie à l'Université de Picardie Jules Verne

Co-directeurs :

Samira GUENNIF, Professeure d'économie à l'Université Sorbonne Paris Nord

Seydi Ababacar DIENG, Professeur d'économie à l'Université Cheikh Anta Diop de
Dakar

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements à ma codirectrice de thèse Samira Guennif, pour avoir accepté d'encadrer ce travail de recherche, pour sa confiance en moi, son implication, son soutien précieux, ses encouragements et ses conseils éclairés, et enfin pour avoir établi un cadre de travail propice aux discussions stimulantes, favorisant une réflexion enrichissante et constructive.

Au Professeur Seydi Ababacar Dieng, mon codirecteur de thèse pour son soutien précieux, ses encouragements bienveillants, ses conseils éclairés et pour avoir rendu possible la cotutelle de thèse avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

A tous les membres du jury qui ont généreusement accepté d'évaluer ce travail de recherche. Je tiens à leur exprimer ma profonde gratitude pour le temps et l'expertise qu'ils ont consacrés à cette évaluation.

Je tiens du fond du cœur, à exprimer ma gratitude au Professeur Lansana Seydi et au Professeur Demba Sy.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes amis, Delphine Chiavaldini, Laure Salama, Zoé Forget, Jean-philippe Mesguen, Rodolphe Soucaret, Cathérine Cariou, à mon cousin Aliou Diatta, à Emile Bakhoun, Messaoud Zouikri et Inoussa Zaongo, dont le soutien indéfectible et les encouragements constants ont été une source précieuse tout au long de la réalisation de cette thèse.

Je voudrais remercier vivement les membres de mon comité de suivi : Samia Benallah, Laura Alles et Mamadou Camara pour les précieux conseils prodigués, sans oublier mon collègue Cyril Knecht, doctorant à l'IRIS, pour son soutien indéfectible.

Table des matières

Introduction Général.....	10
Partie 1 : Inégalités sociales de santé et accès aux soins : analyse et bilan dans les pays en développement.....	21
Chapitre 1 : Inégalités sociales de santé et inégalités de santé.....	22
Introduction.....	22
Section 1. Cadre théorique de l'inégalité.....	23
Section 2 : Inégalités de santé.....	28
Section 3 : Les inégalités sociales de santé.....	33
Section 4 : Le rôle déterminant des politiques sectorielles face aux inégalités.....	52
Conclusion du chapitre 1.....	67
Chapitre II : Les inégalités sociales de santé au prisme des déterminants socioéconomiques au Sénégal.....	71
Introduction.....	71
Section 1 : Les théories intégrant l'approche multidimensionnelle des déterminants sociaux.....	73
Section 2 : Les déterminants sociaux de la santé au Sénégal basés sur le modèle OMS (2008) à partir de Pathway.....	88
Section 3 : L'implication de l'Etat dans les politiques publiques de santé au Sénégal.....	121
Conclusion du chapitre 2.....	130
Chapitre III : Les politiques de gratuité sélective des soins mises en œuvre au Sénégal.....	132
Introduction.....	132
Section 1 : Les politiques de gratuité des soins au Sénégal.....	134
Section 2 : Financement des dépenses de santé entre 2004 et 2013 au Sénégal.....	146
Section 3 : La situation des dispositifs de gratuité des soins en Afrique.....	150
Section 4 : Modèle conceptuel de l'accès aux services de soins gratuits.....	157
Conclusion du chapitre 3.....	165
Partie 2 : Etudes des inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité des soins : une approche empirique au Sénégal.....	172

Chapitre IV : La politique de gratuité des soins et inégalités : analyse d'impact du plan Sésame.....	174
Introduction.....	174
Section 1 : Méthodes de mesure de l'inégalité.....	178
Section 2 : Spécification du modèle économétrique.....	181
Section 3 : Les déterminants de l'accès à la gratuité des soins.....	188
Discussion et conclusion du chapitre 4.....	193
Chapitre V : Déterminants socioéconomiques de la demande de soins dans un contexte de gratuité sélective au Sénégal.....	196
Introduction.....	196
Section 1 : Revue de littérature.....	197
Section 2 : Méthodologie.....	202
Section 3 : Déterminants socioéconomiques de la demande de soins.....	208
Conclusion du chapitre 5.....	212
Chapitre VI : La gratuité sélective des soins et ses coûts connexes à la charge des usagers en milieu rural : une étude auprès des patients du centre de santé de Bambaly au Sénégal.....	214
Introduction.....	214
Section 1 : Méthodologie.....	216
Section 2 : Présentation du modèle et des variables.....	219
Section 3 : Présentation des résultats.....	222
Conclusion chapitre 6.....	227
Conclusion générale.....	236
Bibliographie.....	249
Annexes.....	283
Résumé.....	296

Tableaux

Tableau 1 : Synthèse structurelle et indicateurs de santé.....	51
Tableau 2 : Description de différents médiateurs/modérateurs des déterminants socioéconomiques de la santé par Kolossvary et al. (2023).....	77
Tableau 3 : Evolution des exportations et importations des produits agricoles du Sénégal....	101
Tableau 4 : Evolution de l'inflation et PIB per capita au Sénégal.....	102
Tableau 5 : Inégalités de revenus au Sénégal.....	104
Tableau 6 : Secteur de l'eau et de l'assainissement au Sénégal.....	108
Tableau 7 : Accès à l'énergie électrique au Sénégal.....	110
Tableau 8 : Secteur des TIC au Sénégal.....	115
Tableau 9 : Infrastructures publiques de santé au Sénégal.....	120
Tableau 10 : Densité de Professionnels de santé au Sénégal versus normes OMS.....	120
Tableau 11 : Hypothèses de base et postulats théoriques dans l'étude des partenariats public-privé par les différentes approches.....	126
Tableau 12 : Dynamique des dépenses de santé.....	149
Tableau 13 : Aperçu des politiques de gratuité sélective de soins en Afrique.....	152
Tableau 14 : Description du processus des différentes étapes de la gratuité des soins par Robert et al. (2013).....	160
Tableau 15 : Synthèse bibliographique, une revue de littérature des politiques de gratuité sélective de soins.....	168
Tableau 16 : Les critères de références pour les variables attendues.....	183
Tableau 17 : Caractéristiques des personnes âgées bénéficiaires et non bénéficiaires de la politique de gratuité du plan Sésame en 2017 en (%).....	186
Tableau 18 : Comparaison des proportions de gradient social de santé des plus de 60 ans par niveau d'instruction en (%).....	187
Tableau 19 : Comparaison des proportions de gradient social de santé des plus de 60 ans par le revenu en (%).....	187
Tableau 20 : Contribution des déterminants de la gratuité des soins de santé (odd-ratio)....	191
Tableau 21 : Statistique globale du modèle logit.....	192

Tableau 22 : Caractéristiques générale des ménages selon le revenu et le lieu de recours aux soins.....	206
Tableau 23 : Statistique descriptive	207
Tableau 24 : Déterminants de recours aux soins	209
Tableau 25 : Statistiques globales du modèle logit.....	210
Tableau 26 : Profils des enquêtés.....	218
Tableau 27 : Services de soins au centre de santé de Bambaly.....	218
Tableau 28 : Profils socioéconomiques et accès aux soins gratuits des groupes enquêtés...	222
Tableau 29 : Dépenses de soins liées aux programmes de gratuité des soins des populations enquêtées	223
Tableau 30 : Effet de la gratuité des soins sur les coûts liés à l'achat de médicaments.....	226
Tableau 31 : Résultats de l'estimation du modèle probit.....	227

Graphiques

Graphique 1 : Emploi et chômage sur longue période au Sénégal.....	94
Graphique 2 : Unités économiques informelles hors agriculture au Sénégal.....	97
Graphique 3 : Croissance annuelle du PIB du Sénégal.....	101
Graphique 4 : Inégalités dans l'accès à l'eau potable et à l'assainissement au Sénégal....	108
Graphique 5 : Inégalités d'accès à l'électricité au Sénégal.....	111
Graphique 6 : Secteur des transports au Sénégal.....	113
Graphique 7 : Indicateur de santé au Sénégal.....	118
Graphique 8 : Indicateur d'accès aux services de santé au Sénégal.....	118
Graphique 9 : Dynamique des dépenses de santé par régimes de financement en des dépenses de santé courante en (%).....	148
Graphique 10 : Dynamique des dépenses publiques en % du PIB (Sénégal, Mali, Burkina Faso).....	153
Graphique 11 : Inégalités de recours aux soins selon le revenu.....	212

Figures

Figure 1	: Modèle conceptuel des mécanismes d'inégalités.....	27
Figure 2	: Modèle écologique des déterminants de la santé.....	42
Figure 3	: Trajectoires écologiques de la santé de Berghmans.....	43
Figure 4	: Cadre conceptuel des déterminants socioéconomiques de la santé par Kolossvary et al. (2023).....	75
Figure 5	: Description des déterminants de l'accès aux soins par Levesque et al. (2013).....	81
Figure 6	: Complémentarité de déterminants de la santé adaptée au contexte des pays africains.....	85
Figure 7	: Cadre conceptuel des déterminants politiques et socioéconomiques.....	89
Figure 8	: Taux d'emploi salarié selon le milieu de résidence et le sexe au Sénégal.....	96
Figure 9	: Définition du processus d'intervention de la politique de gratuité des soins de Robert et al. (2015).....	158
Figure 10	: Cadre conceptuel d'intervention de la politique de gratuité des soins par l'auteur, à partir de Robert et al. (2015).....	163
Figure 11	: Courbe de concentration de Lorenz.....	180

Acronymes

ANSD	: Agence nationale de la statistique et de la démographie
ANCMU	: Agence nationale de la couverture maladie universelle
AFD	: Agence française de développement
ASC	: Agent de santé communautaire
BIT	: Bureau international du travail
CMU	: Couverture maladie universelle
CDSS	: Commission des déterminants sociaux de la santé
CERDI	: Centre d'étude et de recherches sur le développement international
CEPALC	: Commission économique pour l'Amérique latine et Caraïbes
DPEE	: Direction de la prévision et des économies
DRC	: Maladie rénale chronique
ECVM	: Enquête sur les conditions de vie des ménages
EDSC	: Enquête démographique et de santé continue
FAO	: Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
FCFA	: Franc des colonies françaises d'Afrique
FMI	: Fonds monétaire international
FNR	: Fonds national de retraite
HCSP	: Haut conseil de la santé publique
IDH	: Indice de développement humain
IPRES	: Institut de prévoyance retraite du Sénégal
IREPS	: Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bourgogne F.C.
IRCT	: Insuffisance rénale chronique terminale
ISMEA	: Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique
MCV	: Maladie cardiovasculaire
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économique
ODD	: Objectif de développement économique
OIT	: Organisation internationale du travail
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PIB	: Produit intérieur brut
PNB	: Produit national brut
PNSPA	: Programme national de santé des personnes âgées
TIC	: Technologie de l'information et de la communication
UNICEF	: Fonds des Nations Unis pour l'enfance
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le développement international
XOF	: Franc CFA d'Afrique de l'Ouest

Introduction Générale

L'analyse des politiques de santé met en évidence de grandes inégalités en matière d'accès aux services de soins, d'utilisation de soins et de résultats de santé. Les inégalités en santé font l'objet de recherches récurrentes en sciences sociales, en raison des enjeux complexes qu'elles soulèvent. Ainsi, la littérature sur l'évaluation des inégalités s'est rapidement développée, et des progrès remarquables ont été réalisés dans la compréhension de nombreux aspects analytiques des inégalités en santé. L'attention portée aux inégalités sociales s'est affirmée comme un enjeu crucial au cœur de ces réflexions. Ces préoccupations englobent notamment « les inégalités de ressources socialement valorisées, mais aussi l'étude des causes de ces inégalités ainsi que des mécanismes socioéconomiques et institutionnels, permettant de les réduire, ou, au contraire contribuant à les creuser » (Dia, 2017, p.17).

Sen (2000, p. 139), soutient que le lien entre l'inégalité et le bien-être social peut être établi de différentes manières, selon la conception que l'on se fait de la protection sociale. Une première approche consiste à mobiliser l'évaluation des inégalités pour analyser la justice sociale, notamment à travers les choix relatifs à la structure fondamentale de la société dans un cadre d'éthique politique et sociale, tel que celui proposé par la théorie de Rawls (1971)¹. La seconde approche propose d'évaluer les inégalités dans le cadre d'une analyse du bien être sociale, en postulant que les revenus déterminent le bien-être social. LaRose (2016), de son côté, défend des solutions justes et inclusives visant à réduire les inégalités et à promouvoir le développement économique et social.

Selon Musgrave (1989), la recherche de la solution optimale constitue une étape essentielle de la politique sociale. L'idée consiste à trouver des mécanismes et des solutions, sans pour autant se détourner de la primauté accordée à la satisfaction des individus, seuls juges de leur bien-être. Cette approche fondée l'individu peut être mise en perspective avec une conception collective du bien-être. La préférence collective telle que définie par Weber (1978) cherche à établir les conditions de validité et le contenu de la fonction de bien-être social dans une perspective économique inclusive. L'hypothèse du bien-être social est largement abordée par Arrow (1963)² dans son ouvrage « Social choice and individual value », formulant notamment les conditions que doivent respecter une fonction de bien-être social. L'auteur part

¹ Dans le contexte africain, la théorie Rawlsienne peut inspirer des réflexions sur les politiques sociales (l'équité, la justice sociale, la redistribution), afin de réduire les inégalités en matière de santé.

² Arrow soutient la transparence et l'inclusion dans les décisions institutionnelles pour renforcer la démocratie.

du constat que la démocratie qui prévaut dans les modèles institutionnels utilisant les systèmes majoritaires ne correspondent pas totalement à la réalité. Notamment, la détermination du budget et la production des biens et services publics dépendent largement des institutions de l'État, telles que le gouvernement ou l'Assemblée nationale. L'institutionnalisation de l'action publique est l'une des modalités par lesquelles le pouvoir politique exerce une forme de contrainte qui conduit à imposer de la cohérence aux conduites sociales. Selon Weber, les institutions sont des produits artificiels de l'homme, caractérisées par un mécanisme de rationalisation et de professionnalisation visant à s'affranchir des puissances privées dont le fonctionnement conditionne des questions politiquement sensibles. Guennif (2018) écrit : « L'institution est alors une règle, une coutume qui rend les comportements individuels prédictibles et contient temporairement les conflits entre groupes sociaux aux intérêts divergents et actions interdépendantes ». L'action publique peut donc, de toute évidence s'affranchir des cadres institutionnels, dans la mesure où certains problèmes échappent aux dispositifs prévus par les institutions. Ainsi, la dimension transversale des problèmes publics pourrait conduire à des solutions reposant sur des mécanismes d'interdépendance entre acteurs publics et privés, mobilisés autour des enjeux sociaux.

Fassin (2003) identifie deux approches liées « au pouvoir sur la vie », correspondant à deux modalités étroitement liées : « d'une part, le pouvoir sur la vie est une « anatomo-politique du corps humain », par laquelle, les disciplines soumettent l'individu à des procédures, le rendant apte au bon fonctionnement de la société et notamment de l'économie, d'autre part, le pouvoir sur la vie est une « bio-politique de la population », par laquelle les régulations contrôlent à la fois par la mesure et par l'intervention, l'espèce et plus particulièrement, les phénomènes liés à la naissance, à la maladie et à la mort ». Par ailleurs, l'auteur considère que le rapport de l'être physique et psychique, du monde social et politique est bien plus que l'envers de la naissance, de la maladie ou de la mort, auxquelles on le réduit souvent ou encore à l'idée du bien-être global. En d'autres termes, ce rapport ne se réduit pas aux dimensions du corporel et du médical. Il embrasse également des aspects juridiques, technologiques, moraux et intellectuels : c'est un construit, un objet de concurrence et de lutte entre agents de conception différentes de ce qui relève de la santé et par conséquent de la politique, autrement dit, de ce qu'il faut politiquement, socialement et économiquement traiter comme problème de santé. Il apparaît que ce même rapport détermine les formes institutionnelles, les pratiques et les comportements en matière de santé, en fonction du temps et des contextes nationaux ou locaux.

Les politiques en santé peuvent favoriser de nouveaux acteurs, notamment à travers la création d'institution ou la décentralisation des pouvoirs accrus aux citoyens. La dotation de ces pouvoirs s'accorde avec les tendances de l'autonomie, qui valorisent la gouvernance locale. Selon Oates (1974), la délégation de la décision à la périphérie répond au souci de la connaissance du terrain et de l'efficacité de l'offre publique. L'efficacité recherchée requiert une définition du bien-être qui incarne à la fois les préférences individuelles et collectives. Une telle ambition, attentive à la réalité sociale, en constante transition favoriserait l'articulation entre les transformations sociales et les trajectoires individuelles et collectives, dans une approche centrée sur les processus de subjectivations. Selon Fassin, cité par Pierru (2002), cette démarche inclusive en politique participe à l'émergence et à la dilatation de l'espace politique de la santé, permettant une mainmise croissante de la politique sur les déséquilibres sociaux de la vie humaine. Sen (2000b) suggère que l'élaboration des politiques de santé visant à favoriser l'amélioration de la santé des populations requiert une analyse attentive aux contextes et aux spécificités de chaque population.

1. Approches conceptuelles de l'accès aux soins de santé

Plusieurs approches conceptuelles ont été développées à l'explication des droits de l'individu, des priorités économiques et des responsabilités sociales pour comprendre les dimensions d'accès aux services de soins de santé. Ces approches exercent une influence significative dans la littérature consacrée à l'économie du développement. Elles renforcent une lecture multidimensionnelle de l'accès aux soins, tout en soulignant l'importance d'une intervention menée par les pouvoirs publics et les acteurs de terrain. La plupart de ces approches s'inscrivent à la fois dans le contexte des pays riches et dans celui des pays en développement, témoignant de leur adaptabilité aux réalités diverses. Dans cette dynamique, Grossmann (1972)³ apparaît comme l'un des pionniers ayant mis en évidence les facteurs qui influençant la santé. Son approche a permis d'identifier et de comprendre les interactions entre la santé, l'économie, la société et les comportements individuels. En proposant une analyse conceptuelle de l'accès aux soins de santé, Levesque et al. (2013) décrivent les grandes dimensions du processus d'obtention de soins. Cette littérature met également en évidence les dimensions qui intègrent les facteurs liés à la demande et à l'offre de soins, permettant l'opérationnalisation de l'accès aux soins tout au long du processus.

³ Grossmann appelle à une valorisation du capital humain (santé, éducation, l'équité), afin d'améliorer le développement économique et sociale.

Kolossvary et al. (2023) proposent une approche récente qui approfondit l'analyse des inégalités en matière de santé, en examinant comment les déterminants socioéconomiques affectent l'état de santé des individus. Les auteurs explorent les enjeux liés aux déterminants socioéconomiques qui impactent l'apparition des maladies et la prise en charge des patients. Ils soutiennent que « les facteurs non médicaux, tels que l'environnement physique, les comportements individuels influencent la santé ». En effet, cette analyse interroge l'influence des déterminants socioéconomiques sur l'apparition des maladies.

Les approches standard développées dans la littérature peuvent être ajustées pour tenir compte des spécificités économiques, sociales et institutionnelles des pays riches comme des pays en développement. La prise en compte de ces aspects multiformes est essentielle dans la réussite des politiques publiques de santé. Ainsi, de nombreux programmes de santé ont été mis en œuvre, d'une part pour réduire les inégalités en matière de santé, et part pour améliorer les conditions de vie des populations. Ces deux objectifs apportent un éclairage pertinent sur les stratégies de réduction des inégalités sociales en Afrique : le premier vise à élargir l'accès aux soins pour les personnes exclues du système de santé, tandis que le second cherche à améliorer le niveau de vie des populations vulnérables. Dans cette optique, le principe d'équité et de solidarité a conduit à la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement pour certains soins au bénéfice de certaines populations.

2. Justice sociale en santé à l'épreuve des inégalités de soins

L'accès à des soins de qualité, inscrit dans une perspective de justice sociale semble prendre en compte les inégalités entre les individus, souvent influencées par des facteurs historiques, économiques et politiques issus des dynamiques socialement ancrées. Dans le cadre de l'analyse relative aux conditions de vie et de vulnérabilité influençant l'accès aux soins et au droit à la santé, l'ONU définit la justice sociale comme « une condition fondamentale de la coexistence pacifique et prospère au sein des nations et entre elles-mêmes ». Cette conception s'inscrit dans une perspective fondée sur les principes d'égalité et de solidarité. Ainsi, Fee et Gonzalez (2017) soutiennent que la justice sociale dépasse le seul cadre sanitaire, elle englobe les principes d'équité et d'égalité. Ce principe d'équité renvoie à une logique de justice distributive selon laquelle les individus doivent être traités de manière juste. Il implique une égalité stricte entre les individus bénéficiant d'un même service de santé. Cependant, il convient de souligner que le droit à l'équité ne se limite pas à une dimension normative : il doit aussi traduire les réalités territoriales. Selon Vissandjée et al. (2013), la production de la justice

sociale se déploie au cœur d'un champ de valeurs propres à chaque société. Dans le même ordre d'idées, Schaeffer et Aubert (2010) considèrent que sa mise en œuvre est soumise à des jeux de pouvoir.

Le modèle de décision de type Rawlsien propose « d'accorder davantage de ressources nécessaires aux populations défavorisées, afin d'améliorer leurs conditions de vie. Ce principe de justice repose, d'une part, sur l'idée de construire une société équitable dans une situation d'égalité fondamentale à un ensemble de libertés fondamentales et, d'autre part, sur l'acceptabilité de la différence, qui permet des inégalités que si elles profitent aux plus défavorisés ». Daniels (2009), soutient l'extension de la justice sociale dans le domaine de la santé, telle que définie par Rawls pour garantir une distribution équitable des ressources de manière à réduire les inégalités injustes, afin d'augmenter les chances de ceux qui ont été désavantagés par des circonstances sociales comme le contexte familial. Le respect de ce principe d'équité implique que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins de santé égal. Néanmoins, ce principe d'égalité des chances n'élimine pas les avantages provenant des différences individuelles.

Le débat sur la justice sociale et la santé est toujours d'actualité, et il concerne notamment les politiques sociales et de protection. Spira (2020) souligne que, malgré la diversité des approches, les inégalités d'accès aux soins persistent.

3. La gratuité sélective des soins au Sénégal : de l'exemption à l'inégalité

La gratuité sélective des soins est une exemption des frais de soins, introduite pour des populations considérées vulnérables (organisation mondiale de la santé). Selon Mathauer et al. (2017) l'identification de ces populations repose notamment sur évaluation de la capacité à payer les soins. Partant de ce constat, l'Etat entend améliorer la protection financière des usagers de ces services de santé. Cette orientation politique s'inscrit dans une quête d'équité en matière d'accès aux soins⁴ portée par le système de santé sénégalais. C'est dans ce cadre que

⁴ Chambaud (2018) propose une définition de « l'accès aux soins » articulée autour de trois dimensions essentielles : l'accessibilité physique, l'accessibilité financière et l'acceptabilité.

L'accessibilité physique fait référence à la disponibilité de l'offre des services de soins à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoins.

L'accessibilité financière correspond à la capacité des individus à payer les services sans difficultés financières. L'acceptabilité représente principalement la réalité de l'utilisation des services de santé par les individus qui sont en besoin ou en demande de soins.

Selon l'auteur, « le terme acceptabilité permet de mieux appréhender les nombreux facteurs autres que les obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recours aux soins. Ces facteurs sont des

les dispositifs de gratuité des soins au Sénégal s'appliquent à des groupes de population particuliers, caractérisés notamment par une vulnérabilité économique et sociodémographique observable.

Selon Mathauer et al. (2017), les dispositifs de gratuité des soins ont progressivement gagné en popularité au cours des vingt dernières années, principalement en Afrique subsaharienne. Les auteurs considèrent que les politiques de gratuité des soins ont pour objectifs de réduire les barrières financières, en éliminant les frais de soins au niveau du prestataire. Ces dispositifs sont en cohérence avec les objectifs relatifs au développement durable, horizon 2030, fixés par l'ONU. Dans leur mise en œuvre, le champ d'application varie selon le groupe ciblé. Par ailleurs, il convient de souligner que, dans de nombreux pays, la gratuité ciblée sur certaines maladies spécifiques et graves (VIH-SIDA, malaria, tuberculose, etc.) est mise en œuvre depuis plusieurs décennies, bien avant l'apparition des dispositifs de gratuité sélective fondés sur des critères socioéconomiques.

La gratuité sélective des soins fait l'objet de plusieurs études scientifiques. De nombreux synthèses exploratoires dressent un état des lieux de la littérature, axée notamment sur l'efficacité de ces politiques en Afrique subsaharienne. Ridde et al. (2010) combinent des méthodes quantitatives et qualitatives pour analyser l'impact de ces dispositifs, en tenant compte de la perception des bénéficiaires et des soignants. En effet, ils soulignent des problèmes tels que les difficultés de financement et la baisse de la qualité des soins. Certains auteurs soulignent que la gratuité peut être mesurée à partir du recours aux soins déclaré dans les enquêtes auprès des populations bénéficiaires. Plusieurs travaux ont mobilisé ce cadre d'étude pour analyser les inégalités d'accès aux soins, notamment ceux de Jusot (2012), Dieng et al. (2014) et Sidibé et al. (2020). Ces recherches ont également révélé des inégalités dans le recours aux services de soins de santé⁵ entre différents groupes sociaux. Par ailleurs, Nkoumou Ngoa (2020) examine l'effet de la gratuité des soins pour les femmes enceintes. L'auteur souligne que les résultats ne permettent pas d'établir un effet significatif de ce dispositif sur le recours aux services de santé maternelle à court terme au Sénégal. D'autre part, Fall (2023) présente une étude sur la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Il conclut que les enfants

déterminant liés essentiellement à la structure sociale (âge, sexe, statut familial, éducation, profession, lieu d'habitation) ».

⁵ L'utilisation des services de santé correspond aux résultats de l'interaction entre un professionnel de santé et un patient. En termes économiques, elle représente la production et la productivité des services de santé (Da Silva et al. (2011).

issus de ménages riches bénéficient davantage des soins hospitaliers que ceux des ménages pauvres.

Comme nous le montre la littérature, la gratuité des soins a suscité un intérêt particulier dans les études menées notamment après la suppression de certains frais à la charge de l'utilisateur. Sidibé et al. (2020) constatent de faibles disponibilités de soins gratuits et une couverture très limitée pour les communautés défavorisées. Traoré et al. (2023) soulignent l'existence de paiements additionnels malgré la gratuité, ainsi que l'indisponibilité de certains services de soins. Dans ce contexte, de nouvelles études apparaissent nécessaires pour comprendre et juger les politiques de gratuité sélective de soins pour mieux orienter les politiques publiques de santé. Bien que ces écrits scientifiques explorent diverses problématiques liées à l'accès aux soins gratuits sous l'angle de leur efficacité, Robert et al. (2015) approfondissent cette approche en modélisant la théorie d'intervention, soulignant le rôle structurant des déterminants de l'accès aux gratuits dans la réduction des inégalités.

4. Questions et hypothèse de la recherche

L'approche des inégalités en santé s'étend sur une multitude de dimension de la vie sociale, économique ainsi que sur des problématiques d'état de santé. L'objet de cette étude porte sur l'analyse des inégalités dans la distribution des dispositifs de soins gratuits au Sénégal. La question principale découlant de cet objet est de comprendre **quels sont les principaux déterminants contribuant aux inégalités dans l'accès aux soins gratuits**. Ainsi, certaines sous-questions essentielles nécessitent des précisions afin de mieux répondre à notre objectif principal, qui est d'analyser les facteurs déterminants influençant l'accès aux soins gratuits au Sénégal : Dans quelles circonstances la gratuité favorise-t-elle l'utilisation des soins ? Quels sont les niveaux d'inégalités atteints dans la distribution des soins gratuits. ? Quels sont les différents déterminants qui les expliquent ? Quels sont les facteurs susceptibles de contribuer à la réduction de ces inégalités de soins ?

A partir de la littérature, nous nous appuyons sur des cadres théoriques multidimensionnelles et complémentaires. Cette étude utilise comme fondement des facteurs économiques et sociaux qui favorisent ou entravent l'accès aux soins de santé, ce qui permet d'évaluer progressivement nos hypothèses.

L'hypothèse initiale considère que des déterminants socioéconomiques tels que le niveau revenu, le niveau d'instruction, le statut social et la zone de résidence, jouent un rôle

important dans l'accès aux services de santé, contribuant ainsi aux inégalités de soins et de prise en charge médicale (partie 1).

L'hypothèse principale soutient que la gratuité sélective des soins accentue les inégalités dans l'accès aux services médicaux, renforçant ainsi les disparités parmi les bénéficiaires, notamment les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les plus de 60 ans dans l'utilisation des soins au Sénégal (partie 2).

5. Démarche et structure de la thèse

5.1. Méthodologie

L'approche repose sur une recherche méthodique, exploitant la diversité et la richesse de la littérature en économie de la santé, centrée sur les déterminants socioéconomiques. Cette analyse s'appuie principalement sur des approches théoriques⁶ proposées par Levesque et al., 2013 ; Kolossvary et al., 2023, OMS, 2008 et, enfin Robert et al., 2015) auxquels nous intégrons des déterminants essentiels spécifiques au contexte des pays d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, nous avons mobilisé plusieurs bases de données spécialisées permettant une exploration pertinente des sources disponibles.

Les travaux de Robert et al. (2015)⁷ ont permis de concevoir un modèle conceptuel d'intervention de la politique de gratuité des soins visant à améliorer l'accès aux services de soins et à renforcer l'efficacité de l'utilisation des soins gratuits, adapté au contexte sénégalais afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations vulnérables.

L'analyse quantitative propose un modèle d'extension de la « décomposition de Blinder-Oaxaca », proposé par Fairlie (2006). Ce modèle permet d'évaluer les inégalités entre groupes de populations. Cela concerne une étude statistique sur des variables catégorielles d'où la variable expliquée est binaire. Ensuite, une étude mixte a été réalisée, combinant approche qualitative et quantitative. L'approche mixte a permis de collecter des données diversifiées et riches. L'objectif est d'évaluer les facteurs socioéconomiques qui influencent l'accès aux dispositifs de gratuité des soins.

⁶ L'efficacité de ces approches ne réside pas seulement dans leur nature mais dans leur complémentarité, adaptée au contexte africain.

⁷ Les auteurs réorientent le débat vers une approche théorique renouvelée dans la conception des politiques de gratuité des soins en Afrique.

5.2. Plan de la thèse

Cette thèse comprend six chapitres, réparties en deux parties. Dans une première partie, intitulée « Inégalités sociales de santé et accès aux soins : analyse et bilan dans les pays en développement ». Cette partie examinera la littérature sur les inégalités et les déterminants de la santé, tout en présentant des modèles d'évaluation des politiques de gratuité des soins et de leurs effets sur l'accès aux services de soins médicaux.

Le premier chapitre : « Inégalités sociales de santé et inégalités de santé » fait le point sur la définition de l'inégalité, l'état des connaissances théoriques et les principaux concepts liés aux inégalités en matière de santé. Ce chapitre permet de mieux comprendre la distinction entre les concepts de l'inégalité, la différence entre inégalités sociales de santé et inégalités de santé, leur interaction. Cela nous permet d'aborder le rôle des politiques sectorielles, telles que la décentralisation, l'urbanisme, les mesures de protection sociale et les soins en tant que pilier de l'assurance maladie.

Le deuxième chapitre : « Les inégalités sanitaires au prisme des déterminants socioéconomiques au Sénégal » analyse l'approche multidimensionnelle de l'accès aux services de soins de santé. Ce chapitre vise à élargir l'analyse en s'appuyant sur la littérature théorique, notamment les travaux de Levesque et al. (2013) et Kolossvary et al. (2023), afin de proposer une étude approfondie des déterminants influençant l'accès aux soins. Le cadre théorique mobilisé par ces auteurs repose sur les déterminants multidimensionnels. Ainsi, nous avons par la suite mobilisé des analyses sectorielles de l'économie sénégalaise, en proposons un modèle conceptuel de l'accès aux soins au Sénégal. Les approches standards mises en œuvre par l'OMS ont servi de base méthodologique dans la conception de notre modèle théorique de l'accès aux soins adapté au contexte sénégalais.

Le troisième chapitre : « Les politiques de gratuité sélective de soins mises en œuvre au Sénégal » analyse le contexte historique des politiques de gratuité sélective de soins au Sénégal en comparaison avec d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Des travaux assez nombreux ont mobilisé des études empiriques pour mesurer les inégalités d'accès aux soins gratuits. Ces travaux témoignent à la fois des barrières financières et sociales à l'utilisation des soins de santé. Robert et al. (2015) explorent une approche méthodologique pour comprendre les différents processus conduisant à l'accès à ces soins, à la diminution des dépenses de santé et à la réduction des inégalités de soins. Cette approche s'accompagne d'une modélisation théorique de la logique d'intervention des politiques de gratuité, développée par les auteurs. Sur cette

base, nous présentons notre modèle des politiques de gratuité de soins adapté au contexte sénégalais.

La deuxième partie de cette thèse s'intitule « Analyse des inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité des soins : une étude empirique au Sénégal ». Dans cette partie, nos analyses reposent sur des études empiriques approfondies portant sur les déterminants des soins gratuits pour les groupes vulnérables (gratuité pour les enfants, gratuité pour les femmes enceintes, gratuité pour les plus de 60 ans. Cette analyse conduit à une présentation détaillée des choix des données, des méthodes d'analyse employées et des techniques d'estimation des variables explicatives sur la variable expliquée afin d'interpréter les résultats.

Le quatrième chapitre : « La politique de gratuité des soins et inégalités : analyse d'impact du plan Sésame au Sénégal », examine en profondeur le dispositif de gratuité des soins, destiné aux personnes de plus de 60 ans. L'objectif est d'évaluer l'impact des déterminants socioéconomiques sur l'utilisation des soins gratuits. Les estimations à partir de la régression logistique proposée par Fairlie (2006) ont été réalisées sur la base des données d'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2017). La base de données de cette enquête, considérée comme la plus complète à ce jour, a été utilisée par Samba et Thiam (2022) dans leurs travaux sur les inégalités dans l'utilisation des soins, ainsi que par Faye (2022) dans ses recherches sur le dispositif de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans au Sénégal. De la même manière, nous travaillons dans cette optique, en analysant les inégalités dans l'accès au dispositif de gratuité des soins du plan Sésame. Les résultats économétriques montrent que l'assurance maladie constitue un facteur clé dans les inégalités d'accès aux soins. Ils mettent en évidence des inégalités dans l'accès aux soins gratuits entre les zones urbaines et rurales, ainsi qu'en fonction de la présence d'une assurance maladie, les assurés bénéficiant davantage de la gratuité que ceux qui ne le sont pas.

Le cinquième chapitre : « Déterminants socioéconomiques de la demande de soins dans un contexte de gratuité sélective au Sénégal » permet d'évaluer les déterminants socioéconomiques qui influencent la demande de soins dans le cadre des dispositifs de gratuité au Sénégal. Les mêmes méthodes économétriques du chapitre 5 ont été reconduites pour une meilleure comparaison entre les groupes sociaux, à partir des données d'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages (ECVM, 2018-2019). Ndiaye et al. (2023) ont utilisé la base de données de cette enquête pour identifier les caractéristiques de la pauvreté multidimensionnelle au Sénégal. Notre analyse des inégalités de demande de soins s'appuie sur

une série de travaux menés en amont (Levesque et al., 2013 ; Dieng et al. 2014 ; Bouba-Olga et Vigé, 2015). Les résultats confirment que les variables, telles que le revenu (moyen) et la présence d'une couverture maladie influencent significativement le recours aux soins gratuits.

Le dernier chapitre s'intitule « La gratuité sélective des soins et ses coûts connexes à la charge des usagers en milieu rural : une étude auprès des patients du centre de santé de Bambaly⁸ au Sénégal ». Cette étude examine l'impact des dispositifs de gratuité des soins sur les dépenses de santé liées aux médicaments. Il s'agit d'une étude de terrain réalisée à Bambaly, district sanitaire de Sédhiou au Sénégal. Le choix de ce site est déterminé par notre intérêt de relever les difficultés financières des populations en milieu rural face aux obstacles de l'accès aux soins de santé. Ce travail explore un mode de classification des individus souffrant de vulnérabilité et de morbidité sanitaires, considérées comme des menaces pour l'ordre social. Nous analysons dans ce chapitre les dépenses de médicaments et de transports à la charge du patient lors de son recours aux soins durant les 12 derniers mois précédents l'enquête. Le patient doit indiquer s'il a payé lui-même ses frais de médicaments ou de transports. Les résultats montrent que les dépenses liées à l'achat de médicaments sont significativement élevées. La variable transport constitue également un fardeau financier qui pèse lourdement sur les ménages. Ces dépenses deviennent préoccupantes lorsqu'elles engendrent des coûts très élevés pour les ménages pauvres.

⁸ Bambaly est un village situé en moyenne Casamance au Sénégal, érigé en commune rurale en 2013, composé de 35 villages, depuis l'acte III de la décentralisation de 2013.

Partie 1 : Inégalités sociales de santé et accès aux soins : analyse et bilan dans les pays en développement

L'approche des inégalités en santé ont permis de mettre en évidence l'hétérogénéité des formes que prennent les inégalités d'accès aux soins, ainsi que les dimensions auxquelles elles se développent et se reproduisent. Pour approfondir la compréhension des mécanismes à l'origine de ces inégalités, il est nécessaire de s'intéresser aux approches théoriques de la littérature interdisciplinaire en santé.

La première partie s'attache à montrer que les inégalités d'accès aux soins ne relèvent pas uniquement de différences sociales, comme l'ont montré plusieurs études précédentes, mais qu'elles sont solidement établies dans des déterminants économiques, politiques et géographiques.

Le premier chapitre aborde les bases conceptuelles essentielles à la compréhension des inégalités en santé à partir des principaux approches théoriques issues de l'économie de la santé, de l'anthropologie, de la sociologie. Il propose une définition des concepts clés tels que inégalités, santé, inégalités sociales de santé, inégalités de santé, équité, afin de construire un cadre d'analyse rigoureux. Dans un second temps, ce chapitre examine les déterminants structurels de la santé (déterminants sociaux, économiques, politiques, environnementaux, culturels, géographiques). Il montre comment ces déterminants sont imbriqués, et contribuent à construire des inégalités entre les individus ou groupes d'individus. Etant donné que ces déterminants permettent de comprendre les inégalités en santé, ils ne suffisent pas cependant à expliquer les interactions entre les différents facteurs qui contribuent à la construction des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, le chapitre 2 analyse les approches théoriques multidimensionnelles des déterminants de la santé et leurs limites. Il permet une lecture approfondie des mécanismes à l'origine de ces inégalités et de préparer le terrain pour l'étude des réponses politiques de l'Etat au troisième chapitre.

Le troisième chapitre propose un bilan analytique des politiques de gratuité des soins menées en Afrique et plus précisément au Sénégal. Au-delà de ce rappel illustratif, il est important de s'interroger sur la cohérence de ces politiques. Ainsi, ce chapitre présente dans un second temps les approches théoriques de la logique d'intervention des politiques de gratuité des soins en Afrique. Il s'agit de passer de la littérature empirique à une étude prospective, en mobilisant des approches conceptuelles issues de l'économie de la santé.

Chapitre 1 : Inégalités sociales de santé et inégalités de santé

Introduction

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme étant : « un état de complet bien être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire revêt une importance fondamentale, fondée sur un nouvel ordre mondial. Ainsi, les gouvernements, les organisations internationales et la communauté internationale tout entière aspirent à une équité en santé de sorte que tous les individus aient un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Malgré les nombreux efforts consentis, les inégalités en termes de santé persistent encore et sont reconnues comme un problème majeur de santé publique. En effet, pratiquement il existe dans tous les pays ou dans toutes les sociétés des écarts de santé en termes de maladies, de mortalité et d'incapacité qui ne sont surtout pas, le seul produit de la biologie ou du hasard dont les effets touchent davantage les individus et les groupes sociaux les plus précaires. L'état de santé des individus peut être défini par la combinaison des facteurs socioéconomiques, en interdépendance avec d'autres facteurs tels que : le comportement individuel et l'environnement physique. Les facteurs susmentionnés n'agissent pas de façon isolée et peuvent être considérés comme des déterminants de la santé. A cela s'ajoutent les déterminants héréditaires et biologiques, comportementaux et sociaux. Les déterminants héréditaires et biologiques se réfèrent aux caractéristiques liées aux facteurs génétiques, l'âge et le sexe. Ensuite les déterminants comportementaux désignent le style et les habitudes de vie des individus. Quant aux déterminants sociaux, eux, se réfèrent à l'environnement culturel, à l'éducation, aux conditions de travail et de vie matérielle, d'après l'OMS. Les déterminants peuvent significativement impacter la santé avec des degrés et une intensité variable.

L'étude sur les déterminants de la santé la compréhension des inégalités de santé permettra de s'interroger sur les mécanismes par lesquels les inégalités sociales sont liées aux inégalités de santé. Selon Moleux et al. (2011), de nombreux modèles explicatifs proposés confirment le constat sur le fait que les déterminants sociaux de la santé mettent en évidence le poids des facteurs structurels. Les études ont évolué du constat aux tentatives de comprendre les déterminants sociaux grâce à des recherches internationales particulièrement

pluridisciplinaires, s'accompagnant de l'élaboration des politiques publiques visant à réduire les inégalités sanitaires.

Selon Braveman et al. (2001) et Whitehead (1992), les inégalités reflètent plus les différences en contrainte entre les individus (mauvaises conditions de travail, faible revenu, faible couverture par l'assurance maladie) que les différences dans les préférences. Certains auteurs argumentent que les inégalités de santé sont plus inquiétantes que les inégalités dans d'autres domaines. Sen (2002) considère que la santé est la condition la plus importante de la vie humaine, un constituant significatif des capacités humaines.

Dans la première section, nous proposons une revue de la littérature sur le concept d'inégalité en santé. Ensuite, nous abordons dans la deuxième section la définition de la santé. Dans la troisième section, nous présentons une revue transversale de la littérature sur les inégalités en santé et enfin, le rôle déterminant des politiques publiques dans le domaine de la santé.

Section 1. Cadre théorique de l'inégalité

Dans cette partie, nous abordons la définition de l'inégalité et son implication dans le domaine de la santé. D'une part, la notion d'inégalité nous aidera à cadrer le sujet dans la mesure des différences de santé qui vont au-delà des disparités spatiales, les situations observées et notamment entre les individus et les groupes sociaux.

1.1. Définition de l'inégalité

Dans son discours sur « l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes », Jean-Jacques Rousseau (1755), conçoit deux sortes d'inégalités, dont la première consiste en l'origine naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature. Cette forme d'inégalité provient de la différence des âges, des forces du corps et des qualités de l'esprit ou de l'âme. Pour la seconde forme, Rousseau estime que l'inégalité est comme un aspect moral ou politique, c'est à dire, elle dépend d'une sorte de convention, et elle est établie ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Il s'agit dès lors d'une question de « fondements ». Dans cette logique, il existe une partialité dans les différents privilèges entre les plus privilégiés et les moins favorisés. Selon l'auteur l'inégalité engendre donc des répartitions inéquitables dont quelques-uns jouissent au préjudice des autres selon la richesse ou la puissance. « Si nous suivons le progrès de l'inégalité dans ces différentes révolutions, nous trouverons que l'établissement de

la loi et du droit de propriété fut son premier terme ; l'institution de la magistrature le second, que le troisième et dernier fut le changement du pouvoir légitime en pouvoir arbitraire ; en sorte que l'état de riche et pauvre fut autorisé par la première époque, celui de puissant et de faible par la seconde, et par la troisième celui de maître et d'esclave, qui est le dernier degré de l'inégalité et le terme auquel aboutissent enfin tous les autres » (Rousseau, J-J, 1755).

1.2. Inégalité

L'inégalité suppose la privation d'opportunité, le sentiment du préjudice et de la relation d'ordre des situations attachées à la différence (Bihr, Pfefferkorn, 2008). Selon l'OMS, l'inégalité constitue un fait inégal, notamment en termes de statut, de droits et d'opportunités. Ce manque d'égalité peut être associé à certaines différences de taille ou de circonstances et à des situations parfois injustes. L'inégalité ne se concentre pas uniquement sur la différence mais notamment sur les effets qu'elle entraîne. Cette différence peut être établie par l'observateur qui les compare. Les facteurs naturels ne sont pas forcément semblables chez les individus. Ainsi, l'inégalité postule un rapprochement entre cibles au moyen de comparaison. L'inégalité, issue de la différence entre les phénomènes, est signe précurseur de l'instauration de la hiérarchie dans la société. Cet état de fait, imposé naturellement par la société offre aux individus des chances différentes. La nécessité de production ou la recherche de profits et des moyens de subsistance permettent aux individus de nouer des liaisons, exigées par des phénomènes sociétaux. Cela définit l'implication de chaque individu et suppose la mobilisation des moyens procurés par la nature. Ceux-ci diffèrent selon les besoins et le milieu de chaque personne. En effet, la différence imposée par la société, occasionne des chances différentes pour chacun. L'inégalité quant à elle, résulte de cette différence, instituées à tous les niveaux de la société. Rousseau estime que la santé est une inégalité naturelle. Elle mobilise des paramètres biologiques, pouvant être influencés par des déterminants externes. L'inégalité est quantifiable par estimation, par le moyen d'observations des éléments du système environnemental. Ces observations impliquent des éléments de comparaison, nécessitant un jugement. D'ailleurs, l'OMS appuie la théorie selon laquelle, les inégalités sanitaires sont le résultat de l'injustice sociale à dimensions multiples. Les réduire est un impératif éthique et moral par rapport à ce qui est considéré comme évitable et injuste, comme le suggèrent Bodenmann et Green (2012). Elles émanent souvent de circonstances issues du « construit social ». Cet aspect social rend les inégalités sanitaires évitables et modifiables. Dans les définitions de Max et Weber, l'inégalité entre les hommes est considérée comme un aspect de l'organisation sociale et non un attribut

divinement ordonné de la condition humaine. Mouret, (1892), considère l'inégalité comme la négation du rapport d'égalité, c'est à dire, la synthèse de deux relations conjointes de même espèce, mais opposées. Par exemple, la synthèse d'une négation et d'une affirmation, ayant un terme commun.

La justice sociale pour l'amélioration des conditions de vie des personnes qui subissent des injustices socioéconomiques est influencée par des théories telles que l'égalitarisme de la chance et l'égalitarisme libéral.

1.3. Égalitarisme de la chance

L'égalitarisme de la chance, « luck egalitarianism », inventé par Anderson, constitue un participe à la justice distributive. Les philosophes de cette approche, considèrent que les variations de la richesse soient déterminées par les choix que font les individus et non par des différences dans leurs circonstances non choisies. Une théorie selon laquelle le but fondamental de l'égalité est d'offrir une compensation pour tout ce qui est la malchance imméritée. Par exemple, être né sans beaucoup de talents innés, d'être faible, de souffrir de handicap, d'accidents et de maladie. Selon l'auteur, les inégalités involontaires doivent être éliminées par les efforts égalitaires. Ces inégalités sont celles qui ne sont pas l'effet d'un choix effectué par les personnes qui les subissent. « Il est injuste qu'un individu soit moins bien loti que d'autres en raison des facteurs hors de son contrôle » (Anderson, 1999). L'égalité est l'une de nos valeurs politiques fondamentales. Ainsi, les « luck egalitarians » considèrent que si une personne est plus démunie qu'une autre sans que ceci résulte d'un choix ou d'une erreur de sa part, alors sa situation est inéquitable, et donc que l'inégalité entre ces deux individus est injuste. Sen (2000, p. 185) considère que l'égalité dans un espace implique de substantielles inégalités dans d'autres.

1.4. Égalitarisme libéral

L'égalitarisme libéral est introduit par Rawls. Il cherche à développer les principes de « l'idéale démocratique » : la liberté et l'égalité. Il s'agit d'une conception qui cherche à concilier égalité de traitement et liberté individuelle. Dans cette logique, les inégalités seraient justifiées si elles bénéficient à tous, en particulier, les moins avantagés sans nuire à qui que ce soit (efficacité de Pareto). La théorie Rawlsienne vise donc à contenir les inégalités dans les limites de l'équité, c'est-à-dire, de ce qui rationnellement acceptable pour chacun. Dans la

formulation du principe de différence, l'auteur ne fait aucune distinction entre les inégalités qui résultent des choix volontairement faits et des inégalités découlant d'aspects subis par les plus désavantagés. Il soutient un traitement sur un pied d'égalité les personnes défavorisées et celles appartenant à une classe sociale aisée. « La répartition naturelle n'est ni injuste, ni juste ; il n'est pas non plus injuste que certains naissent dans certaines positions sociales particulières. Il s'agit seulement de faits naturels. Ce qui est juste ou injuste, cependant, c'est la façon dont les institutions traitent ces faits ». Rawls estime que la disponibilité des moyens est une opportunité à ce que les individus puissent réaliser leur projet de vie. Ce privilège doit être identique à toute personne ayant l'ambition de réaliser son projet. Dans ce fait, il doit y avoir une égalité de chances qui ne soit pas influencée par l'arbitraire. Cela introduit la question du bon ou du mauvais choix et ses conséquences qui n'engage que la personne elle-même dans sa vie.

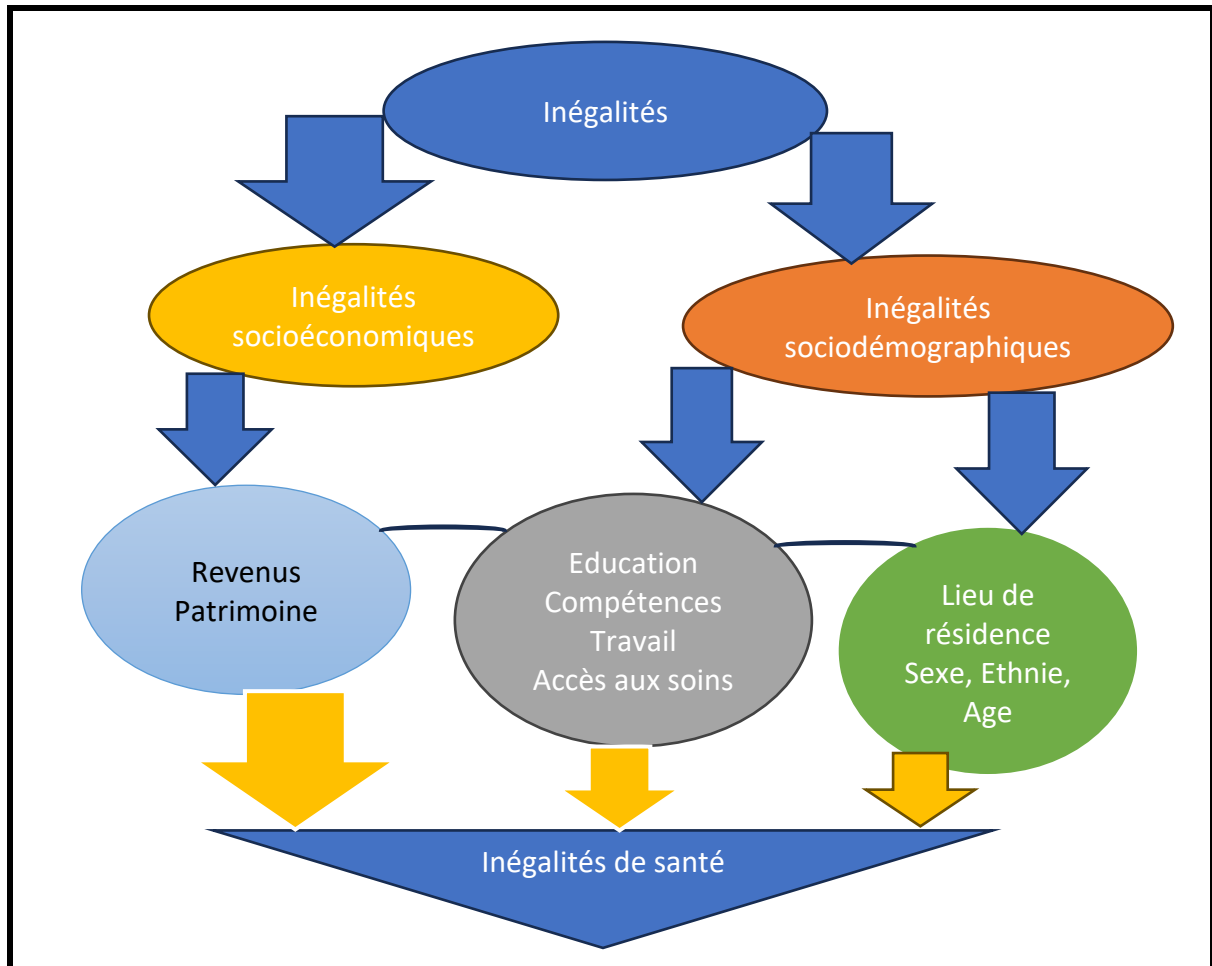
1.5. Mécanismes d'inégalités

Les inégalités constituent une préoccupation permanente, leur reproduction constitue un défi majeur pour les sociétés. La nature transversale et collective des problèmes sociaux débouche sur des interdépendances multiples. Cette problématique a suscité une attention croissante en Afrique subsaharienne. Selon Premji, (2014), les mécanismes menant aux inégalités sont généralement influencés par les structures sociales économiques, politiques et juridiques. Les mécanismes sociaux de production de ces inégalités permettent d'appréhender la complexité et la dynamique des processus d'évolution des inégalités. Seule une analyse systémique permet de comprendre comment le contexte au niveau des différents sphères influe sur l'origine de nos inégalités.

Eckert (2008) suppose que les inégalités concernent trois grands registres de la vie sociale : « celui de l'avoir, bien sûr, mais aussi les registres du savoir et du pouvoir ». Cette littérature met l'accent sur les inégalités de revenus ou patrimoine, de connaissance et l'autonomisation ou pouvoir de décision. Plusieurs auteurs s'interrogent sur « l'inégalité de quoi » et l'inégalité entre qui ? De nombreuses études portent en fait sur des formes d'inégalités économiques et sociales. L'enjeu est d'établir l'existence des inégalités, largement illustrée par des études, et de montrer comment ces inégalités forment un système. Pour certains les circonstances économiques et sociales produisent inévitablement des inégalités entre individus et entre groupes d'individus et ces inégalités, parfois jugées accessoires, sont déclarées injustes et nuisibles à l'efficacité économiques. Les inégalités injustes sont donc considérées comme des inégalités de chances, comme le soulignent Mignon et Jusot (2020). Selon Eckert (2008)

les interactions entre inégalités pourraient être résumées ainsi : « un même effet de multiples causes, versus un même effet de multiples causes ». D’abord, grâce à l’élaboration d’un modèle conceptuel, nous cherchons à élucider les mécanismes qui créent ou amplifient les inégalités.

Figure 1 : Modèle conceptuel des mécanismes d’inégalités



Source : Auteur, adapté de Premji (2014)

L’analyse des inégalités socioéconomiques nécessite d’une compréhension de base sur différentes dimensions. La richesse, par exemple, en tant que dimension de l’inégalité est au cœur de l’analyse des inégalités économiques car dans les sociétés de marché moderne, c’est la richesse matérielle, et en particulier l’argent qui est nécessaire pour atteindre un niveau de vie élevé (Hoffmann, 2008). L’auteur considère qu’outre les biens matériels, les ressources financières permettent d’acheter des biens immatériels, tels que la santé, la sécurité, des meilleures conditions de logement. Huster (cité par Hoffmann, 2008) décrit le revenu (pauvre et riche) comme une condition essentielle à la construction des inégalités.

Section 2 : Inégalités de santé

2.1. Définition de la santé

La compréhension de la signification rationnelle de la santé contribue à mieux appréhender les inégalités sanitaires et leur mesure. La définition de la santé évolue avec des significations qui se complètent, moins restrictives ou plus consensuelles. « La santé c'est la vie dans le silence des organes » (Leriche, 1936, cité par Galsworthy et al., 2012)⁹. Il définit la santé par rapport à la maladie. Il faut insister sur la fonction du corps et son anatomie, véritable enjeu de cette définition. Selon Leriche, le corps est un produit, il nous est donné grâce à notre génome. Il devient ce qu'il est en raison de son environnement particulier. L'OMS définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Le sens positif attribué à la santé rétablit son aspect en tant que ressource majeure pour le développement économique, social et individuel (Charte d'Ottawa, 1986). La réflexion sur la définition de la santé prend une autre tournure aboutissant à celle de l'UNICEF (1989). A son tour, celle-ci estime que « la santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture, des droits et des libertés ». La santé correspond donc à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme et l'adaptation à son environnement en perpétuelle mutation économique et sociale. Selon Larson (1996) « la santé ne se définit plus simplement en termes physiques, comme l'absence de maladie ou de handicap mais inclut désormais des dimensions mentales et sociales ». Il estime que la santé est comme un niveau adéquat de bien-être physique, mental et social. La définition de ce bien-être peut varier selon l'âge, la culture ou le niveau de handicap. La santé est alors relative à l'équilibre de l'individu. C'est le bien-être psychologique, la bonne humeur, le bien-être physique et l'infatigabilité (Morin, 2006). La bonne santé correspond alors à l'utilisation convenable de ses propres capacités psychiques et physiques. L'application de ces capacités diffère d'un individu à un autre. Pour améliorer sa santé, l'individu doit avoir accès aux conditions suivantes : « accès à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, se loger, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (Charte d'Ottawa, 1986).

⁹ « La santé est une construction sociale, donc historique, appelant en tant que telle une définition relationnelle qui ne la rebatte pas sur son acception biomédicale. Elle apparaît donc simultanément comme une notion et un espace défini par les rapports entre le corps physique et le corps social » (Fassin, 2003). C'est dire avant toute chose, l'anthropologie de la politique de santé proposée par Fassin se donne pour objet, l'étude de la construction politique de la santé.

Cela dit, la santé n'est pas uniquement un intérêt de la médecine mais également celle des conditions économiques, sociales et environnementales. Elle est relative, en raison de son caractère, à la fois variable, instable et subjectif. En effet, elle dépend de nombreux facteurs structurels.

La santé varie selon l'individu tout au long de sa vie car la différence entre ce qui est normal ou pathologique chez l'homme est sans cesse modifiée. Chaque individu peut avoir sa propre représentation de sa santé, selon le ressenti, la culture ou selon une certaine tolérance face à la douleur ainsi qu'aux besoins. La satisfaction de ses besoins de santé permet d'atteindre le bien-être, c'est-à-dire un ressenti subjectif que personne d'autre ne peut définir que soi-même. Ces besoins représentent des attentes individuelles de chacun, et différent d'une personne à une autre. Une personne en bonne santé serait donc capable d'accomplir ses activités quotidiennes, d'assurer ses responsabilités et évoluer efficacement au sein de la société.

Des auteurs, dont Huber et al. (2011), considèrent la santé comme dynamique entre les opportunités et les limitations, qui évolue tout au long de la vie et qui est affectée par des conditions externes telles que les défis environnementaux et sociaux. La santé est devenue aujourd'hui un enjeu des politiques publiques. Selon l'OMS « la santé est une approche multi et interdisciplinaire plus vaste que la médecine. C'est une approche collective et administrative de problèmes de santé d'une population, sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels ».

Les problèmes de santé dont souffrent les hommes, ne peuvent être éloignés d'un contexte historique, culturel, géographique et politique. Les politiques publiques de santé doivent assurer l'égalité, tout en réduisant les disparités sanitaires entre les individus ou entre les groupes d'individus, donner aux populations les moyens d'une plénitude physique et psychique optimale (OMS)¹⁰. Selon Savidan et al. (2018), la santé apparaît comme un bien particulièrement important. « Elle est en quelque sorte la condition matérielle de ce que les citoyens puissent se prévaloir des autres biens dont la distribution est gérée par l'État » (Savidan et al., 2018). Elle fait l'objet d'une réflexion traversable au chevet de la population. D'autres disciplines à l'instar de l'épidémiologie, l'économie et la sociologie sont nécessaires pour faire des diagnostics auprès des populations. L'objet final étant de permettre à chaque individu de

¹⁰ En 1952, l'OMS définit la santé comme « La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée ».

jouir pleinement de son droit à la santé et à la longévité. La définition de la santé nous permettra donc d'aborder les mesures utilisées pour évaluer l'état de santé d'une population.

2.2. Les inégalités d'état de santé

Les déterminants des inégalités de santé permettent de mettre en évidence les mécanismes de mesure de l'état de santé d'une population ou d'un groupe à travers plusieurs indicateurs de santé. Les personnes vivant dans les zones défavorisées sont plus susceptibles à souffrir de difficultés dans l'accès aux soins de qualité. Les inégalités d'état de santé peuvent se manifester sous différentes formes, en fonction de la maladie, de la morbidité, de la vulnérabilité, de la mortalité ou de l'espérance de vie. D'autres facteurs explicatifs de l'état de santé et du bien-être ont été énumérés par Tremblay J-M (2007) à savoir :

- Santé globale,
- Santé fonctionnelle, santé perçue,
- Santé objective, santé positive.

Certains indicateurs explicatifs d'état de santé sont mesurables en termes de prévalence statistiques tels que la maladie, les taux de mortalité, le degré de morbidité et l'espérance de vie. Les observations empiriques sont censées rendre possible les comparaisons entre pays, entre les groupes distincts de la population entre groupes sociaux ou entre individus. Les indicateurs d'état de santé peuvent être utilisés pour mesurer la santé d'une population. Par ailleurs, permettent d'identifier les besoins de soins et à orienter les politiques publiques pour améliorer la qualité du niveau de vie et réduire les inégalités de santé.

La maladie doit être considérée comme faisant partie du cours normal de la vie. « L'homme est exposé à la maladie non pas parce qu'il y est condamné ou destiné mais du fait de sa simple présence dans le monde » (Horton, 2012). La maladie réduit notre capacité de vivre. C'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normale de leur vie dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir selon Leriche (cité par Bézy, 2009). Une telle gêne apparaît comme une limitation ou un fâcheux contresens que nous subissons. Cependant, certaines maladies restent asymptomatiques pour le malade. Pour Leriche, la douleur est un fait de maladie, un phénomène monstrueux, au rang de symptôme. Chez l'homme, la maladie est définie comme une altération de l'état de santé se manifestant par des signes ou des symptômes dus à des causes internes ou externes. « L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier, les maladies transmissibles, est un péril pour tous » (OMS).

Cette dernière classifie les différentes maladies recensées pour établir les tendances et les statistiques sanitaires. La classification internationale de maladies permet de comprendre les facteurs de maladies et les causes de décès dans le monde.

La mortalité ou « le taux de mortalité consiste en l'appréciation du nombre de décès observés au cours d'une période donnée, à l'effectif de la population en vie au début de la période » (agence nationale de la statistique et de la démographie, ANSD). La mort et la maladie sont des facteurs biologiques naturellement inégaux. Selon l'OMS (2019), les maladies cardiaques restent la principale cause de décès, suivies du diabète et la démence.

Les indicateurs descriptifs de mortalité utilisés le plus couramment, faisant l'objet de comparaison dans les études de l'inégalité de santé :

- Taux de mortalité par sexe, par âge,
- Espérance de vie moyenne qu'une population ou groupes distincts peut atteindre
- Raisons enregistrées par le médecin en lien avec la condition de vie de la personne.

La morbidité est un ensemble de causes ou de conditions pouvant exposer un individu, une population, un groupe social à la maladie. Il s'agit des répercussions délétères et durables des effets susceptibles de rendre malade. La morbidité et la mortalité peuvent être influencées par un ensemble commun. Selon Jammal et al. (1988) « la morbidité concerne la fréquence d'une maladie chez un individu ou un groupe d'individus exprimée en termes de prévalence par rapport à une population ou en termes d'incidence dans un temps donné » En clair, l'incidence est le nombre de nouveaux cas apparu pendant une période donnée et la prévalence est la somme de tous les cas en une période donnée.

La vulnérabilité concerne les facteurs inhérents de fragilité. « La vulnérabilité, c'est être ouvert à la possibilité qu'un événement survienne et affecte négativement et durablement l'intégrité de l'individu. Elle implique ainsi une passivité, une ouverture à ce qui n'est pas soi et une absence de maîtrise de ce qui arrive » (Savidan et al., 2018). La vulnérabilité est un système articulé autour d'un grand nombre de variables humaines et naturelles qui engendre dans le temps et dans l'espace des situations plus ou moins dangereuses pour une société exposée. En outre, la vulnérabilité apparaît comme la propension d'un groupe ou d'une population donnée à subir des dommages d'un phénomène naturel et anthropique (d'Ercole, 1994). Selon l'auteur, les facteurs de vulnérabilité peuvent avoir des origines culturelles et historiques, ainsi qu'aux pratiques politiques laxistes, à l'environnement, à la résignation liée

aux croyances, aux religions et aux superstitions des sociétés exposées. Les déterminants des inégalités de santé sont diverses et se jouent à différents niveaux, étant donné que l'état de santé d'un individu dépend de plusieurs interactions. Les facteurs biologiques ou génétiques, comportementaux ou les injustices sociales peuvent être associés à des risques pour la santé. A cela s'ajoutent la catégorie concernant l'insertion de l'individu dans la société, les soutiens sociaux qui pourraient favoriser sa résilience face aux aléas de la vie, notamment ceux qui affectent son état de santé.

2.3. L'espérance de vie

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'un individu d'un âge déterminé peut espérer vivre compte tenu du taux de mortalité à cet âge et pour ce sexe qui prévaut dans un pays donné à une période donnée (OCDE). L'espérance de vie s'accroît et elle semble augmenter partout dans le monde mais les inégalités de santé face à la mort entre les riches et les pauvres demeurent. L'allongement considérable de l'espérance de vie est l'une des avancées les plus considérables des dernières décennies en matière de santé. Entre 1960 et 2020 l'espérance de santé a respectivement évolué en moyenne de 40 ans à 63 ans en Afrique subsaharienne (OMS). Cette tendance haussière devrait évoluer à mesure que les conditions de vie et de santé s'améliorèrent. Selon les études, l'espérance de vie est plus élevée dans les pays qui investissent davantage dans les systèmes de santé. Le revenu national va également de pair avec une espérance de vie à la naissance plus longue. Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie s'établissait en moyenne à 81 ans (OCDE, 2020). Si l'espérance de vie a augmenté durant ces dernières décennies, il existe encore de très fortes inégalités face à la maladie, au handicap, à l'accès aux soins et au taux de mortalité en fonction de l'origine. Le Covid 19 aura un impact majeur sur l'espérance de vie compte tenu du nombre élevé de décès qu'il a entraîné. La pandémie a coûté la vie à nombreuses personnes, affectant les moyens de subsistance et menaçant d'ores et déjà les progrès réalisés pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable. La mortalité infantile est également considérée comme l'un des principaux indicateurs des inégalités d'espérance de vie. Les écarts d'espérance de vie illustrent les inégalités de santé face à la mort. Face à ces inégalités, il existe une différence considérable dans l'espérance de vie entre hommes et femmes comme aussi entre pauvres et riches. Selon l'INSEE¹¹, les femmes

¹¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (France)

ouvrières vivent plus longtemps que les hommes ouvriers. De manière générale les inégalités d'espérance de vie sont plus fortes chez les hommes que chez les femmes.

L'évolution des gradients sociaux selon le niveau d'études, le revenu, la zone d'habitation, le statut socioéconomique sont des déterminants susceptibles d'influer sur l'espérance de vie. Dans les pays en développement, d'une part, les épidémies, l'impact des crises sanitaires comme celle du Covid 19, la mauvaise qualité des soins, et d'autre part l'instabilité politique, les guerres, les mauvaises gouvernances, les bouleversements économiques, climatiques et environnementaux impactent négativement l'espérance de vie à la naissance.

Section 3 : Les inégalités sociales de santé

Selon Moleux et al. (2011), les inégalités sociales de santé peuvent, en effet couvrir une série de déterminants extrêmement divers qui va du système de santé aux conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les individus. Elles résultent notamment de facteurs socioéconomiques, comportementaux et environnementaux, d'après Fontaine et Pennec (2020). Les conséquences de ces inégalités peuvent influencer l'état de santé des individus et des populations. Nous abordons ainsi la notion des inégalités sociales de santé ainsi que le concept de leurs déterminants qui vise à expliquer comment les inégalités sociales produisent les inégalités de santé et comment elles se distribuent selon le gradient social. Le modèle explicatif met notamment en évidence le poids des déterminants socioéconomiques et structurels.

3.1. Concept d'inégalités sociales de santé

Les indicateurs des inégalités sociales de santé peuvent être différents d'une population à une autre, dans un pays ou entre pays. « Les inégalités sociales de santé désignent des différences systématiques évitables et injustes au sein du même pays ou entre les différents pays » (OMS). Ces inégalités sont injustes et modifiables car elles sont évitables. La mesure de l'état de santé d'un individu dépend des circonstances sociales dans lesquelles il vit. Cette mesure peut être analysée en termes d'enjeux politiques. Les inégalités sociales de santé sont souvent attribuées à des facteurs de type économique, d'ordre environnemental et culturel ou à des dotations inégales en services de santé. Dans d'autres cas, ces inégalités observées sont mises en correspondance avec la position sociale de l'individu ou groupes d'individus dans la

société. Cela illustre qu'une corrélation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale peut être établie. Cette corrélation repose sur des facteurs construits par la société, elle-même.

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé à une catégorie sociale » (Guichard et Potvin, 2010). D'où l'idée que la différenciation hiérarchique dans la durée de la vie est l'expression synthétique des inégalités sociales de santé. Cette définition renvoie aux critères sociaux de différenciation tels que la catégorie socioprofessionnelle, la classe sociale, les niveaux d'études ou les revenus. La stratification sociale est généralement formulée par des agrégats qui regroupent des individus occupant des positions semblables. Dans sa théorie de « social stratification » Max Weber considère que les différents systèmes de stratification sociale sont fondés sur la propriété et les ressources économiques, le prestige et le pouvoir politique. D'autres domaines d'observation sur la position sociale ont été articulés autour des unités de tailles diverses tels que le niveau d'étude, l'emploi, l'âge, le sexe, le réseau relationnel, région ou pays. Les indicateurs d'appartenance sociale sont multiples et font l'objet d'usages diversifiés.

Selon (Aiach, 2000), les inégalités sociales de santé deviennent problématiques lorsqu'elles remettent en question le principe de justice sociale, notamment dans l'accès aux soins. L'auteur considère que les inégalités sociales de santé se construisent en amont et en aval des soins et de la prise en charge des pathologies. Les mesurer revient tout simplement à comparer les écarts sociaux, ce qui souligne toute l'importance d'un paramètre statistique permettant de les mettre en évidence. Cette mesure est à l'intersection de deux champs, celui d'une comparaison entre des situations sociales absolues et des situations sociales relatives. D'une part, les revenus d'un individu peuvent être appréhendés comme une mesure absolue de son positionnement dans la société. D'autre part, sa situation familiale, son niveau d'études ou son sexe peuvent être considérés comme des variables de mesure relative. De surcroît, les différences d'appartenances sociales apparaissent comme déterminants à des formes d'inégalités sociales de santé. Cependant, certains facteurs significatifs peuvent être cachés ou sujets à l'occultation dans la construction scientifique des modèles explicatifs de ces inégalités.

Les origines et les causes sous-jacentes des inégalités sociales de santé sont multiples et complexes. La compréhension de ces dernières requiert une analyse synoptique, prenant en compte tous les aspects impliqués. En effet, cette démarche demande une approche intersectorielle et contextuelle, incluant non seulement des mesures sanitaires mais aussi globale (origine, culture, ethnie, genre, sexe, âge, éducation, économie, sociale, environnement

et politique). Ces dispositions, bien qu'elles ne soient pas absolues sont susceptibles d'influer sur l'état de santé des individus, des groupes d'individus ou de la population, chacune dans son domaine d'expression. Les inégalités sociales de santé sont susceptibles d'interagir et de se déterminer réciproquement. C'est dans cette interaction qu'elles font apparaître des éléments d'inégalités de santé. La capacité à les mesurer est un préalable à la mise en œuvre des politiques tendant à les réduire. Cela passe par une politique publique en faveur de l'égalité des chances et une attention particulière portée aux populations les plus vulnérable (personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicaps, chômeurs, pauvres).

Par ailleurs, les écrits de Rawls ont largement contribué à donner une assise philosophique au modèle de justice sociale. Dans cette théorie, l'auteur affirme qu'en effet, « les institutions sociales et économiques sont légitimes si elles ont pour but et pour conséquence de maximiser la satisfaction ou l'utilité globale ou moyenne de la société » (Spitz, 2011). Cette conviction est basée sur la répartition des avantages matériels, de la coopération sociale. Dans cette optique, Rawls rejette tout critère de répartition dont le caractère arbitraire ou contingent serait manifeste. A la place, il choisirait un principe de juste égalité des chances. Le débat théorique sur la justice sociale est axé sur deux courants distincts : l'utilitarisme et l'égalitarisme libéral. Le premier privilégie le bien-être agrégé, c'est-à-dire, l'intérêt collectif doit l'emporter sur l'intérêt particulier. Le second met en avant la réalisation des projets de vie des personnes ou la liberté des individus. En parallèle, Aiach (2000) considère que « la justice sociale doit être convoquée pour comprendre la manière dont les inégalités sociales de santé sont la résultante d'une société fortement hiérarchisée et différenciée ». Les individus qui bénéficient de meilleures conditions de vie sont susceptibles d'accéder aux services de santé de qualité que ceux vivant dans des conditions économiquement défavorables. Ce constat souligne de possible corrélation entre le niveau de vie et l'état de santé. Par ailleurs, les individus vivant dans l'extrême pauvreté présentent des caractéristiques similaires : faible niveau d'étude, mauvaise qualité de soins, prédominance du chômage, conditions de travail difficiles et de logement précaire. Les problèmes observés chez les plus pauvres représentent une situation d'extrême gravité, particulièrement manifeste dont les difficultés d'accès aux soins, la mauvaise prise en charge, logements précaires, les revenus faibles, sont d'une certaine manière des facteurs visibles. Cependant, les inégalités sociales de santé dépassent les paramètres de la pauvreté, c'est-à-dire, elles ne sont pas à chercher uniquement dans la pauvreté extrême. En effet, elles traversent l'ensemble de la population, suivant la hiérarchie sociale, même au sein des groupes socialement intégrés. L'état de santé peut être influencé par des facteurs

psychosociaux liés au stress ou la pression associée à la fonction occupée dans la hiérarchie sociale construit autour de l'individu. Tous ces déterminants sociaux s'enchainent et se différencient par le degré d'impact sur l'état de santé de l'individu, des groupes d'individus ou de la population.

La santé des plus précaires représente une préoccupation majeure. Réduire les inégalités appelle des pouvoirs publics d'appliquer des politiques de lutte contre l'exclusion et la précarité. Les études internationales ont mis en évidence d'autres inégalités constituant des disparités territoriales. Les comparaisons internationales en matière d'inégalités sociales de santé renvoient une image frappante entre territoire, entre région ou entre pays. En contraste avec les principes juridiques qui encadrent le droit à la santé, partie intégrante des droits de la personne humaine, et ce droit est affirmé dans de nombreux textes. Des considérations économiques, basées sur la notion de développement du capital humain, peuvent également inciter à agir contre les inégalités sociales de santé. Les modèles développés pour élucider la relation entre les inégalités sociales et la santé ont pour point commun de considérer que tous les déterminants sociaux se croisent et interagissent.

D'après les recherches anthropologiques, les inégalités sociales ont commencé à se développer à partir des débuts de la période néolithique. En effet, « les inégalités économiques et sociales commencent à se développer significativement à partir de l'ère du néolithique (-5000 an av. J-C) dès l'instant que les sociétés se structurent autour d'une activité agricole sédentaire et de son corolaire, l'appropriation privée des terres » (Besançon, 2012). A cette époque-là, les regroupements humains s'organisaient autour de l'économie de la cueillette, où la hiérarchisation sociale n'était guère possible. En effet, dès la création des premières grandes organisations sociales, l'histoire des inégalités de droit ou de fait liées aux différences de statuts, de classe, de la détention de richesse, de matériel et de privilèges a commencé à apparaître. Il faut également retenir l'apparition des premières sociétés esclavagistes. Malgré les faits inégalitaires les plus antinomiques avec le respect de la dignité humaine, les repères historiques et politiques apparaissent fondamentaux tels que les textes de la déclaration des droits de l'homme. Cette affirmation est assise sur une égalité en droit, marquant ainsi un des signes majeurs des sociétés modernes. En dépit des progrès sociaux et des révolutions politiques et juridiques, les inégalités sociales demeurent, notamment avec l'essor de l'industrialisation et le capitalisme. Ces deux phénomènes marquent significativement nos sociétés contemporaines dans le domaine de la santé. Ainsi, Guennif (2018) présente une étude de cas portant sur le changement institutionnel affectant le secteur pharmaceutique en Thaïlande. L'auteure

considère que les réformes institutionnelles des années 80 ont été favorables aux accords internationaux, compromettant la production des entreprises locales, et par extension l'accessibilité aux médicaments pour les populations pauvres.

Les inégalités sociales de santé ont connu au cours des dernières décennies des évolutions diverses dont certaines d'entre elles ont été remarquablement éclairées par des réflexions sociologiques. Les travaux réalisés par Karl Max rendent compte de l'exploitation d'une classe sociale par une autre. Une exploitation qui explique certaines configurations du monde de travail.

Une enquête épidémiologique sur la maladie de Typhus en Allemagne en 1948 indique que les facteurs atmosphériques ou cosmiques ne produisent jamais l'épidémie à eux-seuls, ils ne la produisent que là où les personnes vivent dans des conditions déplorables. Deux dates marqueront également les politiques publiques de lutte contre les inégalités sociales. D'une part, la conférence nationale sur les soins de santé primaire réaffirmant que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important (OMS, 1978). D'autre part, la première conférence internationale pour la promotion de la santé ou la charte d'Ottawa (OMS, 1986). Un modèle explicatif des déterminants sociaux de santé qui débouchera sur un référentiel pour l'intervention dans les politiques publiques de santé.

3.2. Disparités et inégalités sociales de santé

La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé dispose dans son préambule que la santé doit être à la portée de tout être humain sans discrimination que ce soit de religion, de race ou liée aux opinions politiques ou aux conditions socioéconomiques. Ce principe constitutionnel en appelle à l'équité en matière de santé. L'équité en santé est définie comme « l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi les populations, qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (OMS, 2005). La suppression des différences évitables et injustes entre les citoyens revêt une importance capitale attachée au principe d'équité. Selon Boutayeb (2016) l'équité en santé porte un jugement qui qualifie le résultat de juste ou d'injuste. Les chercheurs distinguent deux notions d'équité : l'équité horizontale et l'équité verticale. Le premier préconise des soins proportionnés aux besoins, ainsi, les individus qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'état de santé ou de pathologies reçoivent des prestations de soins similaires sans discrimination quelle qu'en soit la nature. Le

deuxième principe recommande que les plus riches contribuent davantage que les plus pauvres, favorisant l'accès et le recours aux soins d'une classe de la population ayant de plus faibles moyens financiers (Lise et Sandy, 2009). En somme, l'équité en santé implique que dans l'idéal, chacun puisse atteindre son plein potentiel de santé et que personne ne soit désavantagé, en raison de sa position sociale ou de toute autre circonstance déterminée par la société, comme le soutiennent Whitehead et Dahlgren (2006). Cela concerne tous les segments particulièrement les plus défavorisés de la société. Les auteurs estiment qu'il faut assurer une équité sociale afin d'assurer une équité en santé. Pour ce faire, ils proposent une distribution équitable des ressources nécessaires à la santé, un accès équitable aux opportunités disponibles et une équité dans le soutien offert aux personnes malades. Il s'agit d'assurer à chacun ce dont il a besoin et donner du soutien à ceux qui se trouvent dans des circonstances les plus difficiles au sens d'éviter des obstacles et d'optimiser des opportunités aux groupes les plus précaires. La question de l'équité dans l'accès aux services de santé occupe une place importante dans l'analyse sur le rôle de l'État dans le système de santé et dans les politiques publiques en générale.

La déclaration de politique tenue en octobre 2011 à Rio de Janeiro stipule que l'équité en santé est une responsabilité partagée qui nécessite l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publiques nationaux et internationaux et de tous les citoyens en faveur de la santé pour tous (Déclaration de Rio, 2011). Elle insiste sur le fait que les inégalités de santé sont souvent évitables et injuste et que l'équité en santé contribuerait à répondre à la question de les résorber. L'équité constitue également un facteur pour la paix et le développement durable. « L'analyse de l'équité en santé s'appuie d'une part, sur un état de santé individuel pertinent et, d'autre part, sur l'identification des déterminants de cet état de santé » (Rochaix et Tubeuf, 2009). Pour un ensemble de raisons, la mesure de l'équité en santé privilégie l'analyse des inégalités de santé. Le terme **équité** fait référence à la justice et à l'impartialité.

Dans la littérature, il est courant de se référer aux travaux réalisés par le philosophe Rawls sur la notion de l'équité. Dans la théorie de la justice, Rawls définit l'équité à partir de deux principes : le premier postule que « chaque personne a le même droit au plus haut niveau de liberté de base possible, compatible avec un niveau de liberté similaire pour les autres ; et le second principe complémentaire au premier, préconise l'efficacité dans les conditions d'égalité des chances pour tous ».

L'iniquité en santé désigne les sous-ensembles d'inégalités produit par la société, constatée par jugement éthique et moral par rapport à ce qui est considéré comme évitable et injuste entre les individus et les groupes, d'après Carter et Basquet (2002) et Hofrichter et Bhatia (2010). En effet, certains auteurs considèrent que l'inégalité et l'iniquité en matière de santé sont devenues des notions semblables. Ce constat s'appuie sur les travaux de Whitehead et Dahlgreen. Ces derniers considèrent que l'iniquité fait référence aux différences évitables, parfois injustes entre les individus, les groupes d'individus et entre les populations.

Selon Bodenmann et Green (2012), le terme disparités en santé (health disparities aux États-Unis, health inequalities dans le reste du monde anglophone) ont des notions semblables. Kawachi et al. (2002) considèrent que les termes disparités et inégalités en santé renvoient aux différences mesurables dans l'état de santé entre les individus et entre les groupes d'individus (). Hofrichter et Bhatia soutiennent que « l'utilisation du terme disparité en santé au lieu d'iniquité en santé donne l'impression que l'injustice n'a rien à avoir avec le problème et qu'il ne s'agit pas simplement d'une différence ». Cette différence d'état de santé découle des facteurs génétiques ou biologiques comme le sexe ou l'âge (inégalités dites attendues ou acceptables). Cependant, la majeure partie des inégalités en santé est le résultat d'une injustice quant à la distribution des ressources nécessaires pour maintenir un bon état de santé.

Des chercheurs dont McCartney et al. (2019) définissent le terme inégalité de santé pour désigner les différences et les variations dans les résultats de santé observés entre les populations, entre les groupes sociaux au sein d'une même population ou en tant que gradient à travers une population classée par position sociale. Les inégalités sociales de santé résultent des conditions dans lesquelles, nous naissons, vivons, travaillons. Ces conditions influencent notre état de bonne ou de mauvaise santé. En effet, une santé inégale peut se manifester lorsque les individus, pour des raisons multiples n'ont pas les mêmes probabilités de se soigner ou de mourir.

Les différences de santé entre individus ou entre divers groupes sociaux sont souvent définies sur la base du statut social, de l'emploi, du revenu, du niveau d'éducation ou de l'environnement. Ce constat est fondé sur le fait que les risques de décès sont beaucoup plus élevés chez les personnes ayant un niveau de vie ou un statut social inférieur selon la classification observée dans les hiérarchies de la société. Une situation où les plus privilégiés jouissent d'un meilleur état de santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux selon la pyramide sociale. En d'autres termes, les personnes sont astreintes à un état de santé donné

selon qu'elles progressent vers le haut ou vers le bas de l'échelle socioéconomique. Cette conception introduit la notion du gradient social.

L'état de santé des populations dans les pays en développement a connu une importante amélioration notamment en ce qui concerne certains indicateurs tels que la mortalité maternelle et infantile, l'éradication de certaines pathologie, l'allongement de l'espérance de vie. Malgré ces progrès, les études montrent que les pathologies changent mais les inégalités de santé demeurent à des niveaux élevés et multiples. En effet, les progrès réalisés en matière de mortalité maternelle et infantile seraient plus importants du côté des zones urbaines couvertes par les services de soins de santé.

3.3. Gradient social de la santé

La réduction des inégalités sociales de santé requiert la mise en œuvre des politiques équitables et justes pour tous les composants de la population quelle que soit la position sociale. Le gradient social désigne que les inégalités sociales de santé touchent tout un chacun et selon l'influence des déterminants. « L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet » (HCSP)¹². Le gradient social décrit le phénomène par lequel les personnes qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que celles directement en dessous et ainsi de suite jusqu'au plus bas échelon. Ce constat met en évidence que l'état de santé est corrélé au statut socioéconomique des individus. Ainsi, la répartition des problèmes de santé s'en trouve donc socialement stratifiée, comme le soulignent Lang et al. (2009). Selon Leclerc et al. (2000), la position sociale précède les modifications de l'état de santé ou la survenue d'événements coronariens. Les auteurs soulignent, par ailleurs, qu'il existe un lien entre la position sociale et les risques de facteurs d'insuffisance coronariens et la morbidité cardio-vasculaire.

La pauvreté est notamment associée à l'insuffisance des ressources financières et des biens économiques. Le gradient social de santé et les profondes inégalités dans les pays et entre les pays sont associés à une répartition inégale du pouvoir, des biens et services, des revenus au niveau national et mondial, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrète des individus, comme le soulignent Ben Ammar et Hammami (2016).

¹² Haut Conseil de la Santé Publique (France)

La mesure du gradient sociale de santé est souvent attribuée au statut socioéconomique tel que le revenu ou le niveau d'études. Ces derniers ne sont donc qu'une grille de lecture parmi d'autres. « Un gradient socioéconomique est entendu comme une relation monotone entre le statut socioéconomique et la variable santé » (Lang, 2016). Au-delà du gradient social, des épidémiologistes posent le constat sur les différents modes alimentaires et les comportements des individus dont certains nuisent à la santé. Cette réflexion demande de mobiliser d'autres approches telles que l'histoire ou la sociologie de chaque société.

3.4. L'approche écologique de la santé

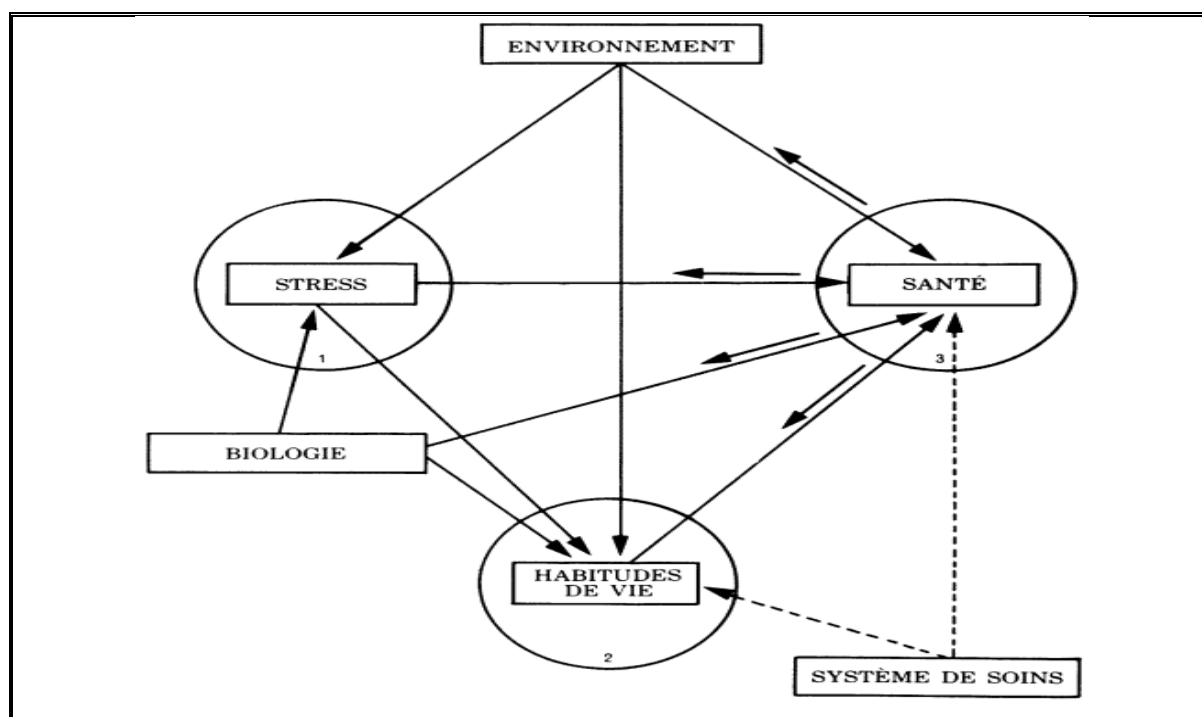
L'approche écologique repose sur une vision élargie des déterminants sociaux de la santé. Elle met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement, comme le soulignent Richard et al. (2013)¹³. Cette démarche place l'individu au centre des préoccupations, favorisant des actions positives sur l'environnement. De leur côté, Renaud et Lafontaine (2010) considèrent qu'elle s'inscrit au concept du développement durable, ce qui augmente le bien-être et améliore la santé. Le développement de cette approche aura des bénéfices directs en matière d'environnement et de transition écologique. Il permettra de repenser la santé, souvent très concentrée sur l'hôpital et le soin.

De nombreuses recherches ont été réalisées et continuent de se faire sur l'impact du milieu de vie (Bouchard, 1987 ; Dreir et al., 2001 ; Ducame, 2019). Quant à Ducame, il explique comment l'écologie est passée d'une science descriptive à une science de l'action et souligne l'importance de repenser la protection de la nature de manière plus large, transdisciplinaire et transculturelle. Il explore les idées visant à offrir une perspective intégrée sur la protection de la nature pour le bien-être des individus, en tenant compte des diverses conceptions et défis associés. Les écosystèmes préservés aideront non seulement à atténuer les effets du changement climatique, mais aussi à assurer une eau potable pour la consommation, essentielle pour prévenir les maladies, telles que le choléra, la diarrhée, l'hépatite A, la dysenterie) dans les pays en développement.

La figure 2 présente le modèle écologique alors que la figure 3 synthétise la trajectoire écologique de la santé. Ces modèles mettent en évidence les effets de l'écosystème et de l'environnement sur la santé des individus.

¹³ Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique.

Figure 2 : Modèle écologique des déterminants de la santé¹⁴



Source : Paquet G., 1989

Le modèle écologique repose sur le postulat que la santé est déterminée par des conditions environnementales variées et les facteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Les principes de l'approche écologique de la santé reconnaissent que la santé humaine est intrinsèquement liée à l'écosystème et à l'environnement dans lesquels vivent les êtres vivants. Elle permet d'aborder les défis de la santé de manière holistique et durable. Le modèle ci-dessus appelle à des interventions multidimensionnelles, accordant une importance aux facteurs environnementaux, sociaux, comportementaux ainsi qu'aux systèmes de soins. Selon Renaud, et Lafontaine (2010), les modèles écologiques en général mettent en évidence trois niveaux importants dans l'analyse des déterminants sociaux : soit l'individu, son milieu de vie et son environnement global. Les facteurs susmentionnés exercent une influence positive ou négative sur l'état de santé de l'individu, de groupes ou de la population. En particulier, l'exposition des individus à la pollution anthropique s'avère nuisible à la santé tandis que les facteurs positifs présentent des bénéfices et des opportunités favorisant l'individu dans son environnement. Cependant, les bienfaits sanitaires d'un environnement plus verte ne sont pas encore très connus des populations, comme le soulignent Renaud et Lafontaine (2011).

¹⁴ Cette approche a été proposée par (Dillard, 1985) dans un rapport du « Conseil des Affaires Sociales et de la Famille du Québec », intitulé, « Le point sur les habitudes de vie : l'approche écologique » et est citée par (Paquet, 1989).

Figure 3 : Trajectoires écologiques de la santé de Berghmans¹⁵



Source : Renaud et Lafontaine, 2011

Cette représentation graphique a été développée par Whitehead et Dahlgren (1991) et adaptée par Luc Berghmans (2009), qui y a introduit le concept de trajectoire de vie, tenant compte des différentes expositions et vulnérabilités de l'individu au cours d'une vie. L'auteur présente un nouveau paradigme d'analyse et d'intervention dans le domaine de la santé, en mettant en lumière les interactions entre les individus et leur environnement à l'échelle individuelle, communautaire ou sociétale. Berghmans prend en compte les dynamiques et les interdépendances entre les facteurs socioéconomiques, politiques, environnementaux. Il divise l'environnement global en différents niveaux et accorde une importance particulière aux interactions entre l'individu et son environnement physique et social. Il conclut que les systèmes écologiques et socioéconomiques sont interconnectés et influencent mutuellement la santé des populations.

¹⁵ Adapté de Dahlgren et Whitehead (1991), cité par Renaud et Lafontaine (2011).

3.5. Historique de vie de l'individu

Les inégalités sociales de santé semblent s'accumuler tout au long de l'existence, conduisant à des écarts de santé entre individus et groupes d'individus. En effet, l'historique de vie de l'individu peut être un facteur déterminant à la construction des inégalités sociales de santé. Ainsi, ces inégalités peuvent apparaître dès la naissance de l'individu et même en amont de celle-ci, d'après Richard et al. (2013). Elles se construisent dès l'enfance ou même avant, puisqu'elles peuvent remonter à la génération antérieure ou aux conditions des parents, ce qui est, d'ailleurs très intéressant du point de vue sociologique et anthropologique. Susser (1996) propose une analyse qualifiée d'éco-épidémiologie dans laquelle l'individu est considéré comme un intégré dans un certain nombre de cercles avec des facteurs microsociaux, méso-sociaux et plus largement à la société dans laquelle il évolue. Cette conception est très proche de l'approche par cercles concentrique proposée par Whitehead et Dahlgren (2006), selon laquelle il existe des cercles proches de l'individu et un emboîtement de ces cercles, allant jusqu'à l'environnement sociétal. Ainsi, la santé d'un individu se construit progressivement au cours de la vie lorsqu'il traverse les différents cercles d'exposition auxquels il est exposé avant même sa naissance et tout au long de sa vie. Cette construction de la santé tout au long de la vie est également dynamique dans la mesure où un facteur peut influencer l'état de santé de l'individu en fonction de sa propre histoire. Le contexte social et économique des parents sont des facteurs qui semblent dépasser la responsabilité individuelle. Ils peuvent constituer tous les deux des sources d'inégalité les plus persistantes et les plus difficiles à gérer dans le cadre des politiques publiques.

Dans la littérature, trois voies de transmission des inégalités historiques ont été identifiées, parmi lesquelles des canaux de transmissions d'une génération à l'autre. La première faisant référence à l'influence directe du contexte social sur l'état de santé à l'âge adulte. La deuxième voie repose sur les conditions de vie défavorables des parents, exerçant une influence sur l'état de santé au cours de la trajectoire de vie subséquente et par une transmission de ces conditions défavorables aux différentes générations. Enfin, la troisième voie suppose une possible corrélation de l'état de santé des descendants à celui des parents. Des travaux menés dans la cohorte britannique ont montré que l'adversité dans l'enfance, survenant dans l'environnement immédiat de l'enfant est susceptible de créer un stress pouvant impacter durablement la santé et le bien-être. De même, un lien est observé entre adversité durant l'adolescence et incidence de cancer avant l'âge de 50 ans, alors l'on peut parler d'effets retardés.

Une étude de SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) relie l'état de santé d'un individu à l'âge adulte avec ses antécédents familiaux et sociaux. Dans cette étude, il a été constaté que le statut socioéconomique de la mère a un effet direct sur la santé des descendants adultes. Cette étude soutient l'idée selon laquelle, les trois canaux impliqués dans la transmission d'une génération à l'autre pouvaient expliquer l'origine des inégalités sociales de santé. Ces études ont permis de conclure que l'état de santé à l'âge adulte des descendants peut être influencé par le statut socioéconomique des parents. En effet, cette influence pourrait être déterminée par des facteurs tels que le niveau d'éducation, le niveau de revenu, la catégorie socioprofessionnelle, la protection sociale. Tous ces déterminants peuvent influencer des facteurs de risques immédiats comme, l'alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme, le sédentarisme, le non-recours aux soins exerçant un impact considérable sur l'état de santé à l'âge adulte. Cette usure multi-système est exercée sur le corps, contribuant à l'accumulation de charge allostatique. L'impact de l'usure sur un certain nombre de tissus d'organes peut prédisposer un organisme aux maladies. Les déterminants immédiats interagissent donc avec des facteurs physiopathologiques pour provoquer par exemple, des pathologies cardiovasculaires, la pression artérielle, la teneur de la valeur du cholestérol sanguin et le métabolisme du glucose¹⁶. Ces pathologies peuvent conduire à des séquelles graves ou à la mort prématurée. En effet, beaucoup de ces maladies chroniques sont liées entre elles, qu'ils s'agissent du diabète, des maladies coronariennes, du cancer, de la démence, comme le soulignent Vagelatos et Eslick (2013). Dans ce modèle d'analyse, un large ensemble de dynamique a été pris en compte au cours de la vie avec des cercles vertueux, vicieux, et des enchainements de facteurs impactant la santé.

L'influence des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance, qui si elles ne sont pas favorables feraient le lit des inégalités futures, impactant considérablement l'état de santé de l'individu à l'âge adulte. A partir de ces observations, les conditions de vie dans l'enfance et l'adolescence correspondent à une période cruciale pour la santé future des individus. Certains modèles explicatifs des inégalités sociales de santé mettent en évidence le cumul et les interactions entre plusieurs déterminants socioéconomiques défavorables tout au long de l'existence. En effet, ces modèles explicatifs peuvent donc se révéler complémentaires.

¹⁶ Haute Autorité de la Santé dans son rapport (2022), intitulé « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ».

Sandon (2015), l'état de santé d'une personne résulte d'interactions complexes notamment entre des facteurs individuels, économiques et environnementaux qui interagissent s'enchainent, voire se modifient au cours de sa vie. Les inégalités sociales de santé peuvent être comprises comme le résultat de ces interactions. Cette acception repose sur l'idée que la santé est influencée par des interactions à tous les niveaux. Le poids de chaque déterminant et son impact semblent par ailleurs dépendre fortement du contexte de l'individu (impact différencié selon l'individu, le système socioéconomique, le milieu de vie ou la nature).

3.6. Les effets biologiques

Les facteurs biologiques font référence à la structure physique de l'individu. Ils s'avèrent essentiellement individuels et innés sur lesquels l'individu n'exerce qu'un contrôle réduit. L'influence de la biologie sur l'état de santé a largement été démontrée dans la littérature. Il existe certains éléments et caractéristiques biologiques comme les organes génitaux ou les hormones qui différencient les hommes des femmes. Sous l'aspect sexe, il existe notamment certaines maladies spécifiques aux hommes (cancers de la prostate) ou aux femmes (cancer du sein) dont l'influence varie d'un individu à un autre. Tout comme le sexe ou l'âge exerce une influence sur l'état de santé de l'individu, contribuant à la construction des inégalités de santé. Du point de vue de la génétique, les maladies ont notamment la particularité de pouvoir concerner non seulement la personne atteinte comme aussi sa famille, telles que le diabète, le cancer, des pathologies psychiatriques ou la drépanocytose, plus ou moins connues du grand public. D'après l'OMS (2024), à l'échelle mondiale 6% du total de nouveau-nés naissent avec des anomalies d'origine génétique.

La nature peut également jouer un rôle significatif dans la création des inégalités de santé. Il s'agit des risques que présente la nature, auxquels les individus sont exposés. Selon OMS (2002), les études épidémiologiques suggèrent que même des niveaux d'exposition relativement faibles les polluants atmosphériques sont associés à un excès de risque de mortalité ou morbidité (). Les études cas-témoins réalisées en 2012 en France ont mis en évidence un risque persistant pour des concentrations de radon (Catelinois et al., 2007)¹⁷. Le CIRC (centre international de recherche sur le cancer) a classé le radon comme cancérigène pulmonaire certain chez l'homme. L'exposition de l'homme à la pollution de l'air par des contaminants biologiques constitue un réel risque de morbidité ou de mortalité, amplifiant les inégalités de

¹⁷ « Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle présente sur l'ensemble de la surface terrestre notamment au niveau des sous-sols granitiques ou volcaniques ainsi que de certains matériaux de construction ».

santé entre les individus et les groupes d'individus. Les agents biologiques dépendent de nombreux facteurs, tels que les bactéries, les parasites, qui peuvent entraîner diverses répercussions sur la santé de l'homme notamment par des effets toxiques, allergiques ou cancérogènes, affectant donc différentes parties du corps.

Dans l'optique d'améliorer la qualité de l'eau de consommation, en 2017, l'OMS a apporté de nouveaux éléments dans la révision de ses recommandations pour la qualité de l'eau potable en vue de clarifier ses lignes directrices, à mesure d'identifier les dangers d'origine hydrique. Ces lignes directrices s'appuient notamment sur la mise en place des réglementations et normes nationales pour garantir la sécurité de l'eau. La dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel peut provoquer des risques sur la santé publique à moyen ou à long terme par des maladies telles que les gastro-entérites, le cancer ou les troubles neurologiques. Les risques que présente l'environnement naturel peuvent se traduire en inégalités sociales et économique, impactant les hommes et les femmes partout dans le monde.

La nature présente des opportunités et des risques. En particulier, les personnes qui habitent dans les zones déshéritées vivent souvent dans la carence et l'insuffisance absolues occasionnées notamment par les conditions géographiques. En effet, la position géographique peut significativement contribuer à la création des inégalités sociales de santé et à l'approfondissements des écarts entre les individus, les groupes et les populations. A titre d'exemple, dans les pays en développement, les populations habitant dans les quartiers informels, ou rurales sont souvent mal lotis en matière d'infrastructures, aggravant ainsi les inégalités sociales notamment sur des facteurs clés comme la santé, l'éducation ou l'assainissement. Les études montrent que les populations défavorisées et à revenu faible habitent à plus faible distance des sources de pollutions environnementales (Lang et al., 2009).

Les retombées néfastes du dérèglement climatique peuvent également créer des déséquilibres sociaux. Selon Deldrève et Candau (2014), l'homme entretient une relation avec le climat, car il a tendance à adapter son activité en fonction de la température dans son espace géographique. Le climat est un facteur qui impacte la vie des individus, sa dégradation peut entraîner des inégalités socioéconomiques. Ces développements biologiques ont des implications fondamentales sur l'état de santé des individus. Lang (2015) considère que la biologie attire l'attention sur l'environnement précoce, susceptible de s'inscrire dans l'expression génétique et de favoriser des pathologies.

3.7. Comportements et habitudes de vie

Cette approche souligne les comportements individuels de santé et le caractère social de l'individu dans la société. Les mauvaises habitudes de vie peuvent compromettre l'état de santé d'un individu. Les études épidémiologiques ont permis de progresser dans l'identification des facteurs de risque responsables de pathologies et causes de décès clairement identifiées. En effet, les inégalités sociales de santé qui ont pour origine des différences en termes d'opportunités ou de circonstances sont souvent attribuées aux facteurs dont l'individu n'est tenu responsable, alors que celles qui sont le fruit du choix individuel peuvent être attribuées à la responsabilité de l'individu lui-même. Les facteurs de risque liés aux habitudes de vie peuvent être de divers ordres : la nourriture (une mauvaise alimentation), la consommation (consommer des produits nuisibles à la santé, par exemple, la drogue, le tabac et l'alcool), le sédentarisme (ne pas pratiquer l'activité physique), vie sexuelle (relations sexuelles non protégées etc.). A cet égard, les inégalités sociales de santé semblaient trouver une explication et une solution qui consisterait à inciter les populations à ne pas adopter des comportements à risque. Les habitudes de vie sont néanmoins influencées par la culture, l'environnement physique, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle de l'individu. En particulier, les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs qui prédominent pour expliquer les inégalités sociales de santé constatées. Ils ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé (INPES, 2008)¹⁸. Différentes théories explicatives existent et diffèrent selon l'importance accordée à l'un ou l'autre. Certains se fondent sur les conditions de naissance et de vie, qui, lorsqu'elles sont défavorables poseraient des fondements créateurs des inégalités sociales de santé. D'autres privilégient l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques s'enchainant et interagissant au cours de la vie. Ces modèles explicatifs ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et sont plutôt complémentaires.

3.8. Le contexte socioéconomique de l'individu

Les facteurs structurels sont ceux qui sont notamment liés au contexte socioéconomique et politique du pays. Ils regroupent des facteurs qui influent sur la stratification sociale, comme la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture mais également de ses origines ethniques et les valeurs de la société, d'après Moquet et Potvin (2011) et IREPS de Bourgogne (2015). Il s'agit

¹⁸ Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé (INPES, 2008).

de la répartition sociale de la population en fonction de l'éducation, de la profession, du niveau de revenu, du sexe, du genre, de ses origines ethniques. Cette réparation sociale est susceptible de diviser les individus en classes sociales inégales, en constituant un creuset d'inégalités entre les individus et groupes d'individus.

Les travaux de Acemoglu et al., (2002) ont été reconnus pour leur contribution à la compréhension des disparités de revenu entre les nations et entre les personnes et pour proposer des solutions visant à réduire ces inégalités. Les auteurs considèrent que les États qui respectent la démocratie, l'état de droit et fournissent des droits individuels ont augmenté leurs activités économiques au cours des 500 dernières années.

En général, les facteurs structurels des inégalités sociales de santé génèrent et renforcent la stratification sociale basée sur la position socioéconomique de l'individu (Solar et Irwin, 2010). Ils façonnent les conditions de vie qui déterminent l'état de santé, telles que l'éducation le revenu, le travail et ses conditions, l'environnement, l'accès aux soins et la sécurité sociale. Une étude en France du HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) suggère que « les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines dont certains apparaissent a priori bien loin du domaine de la santé, comme l'éducation mais aussi l'accès à l'emploi et les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes » (HCSP, 2009). Les déterminants structurels agissent à différentes échelles, de ceux du contexte social individuel jusqu'à ceux appartenant au contexte global. Ces éléments susmentionnés appartenant aux déterminants structurels influencent la distribution inégale des déterminants intermédiaires. En d'autres termes, les décisions prises en politique publique influent sur les conditions et sur le niveau de vie de la population.

3.10. Effets d'interaction entre inégalités sociales de santé et inégalités de santé

Les inégalités de santé sont la cause de nombreuses inégalités sociales dont celles liées notamment au revenu, à l'emploi, à l'éducation, à la protection sociale, au logement, aux soins. Ces disparités socioéconomiques peuvent accentuer les écarts d'état de santé et se traduire par une différence d'espérance de vie entre individus, groupes d'individus et entre les populations. Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment par une différence de vie et se transforment en inégalités de santé. Pour certains auteurs dont Moleux et al. (2011), la catégorie sociale des individus les expose à une combinaison variable et de contraintes. Par ailleurs,

Moleux et Schaetzel (2011) considèrent que les inégalités suivent une certaine hiérarchie selon la position sociale de l'individu. A chaque position sociale correspond un niveau spécifique de ressources et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. Cette combinaison entre ressources et risques est susceptible de produire des différences de santé.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les pauvres et les plus favorisés, même si les écarts entre les plus nantis et les plus défavorisés sont souvent assez flagrants. Les études épidémiologiques à la compréhension des inégalités de santé ont permis de s'interroger sur les mécanismes par lesquels les inégalités sociales sont liées aux inégalités de santé. Wilkinson et Pickett (2009) supposent que plus la distribution de revenus et de richesses dans un pays est inégalitaire, moins ce pays est performant au regard des indicateurs de la santé (mortalité, espérance de vie, niveau d'instruction, vulnérabilité, morbidité et obésité). Les études de Whitehall (cité par Zins et Goldberg, 2012) ont mis en évidence en Grande-Bretagne des disparités de mortalité entre fonctionnaires qualifiés et fonctionnaires non qualifiés, en analysant l'impact du stress psychosocial lié à la position des individus dans l'échelle sociale. L'auteur conclue que le stress lié à la position sociale de l'individu a des conséquences sur son état de santé. Ce constat témoigne, en effet, qu'il pourrait y avoir un lien entre la position sociale de l'individu et son état de santé. Dans la littérature, le niveau de revenu des individus et des ménages qui recoupe d'autres indicateurs tels que le lieu de résidence et le sexe est également considéré comme une variable pertinente impactant la santé. Un faible niveau de revenu ou un bas niveau socioéconomique serait associé à une mauvaise santé. Le lien entre un déterminant social de santé et l'état de santé peut être rétroactif : par exemple, le fait d'être au chômage à longue durée (sans ressources, ni protection sociale) peut provoquer un moins bon état de santé et l'état de santé, lui-même rétroagi sur la capacité à trouver de l'emploi. Ce lien d'interaction entre les déterminants sociaux et l'état de santé est par ailleurs, susceptible d'aggraver la reproduction générationnelle des inégalités. L'aggravation de cette relation met en évidence, l'échec des politiques publiques et des insuffisances au-dessous de la hauteur attendue. L'exemple de certains pays à ressources limitées est particulièrement illustratif de la complexité que présentent les politiques publiques tendant à réduire les inégalités.

Le tableau 1 résume les indicateurs sociaux de santé en fonction de leur ligne d'intervention. Ainsi, les facteurs constitutifs se subdivisent en deux groupes d'influence : les déterminants structurels et politiques et les indicateurs de santé.

Tableau 1 : Synthèse structurelle et indicateurs de santé

Facteurs structurels et politiques	Indicateurs de santé
Environnement culturel/éducation	Espérance de vie
Niveau d'étude	Espérance de vie à la naissance, femme (années)
Revenu et statut social	Espérance de vie à la naissance, hommes (années)
Activité/chômage	
Assurance maladie	Mortalité
Habitation et zone de résidence	Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée pour 100.000 naissances vivantes)
Condition de travail	Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)
Accès à l'eau potable et à la nourriture	Taux de mortalité par MCV, cancer, diabète ou DRC entre les âges exacts de 30 et 70 ans
Système de soins et l'accès aux services de santé	
Sexe	
Âge	

Source : <https://medatice-grenoble.fr> ; icône médiation santé 2013

L'expression des déterminants structurels et politiques sont susceptibles de supprimer ou de potentialiser les indicateurs de santé. En cause : des facteurs profonds liés aux difficultés socioéconomiques et, à la clé, d'épineux dilemmes financiers pour les ménages. Dans un tel contexte, les politiques publiques rationnelles peuvent positivement influencer à la fois sur le champ social et sanitaire dans la mesure où elles s'avèrent efficaces et effectives dans leur mise en œuvre. Les déterminants structurels et politiques permettent de découvrir une multitude de secteurs afférents à la santé. Les questions liées à la santé constituent une problématique dans nos sociétés, constituant un enjeu politique majeur. Acemoglu et al., (2002) insistent sur le rôle déterminant des institutions dans les politiques de développement. Ils soutiennent la conception de politiques développement pour promouvoir la croissance économique en mettant l'accent sur la création d'institutions inclusives pour réduire les inégalités.

Section 4 : Le rôle déterminant des politiques sectorielles face aux inégalités

4.1. Approche sectorielle des politiques de développement

Les politiques publiques peuvent être définies comme des programmes d'actions des pouvoirs publics et leurs démembrements. Selon Muller (2017), la politique publique est d'abord une tentative d'agir sur un domaine de la société, quelquefois pour freiner son évolution, plus souvent pour le transformer ou l'adapter.

Les incertitudes liées aux changements planétaires de l'anthropocène mettent en lumière des transitions souvent complexes visant à améliorer les conditions de vie des individus et à alléger les pressions exercées sur la planète, comme le souligne Muller (2017). Le nouvel éventail de défis contemporains auxquels nous faisons face concerne notamment les transformations sociétales qui visent à atténuer ces pressions. Cependant, les transformations intentionnelles ou politiques peuvent par ailleurs, générer leurs propres incertitudes. Qu'il s'agisse de la santé, de l'éducation, de l'environnement ou des transports, l'allègement des difficultés sur les individus exige de transformer en profondeur la plupart de nos politiques publiques ou nos systèmes organisationnels. En termes de politiques publiques, il n'existe pas d'approche universelle. Toutefois, certaines approches servent de bases pour les pays qui s'efforcent d'avancer vers une démarche managériale orientée en fonction du critère de performance pour un avenir prometteur. L'efficacité de ce management public peut s'apprécier par rapport au degré de réalisation des objectifs fixés.

La lecture des politiques publiques nous permet de mieux comprendre les bases d'une action des pouvoirs publics. A cet égard, il est utile de se rapporter au schéma d'analyse de Muller (2017), qui explique la décomposition de ces politiques en trois processus essentiels : « le référentiel global, le référentiel sectoriel et le médiateur ».

En ce qui concerne le référentiel global, il s'agit d'une représentation générale autour de laquelle s'ordonnent et se hiérarchisent les différentes représentations sectorielles. Selon Muller, ce référentiel s'articule en quatre niveaux ayant des liens évidents : les valeurs, les normes, les algorithmes et les images. « Le référentiel global est constitué d'un ensemble de valeurs fondamentales qui constituent les croyances de base d'une société, ainsi que de normes définissant le rôle de l'État et des politiques publiques. Ce référentiel constitue la représentation qu'une société se fait de son rapport au monde et sa capacité à agir sur elle-même par l'action publique ». En l'occurrence, il s'agira de déterminer la base essentielle du rapport des politiques

de santé avec la société pour surmonter les nombreux défis connus et imprévisibles qui nous attendent.

Le référentiel sectoriel est une représentation du secteur. Son effet est de baliser les frontières du secteur concerné. La configuration d'un secteur comme la santé, dépendra de la représentation que l'on se fait de la place de la santé. En d'autres termes, l'image principale que l'on se fait de la santé, par rapport aux fondements sur lesquels s'organisent la société. Dans le domaine de la santé coexistent plusieurs conceptions de la nature et certaines d'entre elles en général dominantes, souvent parce que ce sont elles qui sont notamment conformes à la hiérarchie globale des normes existant dans le référentiel global, d'après Muller (2017).

Un bon état de santé constitue un atout crucial dans la réalisation des activités professionnelles, productives, commerciales ou de loisirs. Le secteur de la santé est en effet, un marqueur des mutations sociales. Il est également un terrain privilégié auquel évoluent différents acteurs sur une multitude de fonctions. Les investissements efficaces en santé peuvent impacter positivement l'économie, réduire particulièrement les dépenses catastrophiques pour les ménages. Sur le plan politique, il revient à l'État de définir sa stratégie de politique de santé, en complémentarité avec les institutions internationales et communautaires.

Dans une approche conditionnelle, l'amélioration de la qualité du secteur de la santé peut significativement amoindrir les coûts de soins, qui à son tour impact les finances des pouvoirs publics et les revenus des particuliers, générant des effets significatifs sur le niveau de vie des populations, et surtout sur leur état de santé. De fait, le référentiel sectoriel soulève des questions (comment intervenir et pourquoi intervenir) à laquelle on doit apporter des réponses. Dans le domaine de la santé sa fonction est d'ordre économique, social et environnemental qui semblent imbriqués et complémentaires. Toutefois, les politiques publiques de la santé dans leur intégralité impacteront ces aspects, selon le choix ou les décisions de la personne publique.

Le dernier point du schéma concerne les « médiateurs », ce sont des acteurs publics ou institutionnels chargés de l'exécution de la politique publique. On trouve deux principaux types de médiateurs aux commandes des politiques publiques : les personnes publiques issues des institutions internationales et les personnes publiques issues de l'État. Concernant le secteur de la santé, il s'agira de la personne publique chargée de décider quelle politique mettre en œuvre. Autrement dit, elle décidera par exemple, comment intervenir, protéger ou améliorer la santé des populations. Cette personne publique concerne l'État lui-même, les collectivités

territoriales (niveau local) ou les institutions régionales et internationales, compte tenu de la compétence et de la capacité d'intervention. Le rôle des gouvernants est donc fondamental. Ils ont une part importante à jouer dans l'instauration du climat propice aux bénéfices des populations notamment dans la réduction des inégalités sociales. Les décideurs publics doivent donc permettre une meilleure coordination des politiques globales, qui se traduit en premier chef par des choix qui satisfont au mieux les besoins de la société.

4.2. La question de la rationalité des acteurs dans les politiques publiques

S'interroger sur les acteurs des politiques publiques permettra de repérer les institutions et les groupes sociaux habilités à intervenir dans l'action publique. L'acteur des politiques publiques est « celui qui agit stratégiquement dans l'action publique à titre individuel ou collectif, et qui a des résultats concernant la politique publique édictée » (Lemieux, 2002). Les relations qui unissent les différents acteurs engagés dans une même politique s'appliquent dans différents secteurs.

Le processus de définition du sens des politiques publiques s'attache à la dimension cognitive de l'action publique. Le travail cognitif à l'œuvre de l'action publique émane souvent d'un processus de construction sociale collective (Président de la République, Ministre, les institutions étatiques, les spécialistes, les universitaires, les ONG, les cabinets de conseil, etc.). Dans cette approche historiquement constituée, on retrouve le rôle saillant de l'État qui sert à réguler la société.

Dans la recherche de solution, se pose notamment la question du choix rationnel (Muller, 2017). L'auteur considère que les acteurs publics agissent en fonction de leurs intérêts et que leurs préférences politiques sont déterminées par une logique de coûts/bénéfices. « Une telle approche débouche sur un modèle d'action dans lequel le décideur, loin d'affirmer des objectifs fixés, n'hésitera pas à modifier ses buts en fonction des résistances qu'il rencontre, à faire des concessions, à multiplier les alliances, quitte à réviser ses ambitions, à jouer avec le temps et à n'envisager des solutions qu'en fonction des moyens disponibles » (Muller, 2017). Ce modèle d'action peut varier selon le pays. L'idée réside dans le fait qu'une politique publique est un « construit » et non un « donné ». Cette construction est le produit d'interactions entre plusieurs acteurs à travers des liens d'échanges. L'action publique est de plus en plus partenariale dans une démarche managériale orientée en fonction des critères de performance permettant à l'administration d'atteindre ses objectifs d'intérêt général. Les acteurs publics

bénéficient donc de la légitimité de l'intérêt général dont l'État serait le seul détenteur. En effet, l'État exerce un rôle de tutelle sur un ensemble d'opérateurs des politiques publiques qui se traduit notamment par un contrôle de légalité : par exemple, les lois et les règlements adoptés par les pouvoirs publics constituent la principale source de droit en matière de santé.

4.3. Les inégalités sociales de santé découlant des textes juridiques

A la fin du XXème siècle, s'est enracinée une solide conscience du droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain, que les droits économiques et sociaux de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ont consacrés. A cette occasion, en 1970, en 1977 et en 1978, l'assemblée mondiale de la santé a proclamé que la santé est un droit humain.

La santé occupe une place importante au sein des droits humains, reconnus à l'échelle internationale. Le droit à la santé est un principe de plus en plus formulé dans les textes, dans les discours ou dans des programmes au niveau des institutions internationales. Ce principe est affirmé dans le préambule de la constitution de l'OMS qui dispose que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de paix et de sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ». La promotion et la protection des droits humains dans les mécanismes de délibération permettent une participation inclusive. Selon (l'OMS organe internationale spécialisée dans l'intervention sur la santé publique mondiale), le droit à la santé comprend l'accès aux soins en temps utile, l'accès à la protection sociale, à des soins de qualité satisfaisante et acceptable et d'un coût abordable. Une autre caractéristique des approches fondées sur les droits est la participation inclusive, proposée par (ENDA-TM)¹⁹. Cette participation permet à toutes les parties prenantes, y compris, les acteurs non étatiques d'adhérer de manière significative à toutes les phases de programmation relatives à la santé. Elle permet par ailleurs, une meilleure approche des spécificités de besoins.

L'importance du droit à la santé ne cesse de s'accroître, à travers les textes juridiques qui enrichissent le code de la santé publique au sein des États et les nombreuses dispositions communautaires au niveau régional. Dans cette dynamique, les États s'organisent et participent au premier chef à un approfondissement des relations, régies notamment par des lois et des directives pour le bien-être de leurs populations. Ainsi, les inégalités peuvent être perçues sous

¹⁹ Environnement et Développement du Tiers Monde (une organisation non gouvernementale).

de nombreux angles qui supposent de focalisations différentes, par exemple, sur les droits et des libertés (Sen, 2000, p. 131).

Le droit à un meilleur état de santé implique que soient réunis des critères sociaux favorables à l'état de santé de tous, tels que la disponibilité des services de santé, les conditions de travail favorables, l'accès au logement approprié, l'environnement sain et l'accès aux aliments nutritifs, l'égalité d'accès à un système de protection sociale (OMS). Ainsi, la consolidation du droit à la santé est étroitement liée à la réalisation des droits de l'homme, notamment le droit à l'éducation, au travail et à la participation.

Les textes juridiques peuvent dans certains cas exacerber ou créer des inégalités en matière de santé. Les origines juridiques des inégalités sociales témoignent qu'elles ne sont pas seulement des phénomènes socioéconomiques ou environnementaux, mais aussi des constructions juridiques. Par exemple, les systèmes de protection sociale peuvent réduire ou aggraver les inégalités dans l'accès aux soins. L'accès différencié aux soins, en fonction du statut socioéconomique, en raison du système de santé à plusieurs niveaux (public-privé) peut conduire à des inégalités de traitement dans l'accès aux soins. Dans les pays en développement, les personnes démunies se trouvent très souvent avec un accès très limité à des soins de qualité, en raison du système public de santé sous financé. Dans les pays où l'assurance maladie est faible ou non universelle, les personnes à faible revenu ou sans emploi peuvent être plus exposées aux risques sanitaires.

Les politiques publiques, en fonction de la façon dont elles sont conçues ont la capacité de promouvoir ou de passer outre les droits de l'homme. Les populations défavorisées et les groupes vulnérables sont souvent les moins susceptibles de jouir du droit à la santé. Pour preuve, certaines maladies comme la tuberculose ou le paludisme touchent de façon disproportionnée les couches les plus démunies, ce qui pèse sur l'économie fragile des pays à ressources limitées. Par ailleurs, les populations défavorisées présentent des taux de mortalité bien supérieurs à cause des maladies non transmissibles considérées comme évitables ou curables. Cette tendance coïncide avec une montée en puissance des maladies dites de société (obésité, tabagisme, malnutrition). Au sein même des pays, certaines lois peuvent viser ces populations défavorisées aggravant encore la marginalisation. En effet, les interventions visant à améliorer la jouissance par tous du droit à la santé doivent améliorer les principes juridiques et les normes sociales. La politique publique visant à atteindre ces objectifs ne peut connaître

de succès que quand elle est appliquée en coordination avec d'autres politiques publiques complémentaires, comme le suggère Muller (2017).

4.4. La décentralisation en tant que politique d'efficacité territoriale face aux inégalités

Les pays démocratiques ont élevé la décentralisation au rang de principe constitutionnel, lui donnant ainsi une solennité et une force juridique suprême. La décentralisation est un partage de pouvoir, une répartition des compétences entre l'État et les entités autonomes appelées collectivités territoriales. « La décentralisation peut se définir comme le transfert par l'État des compétences et des pouvoirs décisionnels au bénéfice d'autres personnes morales de droit public, juridiquement distinct de lui (l'État) et qui disposent une marge d'autonomie, tout en restant sous son contrôle » (Roux, 2016). La décentralisation est distincte de la concentration. Celle-ci désigne le processus interne à l'État, consistant à transférer les compétences aux représentants locaux du gouvernement. Dans le cas de la décentralisation, c'est bien à des collectivités territoriales, juridiquement distinctes de l'État qu'il s'agit de confier les compétences. Une occasion d'apporter des réponses spécifiques aux problèmes territoriaux.

Les collectivités territoriales sont les personnes morales de droit public (sujet de droit public interne) dont les organes décisionnels sont composés d'élus, disposant de compétences transférées par l'État. Ainsi, leurs actions sont encadrées par le législateur (Assemblée nationale) et par le pouvoir réglementaire (émanant du pouvoir central, selon les compétences). Dans la plupart des pays francophones, le pouvoir réglementaire est détenu par le président de la République (décret), le ministre et l'autorité déconcentrée (arrêté) et dans certains pays le maire peut aussi prendre des arrêtés.

Les politiques de décentralisation contribueraient à réduire les inégalités sociales de santé, la pauvreté et l'exclusion. Elle replace le débat sur les inégalités sanitaires au sein du cadre communautaire dans lequel elles prennent tout leur sens. La décentralisation est un processus politique en évolution, visant à trouver de l'efficacité afin de mieux satisfaire les besoins spécifiques des populations. Selon la théorie d'Oates (1974), « une offre décentralisée est plus efficace qu'une offre centralisée ». L'auteur considère que chaque type de biens doit être fourni par échelon, prenant en compte la spécificité de la demande afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins des populations locales. Les inégalités géographiques s'avèrent un aspect important pour saisir les inégalités notamment dans les situations d'urgence sanitaire ou de crises sanitaires. Les données montrent souvent une

répartition inégale des services, de produits et des infrastructures essentielles entre les régions pauvres et riches, ce qui entraînerait des disparités en termes de production et de revenu entre les individus. Par ailleurs, ce constat se confirmerait entre les zones rurales et urbaines notamment par l'existence de migration interne, de conflits communautaires et l'exode rural qui augmentent la pression dans les grandes villes. Dans le cadre de la santé, les insuffisances infrastructurelles semblent toucher, en particulier (mais non exclusivement) les individus habitant dans des zones déshéritées. Dans ces zones, la majorité de la main-d'œuvre travaille dans l'économie informelle, et certains parmi eux sont dépourvus de toute couverture santé. Ces inégalités ont des effets cumulatifs et des désavantages qui se recoupent, aggravant par ailleurs, d'autres inégalités liées aux rapports sociaux de sexe, d'âge et au handicap, généralement prépondérants dans les pays en développement.

Selon Gilles (2017), les inégalités croisées et croissantes génèrent de la frustration faisant le terreau d'instabilité et de conflits, et que les communautés à proximité des zones frontalières et les minorités en sont particulièrement vulnérables. Selon l'auteur, les plus grandes inégalités en Afrique de l'Ouest sont avant tout spatiales, entre zones urbaines et rurales, où les services publics sont pratiquement absents. Les problèmes liés au contexte géographique impactent la santé et favorisent la vulnérabilité, puisque certains besoins vitaux des populations font défaut. S'ajoute à ces difficultés, l'impact significatif du bas niveau d'éducation sur les comportements favorables à la santé. Les inégalités de santé qu'elles soient de nature géographique, économique, environnementale ou sociale sont très prononcées dans les zones défavorisées. Le défi majeur du pouvoir politique, c'est de veiller à ce que tous les citoyens aient droit aux soins indépendamment du type de couverture santé et du lieu de résidence.

4.5. Urbanisation et inégalités environnementales

Le lien entre l'urbanisme et la santé est centré sur les effets de l'urbanisme qui peuvent être positifs pour la santé et le bien-être des populations. Les politiques d'urbanisation menées par les pouvoirs publics peuvent conduire à des différences de santé si elles sont mal élaborées. L'exemple le plus frappant est celui de l'utilisation et les modes d'occupation du sol. Il en va de même pour les problèmes de la croissance démographique et urbaine et de son accélération dans les périphéries des grandes villes.

Les facteurs socioéconomiques sont généralement associés aux conditions d'occupation du sol. « Plus précisément, l'exode rural, la spéculation foncière, les pratiques clientélistes, la recherche de la proximité des centres actifs de la ville constituent les principaux facteurs pour comprendre l'afflux des populations contraintes d'occuper des terrains à risques » (d'Ercole, 1994). C'est le cas des grandes villes où se développent des bidonvilles non urbanisées, occasionnant des résultats sanitaires catastrophiques. Dans certains cas les populations ignorent vivre dans des zones à risques ou dangereuses. D'une part, il faut souligner l'absence de prévention sur les risques dans le cadre de la planification urbaine, d'autre part, les pratiques de corruption, de récupération politicienne et la pression sociale. Par ailleurs, certaines techniques de constructions (bâtiments, routes, canalisation) s'avèrent inadéquats et facilitent la stagnation des eaux usées, les inondations et le développement des maladies. L'urbanisme peut également aggraver ou supprimer les problèmes d'insécurité dans les rues. L'OMS met en valeur l'idée que la ville c'est autre chose que les constructions, les rues, c'est un organisme dont l'état de santé est étroitement lié à celui des habitants. Le modèle élaboré par Whitehead et Dahlgren sur les facteurs qui déterminent la santé illustre au premier rang l'importance des facteurs tels que le logement les conditions de travail et de vie collective qui influencent les individus ou la société dans son ensemble.

Dans les pays en développement, malgré les efforts consentis, le tableau sanitaire est encore dominé par les maladies infectieuses, parasitaires, tels que le choléra, la tuberculose, la diarrhée. Une approche hygiéniste de l'urbanisme peut contribuer à la réduction de ces maladies infectieuses. La santé peut être l'un des objectifs fondamentaux de l'urbanisme. En effet, l'urbanisation représente une opportunité dans la mesure où elle rapproche les populations à des systèmes sanitaires. La complexité des origines et les causes de inégalités en santé sont très diverses. La réduction de ces dernières requiert la mise en place des stratégies prenant en compte tous les aspects impliqués. En effet, la mise en place des politiques d'urbanisation demande une approche intersectorielle, incluant des dimensions sanitaires, économiques, sociales et environnementaux afin de réduire les inégalités sociales de santé.

4.6. Les mesures de protections sociales

La protection sociale est un mécanisme qui permet de contribuer à la réalisation des droits sociaux, économiques et environnementaux reconnus dans les instruments juridiques internationaux et nationaux. Selon la définition de l'Organisation des Nations Unis, la protection sociale a une approche fondée sur les droits. Le Bureau International du Travail, l'a

définie en termes de droits aux prestations et indemnités que les citoyens peuvent utiliser pour se protéger contre les risques et contre une chute soudaine de leur niveau de vie (BIT, 2008). Mais, plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès à la protection sociale (OIT, 2019).

Selon Cecchini et al. (2018), la protection sociale est un instrument clé dans la construction de sociétés plus justes, inclusives et égalitaires. Elle vise à garantir à tout individu, un standard de vie social et économique décente, à travers des mesures allant de la prévention et la réduction de l'exclusion sociale et de l'inégalité ainsi que de la pauvreté et de la vulnérabilité. La réalisation de cet objectif, suppose d'un paquet de mesures où plusieurs acteurs ont à jouer un rôle. A cet effet, diverses sources de financement sont à mobiliser afin de faire face aux risques, à la pauvreté et à la vulnérabilité qui se présentent au cours de la vie. Il s'agit principalement des allocations en cas de chômage ou en de cas grossesse, des pensions, des soins de santé, des compensations pour des accidents de travail, ainsi que la redistribution.

La responsabilité de la construction d'une société plus juste revient principalement aux pouvoirs publics, qui doivent jouer un rôle crucial dans la protection sociale, en collaboration avec toutes les composantes de la société, telles que les ménages, les communautés ou groupes d'individus, les collectivités locales et les mouvements sociaux et communautaires), pour que celle-ci soit perçue comme un droit au sein de la société. Il est important que les différents acteurs assument leur rôle. L'État est le premier acteur qui doit créer un cadre permettant d'établir un dialogue structurel, permanent et inclusif, d'une part, et d'autre part, d'allouer les ressources nécessaires pour exécuter une politique de protection sociale qui prenne en considération toutes les couches sociales : travailleurs du secteur formel et informel, zones urbaine et rurale, riche et pauvre, enfant, jeune, âgé, homme et femme, handicapé et inactif.

La protection sociale est un des piliers des stratégies de développement économique et social. Elle peut être conçue à partir de différentes analyses et de différentes dimensions politiques, économiques et sociales. Dans les pays en développement, la protection sociale est notamment concentrée sur les risques liés à l'emploi formel et à la position sociale de l'individu. De surcroît, cette mesure pourrait être instaurée afin de répondre contre les risques rattachés au contexte économique et social, tels que la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins.

Chaque pays a ses caractéristiques en termes de politiques de protection sociale contributive (sécurité sociale), et de protection sociale non-contributive (assistance sociale).

Ces deux modèles donnent lieu à une conception particulière du rôle de l'État dans la garantie des droits sociaux, avec une large participation des organisations de la société civile. Les mouvements sociaux jouent également leur partition, en s'occupant souvent de l'empowerment des groupes exclus au niveau local, ce qui aboutit souvent à une forme d'auto-organisation par des initiatives donnant accès à certaines formes de protection sociale communautaire.

La protection sociale contributive vise principalement les salariés et fait l'objet de réglementations de l'État, simultanément avec une phase d'expansion de la couverture à certaines catégories de personnes précaires par des assistances sociales. Les politiques basées sur le principe d'assurance sociale et de solidarité sont principalement financées par l'État. Ainsi, les ressources distribuées à travers des subventions dans plusieurs pays, ont conduit à une augmentation des dépenses publiques. L'accroissement des dépenses sociales face à des exigences de discipline budgétaire et la rareté des ressources peut se refléter, d'une part, dans la qualité des prestations, d'autre part dans la continuité des programmes, et enfin dans le niveau de couverture des bénéficiaires. En vertu de la rationalisation des dépenses publiques et d'une politique inclusive, la participation des entités telles que les collectivités locales, le secteur privé, les communautés et les organisations non gouvernementales s'avère judicieux dans la composition comme dans la mise en œuvre des programmes de protections sociales.

En Amérique latine, des concepts, tels que la garantie des droits économique, sociaux et culturels, la cohésion sociale, la pleine citoyenneté s'implantent parmi les approches prédominantes de la politique sociale (CEPALC, 2007). Ces approches peuvent se traduire par un souci explicite de distribuer les avantages de la croissance économique de manière plus égalitaire et de réduire le niveau d'inégalité. La banque mondiale a pour sa part mis l'accent sur deux grands défis, qui doivent être relevés : « l'emploi informel, qui constitue un obstacle à l'accès à la protection sociale et l'accès fragmenté des travailleurs du secteur formel et informel aux avantages des politiques de protection sociale » (Ferreira et Rebalino, 2010). Les systèmes existants de sécurité sociale se basent notamment sur l'emploi formel, alors que le travail informel est encore prépondérant dans les économies en développement. Par ailleurs, les différences d'origine ethnique, de culture, de lieu de résidence, d'âge, de sexe sont également considérées comme des variables clés dans les aspects substantifs de la politique de protection sociale. A cela s'ajoute une préoccupation croissante concernant la qualité des services et l'efficacité des synergies entre les différents réseaux.

Dans la littérature, les auteurs ont adopté différentes approches à la fois pour analyser le concept de protection sociale et pour définir les objectifs de la politique publique. Certains auteurs ont adopté une approche axée sur les facteurs conjoncturels liés à l'inefficacité des politiques publiques globales. D'autres ont mis l'accent sur l'économie de l'emploi, généralement limitée à la protection des travailleurs du secteur formel, tandis que d'autres traitent l'épineuse question de la protection sociale des personnes pauvres, de certaines communautés, des travailleurs du secteur informel et de ceux économiquement inactifs. L'Organisation Internationale du Travail estime qu'avec 6% du Produit National Brut (PNB) mondial, toute personne n'ayant pas accès à la protection sociale pourra être couverte. L'OIT s'investit depuis 2002 dans la campagne pour les programmes « sécurité sociale et couverture pour tous », comme en témoigne ses recommandations (R202) sur les socles de protection sociale en 2012, réaffirmant ainsi, que le droit à la sécurité sociale est un droit fondamental.

Malgré les avancées significatives en termes de protection sociale au cours de ces dernières décennies, les inégalités restent encore élevées dans les pays en développement notamment dans le volet couverture santé et prévoyance à l'échelle nationale et régionale. A l'échelle africaine, les conditions d'accès à l'assurance maladie se compliquent, en raison des difficultés de financement, comme le souligne Ridde (2012).

4.7. L'effet de l'assurance maladie face aux inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé s'observent aussi bien dans les pays riches que dans les pays en développement. Elles renvoient souvent à une hiérarchie sociale où le principe d'égalité est en cause. Ainsi, les pouvoirs publics œuvrent à élaborer des stratégies visant la suppression ou la réduction des écarts de santé associés aux inégalités socioéconomiques et environnementales. Dans ce contexte, l'assurance maladie est conçue dans le but de garantir l'accès aux soins de santé et contribuer à l'effort de correction et de compensation entre les différentes couches sociales. Selon Landes et Néron (2015), l'affirmation corollaire de cet argument est que le rôle principal de l'État est de gérer les risques et ce rôle s'explique et se justifie, parce que l'État est plus efficace que les marchés libres pour gérer les problèmes liés à l'aléa moral et l'asymétrie d'information. Cette efficacité trouve principalement son origine dans les outils que seul l'État possède : par exemple, les lois et règlement qui impliquent des inscriptions obligatoires à l'assurance maladie, ce qui permettra d'éviter la sélection concurrentielle et adverse.

Les mécanismes de l'assurance maladie est au cœur de l'État-providence que l'on trouve en France, au Royaume-Uni, en Afrique ou en Amérique Latine. De nombreux pays correspondent à cette description générale, dans le sens où l'État couvre les risques sociaux pour des raisons politiques, sociales et économiques. Le rôle de l'assurance maladie dans la réduction des inégalités sociales de santé peut être observé à titre d'exemple dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. En France, une assurance complémentaire a été mise en œuvre depuis 2000 dans le but de couvrir les plus pauvres. Cette politique peut avoir un impact positif sur l'état de santé des plus démunis et par conséquent sur la réduction des inégalités sociales de santé. La couverture maladie universelle permet un meilleur accès aux systèmes de soins. L'augmentation de la consommation des soins pour les plus pauvres peut améliorer l'efficacité des politiques de santé. En effet, la couverture maladie universelle peut impacter les inégalités par deux mécanismes. Le premier mécanisme est directement en ligne avec le recours et la consommation des soins notamment chez les plus pauvres. Cela suppose que la consommation des soins ait un impact sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Le second mécanisme de l'assurance maladie sur les inégalités sociales de santé serait lié aux dépenses supplémentaires de soins, c'est-à-dire les coûts élevés, qui peuvent entraîner le renoncement aux soins et aggraver l'état de santé.

Des chercheurs comme Couffinhal, Dourgnon, Geoffard, Grignon, Jusot et Naudin soutiennent que l'accès aux soins à travers la couverture des dépenses, améliore l'état de santé des bénéficiaires. Les auteurs soutiennent que la couverture maladie peut significativement contribuer à améliorer le fonctionnement du marché de travail, et comme toute amélioration du capital humain, avoir un impact positif indirect sur la croissance économique endogène.

Du point de vue microéconomie l'assurance maladie peut relativement épargner le budget familial notamment pour les ménages les plus précaires. Cela permettrait à ces ménages d'augmenter leurs pouvoirs d'achat dans d'autres types de besoins comme l'alimentation, l'éducation, l'information, le logement salubre, l'hygiène qui, à leur tour peuvent favoriser l'amélioration de l'état de santé. Les études portant sur cette hypothèse montrent d'une part que l'état de santé est impacté par des dépenses autres que médicales, et d'autre part, que l'assurance maladie a un effet sur le recours aux soins notamment pour les plus pauvres. Par ailleurs, la spirale vertueuse de la couverture publique peut être contrariée dans la mesure où la théorie économique suggère des freins possibles à sa mise en place. « Si la couverture publique est soumise à condition de ressources, l'individu qui travaille peut perdre le bénéfice de la couverture gratuite et être obligé de consacrer une part de son revenu d'activité à l'acquiescer sur

le marché » (Couffinhal et al., 2002). Cette situation peut conduire l'individu à moins se couvrir contre les risques maladies et à diminuer son recours aux soins pour raisons financières.

4.8. L'accès aux soins de santé

Selon Lang et Ulrich (2016), les inégalités d'accès aux soins peuvent s'expliquer par des disparités sociales structurelles notamment au niveau des moyens humains, financiers et matériels. Les inégalités sociales de santé se fabriquent et se renforcent dans l'accès aux soins ainsi que dans les interactions avec le système de soins.

La notion d'accès au système de soins se distingue par deux facteurs. « Le premier correspondant à l'accès primaire aux soins, c'est-à-dire, rentrer en interaction avec un professionnel ou une organisation de santé. Le deuxième concerne l'accès secondaire, qui consiste en la manière dont se déroulent les soins après le premier contact » (Lombrail et Pascal, 2005). Ils supposent que, dans le cadre de l'accès aux soins, il existe notamment trois types d'inégalités : dans l'ordre de renoncement aux soins pour raisons financières, dans l'ordre du savoir (ou culturel) et dans l'ordre de la qualité.

L'inégalité de soins se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne correspondent pas à des résultats de santé, comme le soulignent Lombrail et Pascal (2005). Les auteurs soutiennent, d'une part, que les inégalités de soins peuvent advenir par omission, survenant du fait de l'inertie d'un système de santé. Elles sont le résultat d'une coordination inefficace entre les structures de santé. D'autre part, les inégalités par construction correspondent à l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'élaboration des programmes institutionnels. Elles s'observent également dans la conception des pratiques et du système de soins. Enfin, l'ordre global des facteurs impacte également nos systèmes de santé.

La situation sociale de l'individu conditionne souvent les modalités de son accès aux services de soins et la nature de son traitement. Selon Desprès (2013), les attentes en matière de soins sont différenciées en fonction des catégories sociales qui n'ont pas les mêmes normes conduites pour se soigner. Les individus au bas de la redistribution des revenus semblent les plus susceptibles de subir de grave défaillance du système de santé, contrairement à ceux, en haut de la hiérarchie sociale, pour lesquels, les soins spécialisés sont plus fréquents, avec l'accès aux médecins spécialistes et aux traitements acceptables par des personnels de santé. Le processus de traitement sanitaire des classes sociales aisées porte davantage sur du confort, de

la prévention ou du bien-être et non pas seulement du traitement de la maladie comme le souligne Desprès (2013). Au-delà des différenciations sociales, certaines formes de besoins de soins restent masquées ou non identifiées du fait des restrictions culturelles ou religieuses.

Les travaux de Jacquemot (2012) associés à l'analyse des effets socioéconomiques des inégalités d'accès aux soins en Afrique montrent que les populations défavorisées rencontrent des difficultés à veiller à leur santé à cause des difficultés d'accès aux soins. Ces populations sont souvent confrontées à de nombreux obstacles, ce qui peut retarder leur prise en charge par les services de santé. Les inégalités d'accès aux services de santé sont nombreuses et liées entre elles et avec des inégalités dans d'autres domaines du développement humain. Demoutiez, (2015) considère que les plus fortes de ces disparités s'observent notamment entre le milieu rural et urbain, entre les villes et les périphéries et entre les pays, ainsi qu'au niveau de la stabilité des revenus entre individus. Une étude de l'OIT (2015), révèle les grandes disparités d'accès à la santé entre les zones rurales et urbaines. Selon cette étude, plus d'un habitant sur deux est exclu des services de soins en zone rurale. Les pays les plus affectés sont aussi confrontés aux plus hauts niveaux de pauvreté et d'inégalités sociales.

L'offre de soins quant à elle, dépend souvent de la localisation territoriale. L'accès aux soins en grande partie est limité par la qualité et la faiblesse de l'offre, particulièrement dans les zones déshéritées, en raison d'une répartition inégale des structures de santé, du manque de ressources humaines et financières. Les problèmes liés à la localisation géographique peuvent obliger les patients des zones excentrées à s'astreindre à certaines difficultés et d'assurer eux-mêmes des coûts supplémentaires tels que le transport pour se rendre à une structure de santé, ce qui est souvent dissuasif malgré les programmes de solidarité de l'Etat.

Le rôle du système de santé dans la réduction des inégalités sociales fait l'objet de plusieurs études. L'un des aspects fondamentaux pour l'organisation du système de santé dans une visée d'équité est de pouvoir articuler les dispositifs (acteurs impliqués et les fonctions du système) qui sont souvent dans des régulations différentes comme le soulignent Lang et Ulrich (2016). Un système de soins performant permet aux personnes malades de se soigner. Il y a donc une bonne raison de le renforcer dans sa contribution à l'amélioration de l'état de santé et à l'équité en santé. En termes d'équité d'accès aux soins, il faut améliorer certains déterminants des inégalités subies ou choisies, telles que l'accès inapproprié au système de soins des personnes particulières, le renoncement aux soins pour raisons financières, culturelle ou religieuse, l'indisponibilité des services de santé. Il s'agit des besoins souvent non satisfaits qui

peuvent être perçus ou non par l'individu, par les acteurs du système de santé ou par les décideurs. Ces difficultés enregistrées à partir du système de santé peuvent contribuer à accentuer les inégalités de santé entre individus, groupes d'individus et entre populations.

4.9. Les soins en tant que piliers de la protection sociale

Les soins garantissent le bien-être physique, mental et émotionnel. Ils sont dispensés afin de recouvrer ou d'améliorer l'état de santé et le bien-être. L'accès aux soins peut être considéré comme une variable de mesure de la protection sociale ainsi que des inégalités sociales de santé. Les soins constituent une fonction sociale, un droit fondamental et un bien public sans lequel il serait impossible de construire une société. Il est donc essentiel de considérer les soins de santé comme un processus dans les interventions des pouvoirs publics, constituant une question fondamentale des politiques publiques de santé. C'est en cela qu'ils constituent une priorité dans les politiques globales et une condition préalable au développement économique et social, d'après Fall et Cissé (2021).

Intervenir dans l'accès aux soins constitue une condition préalable pour assurer la protection sociale afin de réduire les inégalités sociales de santé et la transmission intergénérationnelle de la pauvreté dans les ménages.

Une politique de santé se doit d'être considérée comme un pilier transversal de la protection sociale. En cause : les besoins de soins non couverts représentent de véritables risques sociaux qui rendent vulnérables les individus, en les empêchant de jouir de leurs droits sociaux et économiques, en les exposant à l'insécurité économique et à la pauvreté (Cecchini et al., 2018). Dans l'extrême pauvreté, se trouve la situation des personnes âgées, handicapées ou des malades qui, par manque de revenus ou de protection sociale n'ont pas accès aux services de soins de santé.

La couverture des services de soins publics reste encore très limitée dans certaines régions. Par exemple, les données internationales montrent une désagrégation dans la fourniture des services de soins entre les régions pauvres et les régions riches comme aussi entre les zones urbaines et les zones rurales.

Les pays en développement sont les plus touchés de cette absence de services de soins. L'absence d'infrastructure, une répartition inégale des ressources, le manque de ressources et de personnel qualifié expliquent en partie le phénomène. Cette situation met en évidence la

nécessité pour que les politiques de santé aient une portée transversale et de façon explicite une approche d'égalité. Cela permettrait de réussir une intégration équilibrée et des impacts positifs dans la société. Les conditions dans lesquelles sont fournis les soins sont déterminantes. Ainsi, « une politique de santé dans le cadre des systèmes de protection sociale doit assurer les meilleures conditions de soins : d'une part, les personnes ayant besoins de soins doivent les recevoir dans les conditions de qualité, et d'autre part, les conditions d'accès aux soins ne doivent pas aggraver la pauvreté des ménages et les inégalités sociales de santé » (Fall et Cissé, 2021). Compte tenu de cette fonction sociale, les politiques de santé doivent être conçues et appliquées dans une perspective intégrée, car elles nécessitent de l'articulation de différents secteurs de la politique globale. En effet, la politique tenant aux soins doit dépasser les facteurs sectoriels et plus d'attention aux groupes spécifiques et vulnérables. Le principe d'égalité de droit basé sur des actions positives en faveur de ce ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité et de désavantage suppose un chevauchement fonctionnel et opérationnel entre l'offre et la demande de soins. Cela implique une articulation, de sorte que l'offre dans son ensemble, soit à la hauteur de la demande attendue. Ainsi, les soins demeurent une dimension importante des inégalités sociales de santé et un déterminant important de celles-ci.

L'attention croissante de l'OMS à l'égard des soins se reflète dans la ratification d'une série de cadres juridiques sur les droits à une meilleure qualité de soins dans laquelle les services de santé destinés aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Tous les pays disposent d'une politique de santé, bien que celle-ci puisse varier d'un pays à l'autre. A l'échelle nationale et internationale, il y a une multitude de législations, de traités et de recommandations sur les prestations de soins à l'égard des groupes spécifiques, en particulier pour les enfants, les femmes, les personnes âgées. Certains pays d'Afrique subsaharienne mènent des politiques qui se rapportent à l'opération des soins gratuits pour les groupes vulnérables (les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les et les personnes handicapées). Plusieurs de ces politiques sont régies par la loi ou des règlements institués par l'États.

Conclusion

L'étude des inégalités sociale de santé et des inégalités de santé tend à illustrer clairement le caractère systémique qu'elles impliquent. Les analyses montrent que les inégalités s'interfèrent entre elles, et elles se déterminent et se génèrent réciproquement (revenu, éducation, l'emploi, le système de santé). L'enchaînement cumulatif de ces déterminants tend

à former des privilèges et des handicaps à l'échelle sociale, occasionnant une forte probabilité de réduire ou de reproduire des inégalités de génération en génération.

Dans les pays en développement, les investissements pour les groupes vulnérables et marginalisés font défaut dans les domaines essentiels : éducation, protection sociale, santé. De surcroît, il apparaît une répartition inégale des services et des infrastructures : hôpitaux, écoles, routes, électricité, assainissements et les sources d'eau potable entre les zones urbaines et rurales. En particulier, un investissement dans les stratégies agricoles productives et génératrices de revenus et de richesses, favoriseraient le flux commercial et l'accès aux financements au bénéfice des paysans qui pratiquent l'agriculture vivrière, et par conséquent améliorer leur accès au marché.

La prévalence du système informel et d'un très petit secteur formel aggravent les inégalités. La structure du marché de travail est notamment monopolisée par l'emploi formel limité aux fonctionnaires de l'État, des sociétés multinationales, alors que la majorité de la main-d'œuvre travaille dans le secteur informel et de subsistance. Les travailleurs de l'économie informelle ne sont pas assujettis aux impôts indirects, ni aux cotisations sociales dans certains pays. L'assiette fiscale reste très faible et ne couvre qu'une petite partie de l'économie largement informelle. Ce dysfonctionnement entraîne un effet restrictif de mobilisation des recettes fiscales. Une faible performance de mobilisation des ressources publiques peut entraîner des sous-financements dans les secteurs sociaux clés, tels que la sécurité, la santé et l'éducation.

L'éducation est sans doute l'un des secteurs les plus déterminants pour lutter contre les inégalités multidimensionnelles. Elle peut renforcer les inégalités dans d'autres domaines, tels que l'accès à l'emploi, la protection sociale, le revenu. Certains auteurs considèrent que le niveau de revenu, le lieu de résidence, le sexe et le handicap physique jouent un rôle important pour déterminer les opportunités d'éducation. Les inégalités liées aux revenus du travail et d'opportunités d'emploi sont en outre très importantes entre les hommes et les femmes en Afrique de l'Ouest. Le revenu des individus et des ménages peut être considéré comme une variable pertinente mesurant les inégalités verticales. Ces inégalités tenant aux revenus et au sexe peuvent créer un effet cumulatif et des désavantages, aggravant les disparités en matière d'éducation ou du niveau d'études entre les individus et groupes d'individus.

L'étude sur les inégalités pose autant de questions méthodologiques que scientifiques. En effet, des auteurs considèrent la santé comme un bien public qui procure le bien-être individuel. Celui-ci apparaît relatif au sens multidimensionnel, car il englobe plusieurs facteurs déterminants : la richesse, le revenu, l'éducation, les liens sociaux, la protection sociale, l'accès aux biens publics, l'assainissement, le logement, l'emploi, le système de santé, les lois etc.

La littérature pointe d'importantes différences entre groupes sociaux associées aux inégalités économiques et à un accès variable aux services sanitaires. Malgré les progrès sur les droits humains en Afrique subsaharienne, la revue littéraire fournit peu d'informations sur les inégalités en matière de sécurité juridique. Un autre aspect à étudier dans un ensemble solide d'indicateurs pour saisir les inégalités sociales de santé dans les situations de crises sanitaires, en l'occurrence, la Covid 19, ce qui est d'ailleurs pertinent dans le cas des pays en développement. Compte tenu de l'analyse multidimensionnelle, la théorie des inégalités permet d'intégrer un ensemble d'indicateurs et de variables de désagrégation, qu'elles soient économiques, sociales ou politiques. Les inégalités spatiales se combinent également dans ce cadre. Une analyse multidimensionnelle se prête à mettre en évidence la façon dont les personnes sont affectées par les inégalités ou à effectuer une étude comparative entre les régions ou pays. L'Organisation Mondiale de la Santé conclut que les inégalités en matière de santé contribuent à une incidence élevée de maladies évitables, d'invalidité et de décès prématurés dans les populations les plus vulnérables telles que les pauvres, les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes déplacées (OMS). Durant les deux dernières décennies, il y a eu une nette amélioration des statistiques de santé dans la région de l'Afrique de l'Ouest : la baisse du taux de mortalité infantile et maternelle, augmentation de l'espérance de vie et une diminution de plusieurs maladies transmissibles dont le VIH. Malgré ces progrès, de fortes inégalités perdurent entre individus et d'un groupe social à l'autre.

La littérature rapporte des éléments probants sur les causes d'inégalités dont certaines sont exogènes (l'héritage coloniale, le commerce et les flux financiers mondiaux), et d'autres endogènes (la gouvernance publique, la démocratie, le niveau de la qualité des institutions étatiques) (Gilles, 2017).

En Afrique de l'Ouest, les capacités statistiques restent limitées, en raison du sous-financement dans les domaines de recherches. La principale limitation pratique est le manque de données exhaustives et de théories, en particulier pour certaines dimensions de l'inégalité comme le cas des minorités et l'ethnicité.

En effet, il serait judicieux d'interroger l'influence des déterminants socioéconomiques sur l'accès aux soins de santé et l'impact des approches multidimensionnelles de la santé au Sénégal. Cela permettrait d'établir le rôle des différentes dimensions dans l'accès aux soins, à travers la littérature théorique développée par des auteurs tels que Kolossvary et al., 2023 ; Levesque, 2013).

Chapitre II : Les inégalités sociales de santé au prisme des déterminants socioéconomiques au Sénégal

Introduction

Les inégalités sociales de santé que cette étude analysera à travers les politiques de santé au Sénégal constituent un enjeu majeur qui façonne les priorités en santé, comme le souligne Musgrave (1996). L'intervention de l'État dans les politiques de santé témoigne d'une volonté stratégique, qui contraste avec son engagement dans d'autres secteurs de l'économie. Selon Fassin (1999)²⁰, la santé est priorisée par ce qu'elle témoigne d'une reconnaissance de l'intégrité du corps plutôt que l'intégrité de la personne. Autrement dit, la reconnaissance de la personne passe par la reconnaissance du corps altéré ou souffrant.

L'intervention des pouvoirs publics se justifie par des motifs légitimes, notamment afin de compenser des déséquilibres ou de corriger certaines défaillances. Ce rôle se manifeste tant dans les pays développés, où les systèmes de santé sont souvent structurés selon des principes de marché capitaliste, que dans ceux à faibles revenus, où les inégalités en matière de santé sont plus prononcées et requièrent une intervention publique renforcée.

Dans les pays en développement les politiques de santé sont nombreuses et souvent influencées par les organisations internationales, sur lesquelles elles s'appuient. Comme le souligne Musgrove (1996), ce phénomène s'inscrit dans une dynamique plus large, où la capacité différentielle des États d'intervenir dans le champ sanitaire reflète des inégalités en matière d'accès aux soins, de dépenses de santé et de fonctionnement du système de santé. Par ailleurs, la capacité d'intervention ne garantit pas nécessairement l'efficacité de l'action publique. Ainsi, les échecs des pouvoirs publics dans le domaine de la santé sont fréquents et résultent souvent d'interventions inadéquates ou de l'usage d'instruments politiques inadaptés aux besoins spécifiques et aux réalités territoriales.

De nombreux systèmes de santé sont considérés inéquitables et inefficaces en raison d'interventions malavisées, qui pourraient être corrigées par des initiatives efficaces et

²⁰ Fassin, cité par Pierru (2002) : « la santé est un construit aux termes de concurrences et de luttes entre les agents, tant pour énoncer ce qu'elle est que pour en faire prévaloir des modèles. C'est l'état de ces luttes et relations de concurrence qui tracent les frontières de l'espace politique de la santé à un moment donné dans une société donnée ». Dans cet article, Pierru analyse les transformations du système de santé français : la démocratisation des services publics de santé, la rationalisation des dépenses de santé. Il s'appuie sur les travaux de Fassin pour souligner les principes de la construction sociale de la santé au prisme des dimensions morales.

innovantes. Dans ce contexte, l'intervention publique semble nécessaire ou du moins souhaitable pour combler les dysfonctionnements dans une perspective globale et, en particulier, pour améliorer la productivité. Le pouvoir public, étant détenteur de leviers légitimes et d'instruments susceptibles d'influencer et de réguler les dynamiques sociales, éventuellement sous la force d'un appareil de contrainte, est censé préserver l'intérêt de la société. Cette intervention requiert une capacité d'innovation et d'efficacité, afin de répondre aux enjeux socioéconomiques contemporains.

Selon Kolossvary et al. (2023 « Les déterminants socioéconomiques de la santé comprennent plusieurs facteurs non-médicaux dans le domaine social et socioéconomique ayant un impact potentiellement significatif sur les résultats en matière de soins et de prise en charge »).

Notre analyse commencera par une revue de la littérature, d'une part sur la conception théorique des déterminants sociaux qui influencent l'accès aux soins de santé, à l'intérieur ou en dehors du domaine de la santé. L'enjeu de ce chapitre est de placer au cœur de l'analyse les déterminants socioéconomiques de la santé, notamment les facteurs structurels. Cette analyse narrative a pour but d'explorer le rôle des déterminants dans la construction des inégalités sociales de santé à différents niveaux. L'analyse des déterminants sociaux nous permettra d'aboutir à la lecture des efforts institutionnels dans les politiques de santé au Sénégal.

Dans la première section, nous présentons deux cadres conceptuels multidimensionnels des déterminants socioéconomiques de la santé proposés par Kolossvary et al. (2023) et par Levesque et al. (2013). Ces deux cadres conceptuels nous semblent complémentaires, car ils incluent des dimensions structurelles plus larges et sont davantage centrés sur les patients.

La deuxième section nous permettra de partir d'une synthèse de la littérature sur les déterminants de l'accès aux soins proposée par l'OMS (2009), à partir de Pathway. Ce modèle présente des déterminants importants, tels que la gouvernance et l'emploi. Ensuite, nous proposons une définition du processus de l'accès aux soins, adapté au contexte sénégalais en tenant compte de l'emploi comme un déterminant clé de l'accès à l'assurance maladie. Enfin, nous abordons dans la troisième section le rôle de l'État dans l'accès aux services de santé.

Section 1 : Les théories intégrant l'approche multidimensionnelle des déterminants sociaux

En suivant la littérature, nous présentons les cadres conceptuels proposés par Kolossvary et al. (2023) et de Levesque et al. (2013), les avantages de leurs approches ainsi que la complémentarité qui existe entre les deux approches au regard du contexte africain.

1.1. Approches multidimensionnelles de la santé

L'influence des facteurs économiques et sociaux comprennent plusieurs variables non médicales, présentant un effet significativement sur les inégalités en matière de santé (Kolossvary et al., 2023). Les facteurs à prendre en compte peuvent donc concerner les caractéristiques du système de santé du côté de l'offre, les caractéristiques des populations du côté de la demande et les facteurs du processus de soins, décrivant la manière dont l'accès aux services est réalisé (Daniel et Gragnon, 2010). Les déterminants socioéconomiques de la santé exercent leurs effets par le biais de divers facteurs, comprenant des aspects sociaux économiques, environnementaux, organisationnels et biologiques (Dahlgren et Whitehead, 1991). Tous ces facteurs peuvent être conceptualisés au niveau individuel, interpersonnel (famille, professionnels soignants, communauté et société). Par exemple, une exposition nocive et cumulative peut conduire à des expositions préjudiciables plus tard dans la vie (trajectoire sociale), et ces expositions influencent les résultats de santé qui peuvent ne pas se manifester pendant des années (modèle de latence) (Seabrook et Avison, 2012 ; Kolossvary et al., 2023). Les variables randomisées (aléatoires) telles que l'âge, le sexe, l'ethnie et le handicap souvent omises dans les estimations peuvent avoir un effet significatif sur la trajectoire sociale.

Les interventions ciblées sur les déterminants à la réduction des inégalités sociales se heurtent, de plus en plus à plusieurs difficultés d'ordre politique. La question demeure donc, de savoir, si les politiques mises en place contribuent à des interventions raisonnables visant les déterminants socioéconomiques et améliorant les conditions de vie et la santé des populations.

L'accès aux soins est souvent perçu comme étant principalement un attribut des services de santé et des ressources et est déterminé par l'offre et la demande des services (Levesque, Harris, Russel, 2013). Cette perception découle du fait que ce sont les facteurs pouvant faire l'objet des politiques publiques et des aspects organisationnels qui doivent être ciblés pour améliorer l'accès aux soins. Étant donné que les inégalités de soins sont un excellent exemple de risque au cours de la vie.

L'accroissement des inégalités sociales et la prise de conscience que les déterminants socioéconomiques jouent un rôle prépondérant dans la construction des inégalités d'accès aux soins soulignent la nécessité d'intégrer les perspectives centrées sur le patient dans les approches au niveau de la population et du système de santé. L'aspect saillant des inégalités de soins et de sa relation avec les déterminants socioéconomiques est l'estimation des chances qu'un individu donné subisse des difficultés ou des facilités d'accéder aux services appropriés aux besoins de soins. Il s'agit d'un défi important, car les différents groupes peuvent juger différemment l'accès aux soins, de son adéquation et de sa qualité (Pons et al. 2004). Ils considèrent l'accès aux soins comme une relation fonctionnelle entre la population et les ressources médicales et reflétant l'existence différentielle, soit d'obstacle, d'entraves et de difficultés, soit des facteurs qui facilitent la vie des bénéficiaires de soins. L'influence des déterminants sociaux sur la santé est appelée causalité sociale, cependant, l'impact de la santé sur les déterminants, (la voie de causalité inverse) n'est parfois pas évidente (Levesque, Harris, Russel, 2013).

Une vision globale de l'accès aux soins se doit d'être inclusive, considérant les déterminants sociaux pertinents qui peuvent exercer une influence sur l'accès aux soins dans une perspective à plusieurs niveaux, où des facteurs liés aux institutions, aux politiques publiques et aux populations sont pris en compte. Si la plupart des auteurs reconnaissent l'influence des systèmes de santé et des ressources de soins, beaucoup mettent d'avantage l'accent sur les caractéristiques des utilisateurs de soins. Plusieurs cadres de déterminants de l'accès aux services de soins ont été proposés et ils s'identifient à d'importantes variables individuelles, communautaire, organisationnelle et politique. Des auteurs comme (Kolossvary et al., 2023 ; Levesque et al., 2013 ; Seabrook et Avison, 2012 ; Blouin et al., 2009) insistent sur l'importance de la dimension des déterminants socioéconomiques de la santé.

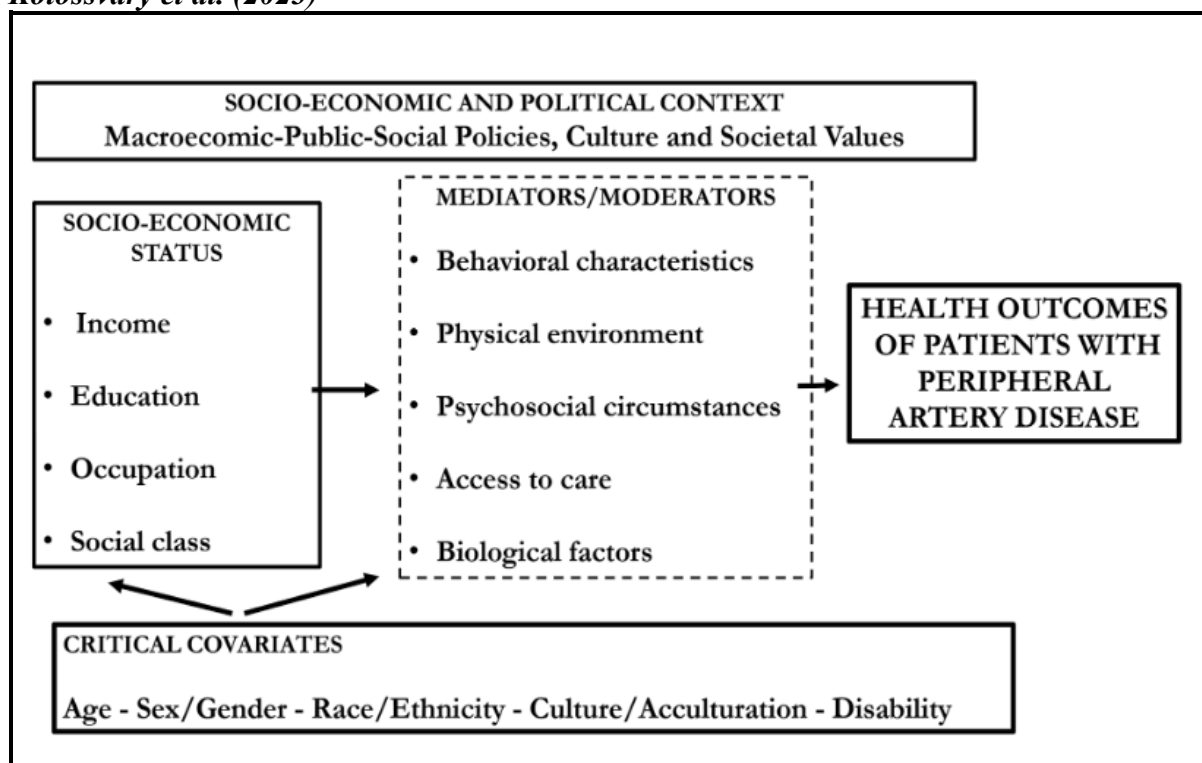
1.1.1. Le cadre conceptuel des déterminants de la santé de Kolossvary et al. (2023)

L'accès aux soins représente probablement un domaine important dans lequel on peut s'attendre à ce que les déterminants sociaux entraînent un changement bénéfique et significatif. Partant de ce constat, les auteurs explorent le rôle des déterminants socioéconomiques dans la prise en charge et d'élucider la manière dont les interventions peuvent être mises en œuvre pour améliorer le niveau de vie et la santé des populations. Il s'agit d'un mécanisme qui se dessine, apparaissant à toutes les étapes du processus d'utilisations des soins. Le poids relatif de chaque déterminant dépendra de l'aspect analysé et du contexte particulier des individus et des

communautés. Des auteurs, dont Dahlgren et Whitehead (1991) ont classé les déterminants en facteurs de risques. On y trouve une analyse approfondie des schémas de déterminants sur les risques de santé et une perspective de promotion de la santé pour réduire les inégalités de santé.

Les déterminants socioéconomiques sont considérés comme des facteurs sociaux, économiques, biologiques et individuels que l'on peut associer à un état de santé global ou encore à un état de santé particulier (Kolossvary et al., 2023). Dans une telle conception, les auteurs explorent dans quelle mesure les déterminants sont multiformes dans la maladie et comment ils sont associés à son apparition et sa prise en charge. Cette approche nécessite des interventions efficaces concentrées sur l'ensemble du système plutôt que sur des composantes individuelles afin d'améliorer l'état de santé et réduire les inégalités sociales dans son ensemble. Cette action ne se limite pas aux gouvernants ou aux populations mais qui implique une collaboration sociétale beaucoup plus large (Wilsford, 1994). Pour réussir cela, une large collaboration des parties prenantes serait essentielle. En effet, les déterminants socioéconomiques de la santé sont des composantes de la vie en société qui impactent significativement la santé des individus et des populations, les exposant aux risques de vulnérabilité, de morbidité et de maladie ou les en protégeant (voir figure 5 ci-après).

Figure 4 : Le cadre conceptuel des déterminants socioéconomiques de la santé par Kolossvary et al. (2023)



Source : Kolossvary et al. (2023)

Ce cadre d'analyse assimile l'accès aux services de soins à des facteurs liés aux conditions de vie, d'apprentissage, de travail qui influencent un large éventail de risques liés à la santé et à la qualité de vie. Dans cette optique, les caractéristiques socioéconomiques se rapportent à un concept de revenu, de niveau d'éducation et d'emploi pour l'individu. Ces déterminants de la santé exercent leurs effets par le biais de divers « médiateurs/modérateurs » qui comprennent notamment des aspects comportementaux, l'environnement physique, l'accès aux soins de santé et enfin, des facteurs biologiques dans la singularité du corps d'un individu. Par ailleurs, les facteurs sociodémographiques, tels que l'âge, le sexe, l'ethnie, la culture et le handicap peuvent avoir un effet modificateur et significatif sur la santé de la population.

Les différentes catégories de déterminants peuvent s'imbriquer les unes aux autres, affectant la santé des individus, des familles, des communautés et des groupes sociaux, construisant donc des rapports sociaux inégalitaires ou des inégalités sociales de santé, creusant ainsi des inégalités d'état de santé entre les individus ou entre les populations. Par exemple, les conditions de logement insalubres peuvent exposer à la pollution, favorisant les maladies. Les auteurs soutiennent que les déterminants ne fonctionnent pas de manière isolée, mais interagissent pour influencer l'état de santé des individus et des populations, comme le montre le tableau ci-dessous. Ce tableau décrit les caractéristiques des médiateurs et modérateurs (habitudes de vie et comportements, environnement naturel et territoire, conditions psychosociales, accès aux soins de santé, facteurs biologiques).

Tableau 2 : Description de différents médiateurs/modérateurs des déterminants socioéconomiques de la santé par Kolossvary et al. (2023)

Médiateurs/Modérateurs	Caractéristiques
Habitudes de vie et comportements	Les habitudes et comportements sont liés à la nutrition et alimentation, au mode de vie actif, au tabagisme, à la consommation d'alcool, de drogue, à l'hygiène et soins, aux comportements sécuritaires.
Environnement naturel/Territoire	L'environnement fait référence aux facteurs climatiques, aux contaminants (air, eau, sol), aux conditions de logement, à l'enclavement, à l'aménagement urbain et rural, à l'habitation, aux lieux de travail et de loisirs, aux établissements publics, aux niveaux de risque de sinistres, aux infrastructures de transport, aux infrastructures de communication.
Conditions psychosociales	Les conditions psychosociales sont liées au bien être, du développement de l'enfance, de l'intégration sociale, à la structure familiale, soutien social et affectif, au désespoir, à l'anxiété, au stress, à la solitude.
Accès aux soins de santé	L'accès aux soins dénote l'adéquation et l'accessibilité aux services de soins de santé. Cette dimension se rapporte à des facteurs tels que le couverture maladie, la disponibilité des professionnels de santé, technologie et mode d'intervention, connaissance et innovation, accessibilité géographique.
Facteurs biologiques	Les facteurs biologiques sont liés aux particularités génétiques, à l'imprégnation biologique, au statut immunitaire.

1.1.2. Une approche des déterminants de la santé axée sur les patients

Kolossvary et al. (2023) analysent la performance des déterminants socioéconomiques de la santé centrés sur les patients atteints de la maladie artérielle périphérique. Les auteurs posent un problème analytique de savoir comment aborder les diverses interactions entre les différents déterminants socioéconomiques sans oublier les caractéristiques biologiques et génétiques. Ils soulignent également que les inégalités sociales de santé sont un excellent exemple de risque auxquelles les patients sont exposés au cours de la vie. Bien qu'ils ne spécifient pas distinctement leur contexte d'étude, les auteurs adaptent leur analyse tant dans le contexte des pays développés que celui des pays en développement. En effet, ils arrivent à une conclusion que bon nombre d'études précédentes sur la question : il faut déployer davantage des interventions raisonnables sur les déterminants socioéconomiques. Cette entreprise nécessite une attention au contexte social, une approche systémique, une réflexion à plusieurs niveaux et une alliance plus large qui s'étend davantage de parties prenantes en dehors de la sphère médicale (Kolossvary et al., 2023).

Premièrement, démontrant que l'intervention sur les déterminants socioéconomiques de la santé est un processus plus complexe, les auteurs préconisent une focalisation sur les caractéristiques des patients. Ils appellent à identifier et à préciser de façon plus large les facteurs de la demande et de l'offre qui peuvent être conceptualisés au niveau individuel, interpersonnel (famille, soignants, communauté, société) et contextuel, ayant un effet modificateur et significatif sur la santé des patients. Ce cadre d'analyse met en lumière, l'effet structurel des déterminants de la santé dans le processus d'accès aux soins de santé et la prise en charge du patient. Outre les caractéristiques individuelles et interpersonnelles, le système de santé ainsi que le déficit de sensibilisation ou le manque d'information peuvent constituer un obstacle important à l'accès aux soins et à la prise en charge.

Deuxièmement, Kolossvary et al. (2023) conceptualisent un cadre d'analyse de l'accès aux soins et de la prise en charge, en le rendant opérationnel pour identifier les facteurs qui influencent l'accès aux soins. Ce processus réel de recherche de soins nécessite des interventions efficaces sur les déterminants socioéconomiques afin de réduire les inégalités sociales. Une telle démarche permettrait d'améliorer l'accès aux soins tant au niveau de l'offre qu'au niveau de la demande. Il faut se concentrer sur l'ensemble du système, plutôt que sur des composantes individuelles (Carey et Crammond, 2015). Cette approche systématique est plus

pertinente car elle permet d'agir de façon plus inclusive sur l'accès aux soins et la prise en charge du patient.

1.1.3. Contribution et limite du cadre conceptuel de Kolossvary et al. (2023)

Cette étude met en exergue des déterminants socioéconomiques les plus saillants de la santé, intégrant des dimensions structurelles dans un processus vaste et complexe. Plusieurs défis méthodologiques ont été relevés. Dans le processus de l'accès aux soins de santé ou de l'utilisation des services de santé, il conviendrait désormais de poursuivre les recherches, non seulement au niveau des soins en aval, mais aussi au niveau des soins en amont pour lesquels le contexte social doit être inévitablement pris en compte.

L'association entre le contexte socioéconomique et les inégalités de santé, nous conforte dans l'analyse systémique de la demande et de l'offre de soins, qui entretiennent une véritable connexion. Bien que l'approche se focalise sur le patient, à travers le questionnement sur les déterminants structurels, cette étude permet d'adhérer une démarche plus inclusive de l'accès aux soins de santé.

Les facteurs pris en compte dans ce cadre d'analyse à travers ses dimensions structurelles permettent d'envisager des interventions plus appropriées afin de réduire les inégalités dans l'accès aux ressources et d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la prise en charge des patients. En effet, ce cadre offre la possibilité de percevoir que les inégalités en santé, en amont se situent aux niveaux économique, sociale et politique, influençant la santé publique. Cela permettrait de mieux orienter la conception des politiques publiques, en agissant sur les failles existantes tant du côté des populations que du côté de l'offre de soins.

L'avantage de ce cadre pour notre étude, est qu'elle se positionne dans une approche systémique et inclusive, nécessaire pour des interventions efficaces sur les déterminants socioéconomiques afin de réduire les inégalités sociales de santé qui est l'un de nos objectifs dans cette thèse. En outre, cette approche offre la possibilité d'examiner les rapports aux besoins socioéconomiques et de santé ainsi que les effets qui se manifestent à travers plusieurs caractéristiques liées. Cette méthode d'analyse est d'ailleurs prise en compte dans certaines études sur les inégalités sociales de santé (Brown et Zavestoski, 2004 ; Short et Mollborn, 2015 ; Demsas et al., 2022).

Globalement, ce cadre d'analyse permet d'identifier les différents facteurs dans la sphère socioéconomique ayant un impact potentiellement important sur les résultats en matière de santé. Cependant, il faut noter que certains dysfonctionnement économiques et politiques rencontrés dans bon nombre de pays en développement entravent les performances dans le domaine de la santé, et en conséquence aggravent les inégalités sociales de santé

L'origine de ces dysfonctionnements peut être différent d'un contexte à un autre, d'un groupe social à un autre. Surmonter ces difficultés pour les différents groupes sociaux nécessite une analyse approfondie, en considérant d'autres catégories de déterminants socioéconomiques afin d'offrir des réponses appropriées selon le contexte. Mieux, nous estimons que la rigidité de la structure de la prise de décision politique représente un défi majeur pour la mise en œuvre des politiques basées sur les spécificités socioéconomiques. Ce défi repose sur un processus réel incluant les différentes étapes au croisement des dimensions de l'offre et de la demande à franchir pour réellement recevoir des soins nécessaires (Levesque et al., 2013).

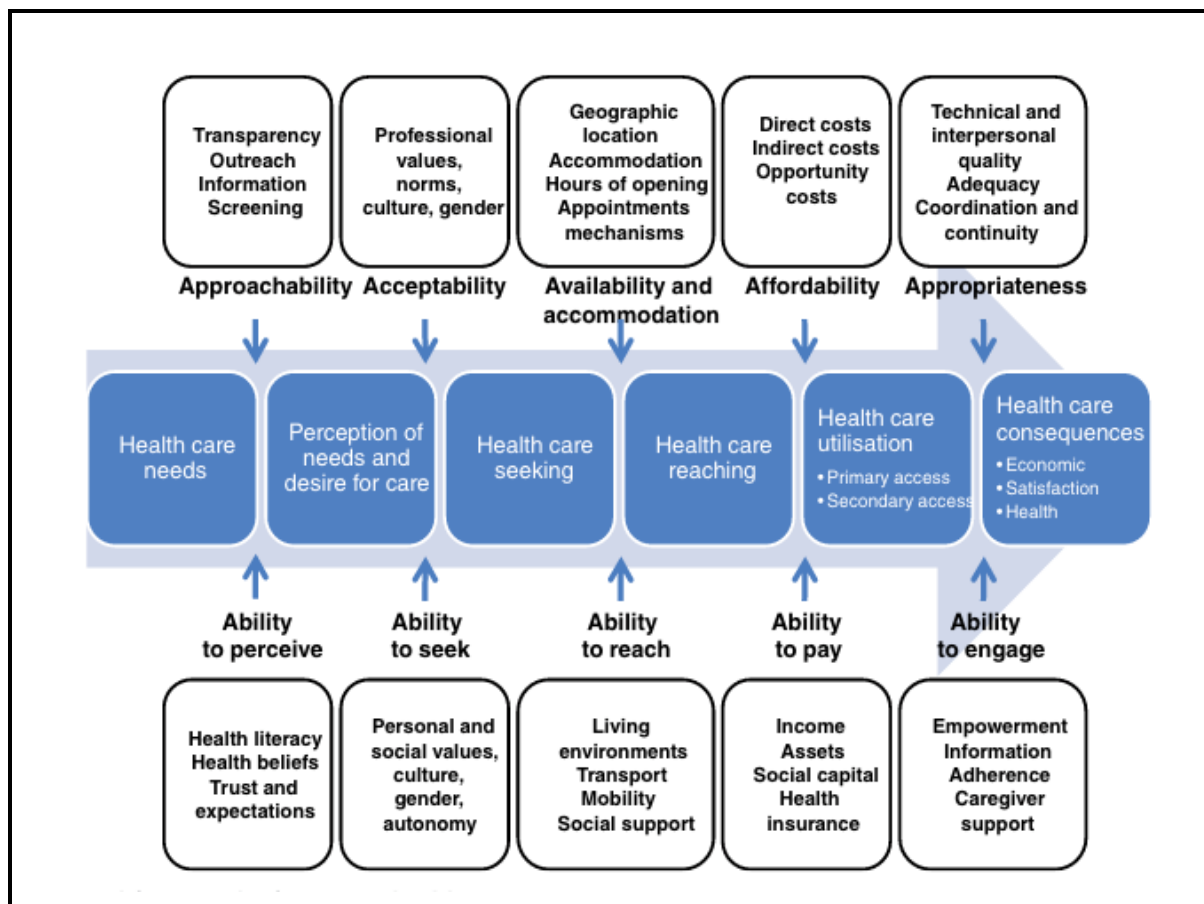
1.1.4. L'approche multidimensionnelle de Levesque, Harris et Russel (2013)

Partant d'une synthèse de la littérature sur les déterminants de la santé, les auteurs proposent une conceptualisation de l'accès aux soins de santé, décrivant les grandes dimensions qui intègrent les facteurs liés à la demande et à l'offre. Cette approche constructive favorise une opérationnalisation progressive de l'accès aux soins, allant jusqu'à l'étape d'utilisation des des soins. Ils considèrent l'accès aux soins comme la possibilité d'atteindre et d'obtenir des services de soins de santé appropriés dans des situations où l'on perçoit les besoins de soins. Par ailleurs, Penchansky et Thomas, (1981) définissent l'accès aux soins comme le résultat de l'interface entre les caractéristiques des personnes, des ménages, des environnements sociaux et physiques, ainsi que les caractéristiques des systèmes de santé. Les facteurs à prendre en compte peuvent donc concerner les caractéristiques des systèmes et organisations de santé du côté de l'offre, les caractéristiques des populations du côté de la demande et les facteurs du processus décrivant la manière dont l'accès et les soins sont réalisés, soutiennent Daniel et Gragnon (2010). Ces différentes étapes de la séquence vécue par un patient représentent notamment des transitions cruciales, où les inégalités sociales de santé sont révélées.

Pour certains auteurs, dans un cadre général, l'influence des caractéristiques de l'individu, des prestataires et les infrastructures de santé influencent l'utilisation des services, agissant comme un facteur médiateur entre la capacité à produire des services et la capacité de

se faire soigner (Frenk (1992) et Donabedian (1973). Cela est conforme aux notions de facteurs prédisposant à l'utilisation des services de soins, comprenant la perception de la maladie par l'individu, les moyens dont il dispose ainsi que les facteurs liés au système de santé, comprenant les ressources, les structures, les institutions et les réglementations par lesquelles les services de santé sont fournis (OMS, 2012). Ainsi, la figure 5 représente les déterminants de la santé qui génèrent l'offre et la demande de soins de santé.

Figure 5 : Description des dimensions de l'accès aux soins par Levesque et al., 2013



Source : Levesque et al. (2013)

Ce cadre illustre les cinq dimensions de l'accessibilité (offre) et les cinq dimensions de la capacité du patient de se faire soigner (demande) et positionne le concept d'utilisation de soins comme un accès réalisé. Dans ce cadre conceptuel, l'utilisation des soins devient effective à la fin du processus, après plusieurs étapes préalables vécues par le patient.

Les dimensions de l'accessibilité comprennent l'accessibilité aux moyens, l'acceptabilité, la disponibilité des ressources, l'accessibilité financière et la pertinence des soins (offre). Ces dimensions interagissent en complémentarité avec celles de la capacité du

patient de se faire soigner (volet demande) à savoir : la capacité à percevoir le besoin de soins de santé, la capacité à rechercher les services de soins, la capacité à atteindre les services de soins, la capacité à payer les soins, la capacité à s'engager à se soigner. En complément de la notion d'accessibilité des services de soins, la notion de capacité à se soigner parmi les populations est cruciale et peut être déterminée par des facteurs « médiateurs/modérateurs », tels que la littératie en matière de santé et les croyances culturelles ou religieuses liées à la santé et à la maladie (Kolossvary et al., 2023). Il s'agit de veiller à ce que les soins répondent aux besoins des différentes populations défavorisées sur le plan socioéconomique et vulnérabilité. Ce cadre peut servir de base à une mesure opérationnelle plus solide des soins.

L'interdépendance entre les dimensions de l'accessibilité et les dimensions de la capacité du patient de se faire soigner aux différentes étapes de la séquence dans le processus, influence l'accès aux services, l'utilisation des soins et l'état de santé des individus et des populations.

Les différentes dimensions s'influencent mutuellement et peuvent agir à des moments différents au cours d'un épisode de maladie et de soins (Béland et al., 2002). Par exemple, le contexte géographique peut interagir avec l'accessibilité financière des transports pour influencer l'accès aux services de soins de santé. Par ailleurs, la possibilité d'utiliser des services de qualité inférieure peut être considérée comme une restriction de l'accès aux soins. En d'autres termes, l'accès aux soins de santé ne devrait pas reposer uniquement sur la disponibilité géographique et organisationnelle et sur le caractère abordable des soins mais il devrait englober la possibilité de choisir des services acceptables et abordables (Levesque et al., 2013). Ces auteurs ont tenté de présenter une synthèse de la littérature sur le concept d'accès aux soins, décrivant les caractéristiques réelles qui entourent les différents aspects liés aux capacités des patients à interagir avec les services de santé. Fournier et Haddad (1995) cette approche est prise en compte dans certaines études sur les facteurs associés à l'utilisation des soins dans les pays en développement. Frenk (1992) considère que l'étude de l'accès aux soins se rapporte à des aspects similaires à l'étude de l'utilisation des soins de santé.

La définition de l'accès aux soins par Levesque et al. (2013) permet en amont, d'identifier les besoins en matière de soins, de rechercher les services de soins, d'atteindre les ressources et d'utiliser les services de santé et de se voir effectivement proposer des services appropriés aux besoins de soins. Cette analyse systémique entretient une véritable connexion entre l'offre et la demande, facilitant d'envisager une opérationnalisation efficiente et effective

de l'accès aux soins de santé. Cependant, il faut noter les obstacles dans certains pays en développement où le contexte socioéconomique et politique font entrave à la performance du système de santé.

L'avantage de cette approche est qu'elle se positionne sur l'influence des déterminants socioéconomiques de la santé, ce qui appelle à mieux orienter les formulations des politiques publiques pouvant agir sur les failles existantes tant du côté des populations que du côté de l'offre de soins.

1.1.5. La complémentarité entre Levesque et al. (2013) et Kolossvary et al. (2023)

La connaissance de la santé définit comme la capacité d'un individu à accéder notamment aux informations relatives à la santé et à les appliquer afin de promouvoir et maintenir une bonne santé, représente un défi majeur. Cette connaissance peut impliquer le rôle des populations et des pouvoirs publics. L'aspect le plus étudié des inégalités de soins de santé et de ses relations avec les déterminants sociaux est l'estimation qu'un individu subisse des difficultés ou des facilités d'accéder aux soins de santé.

Compte tenu de la complexité des interventions basées sur les déterminants de la santé visant à réduire les inégalités, il est nécessaire de mener des recherches scientifiques plus rigoureuses avec de meilleurs critères et de prendre en compte les expériences et les perceptions des populations, comme en témoignent (Levesque et al. 2013 ; Kolossvary et al. 2023).

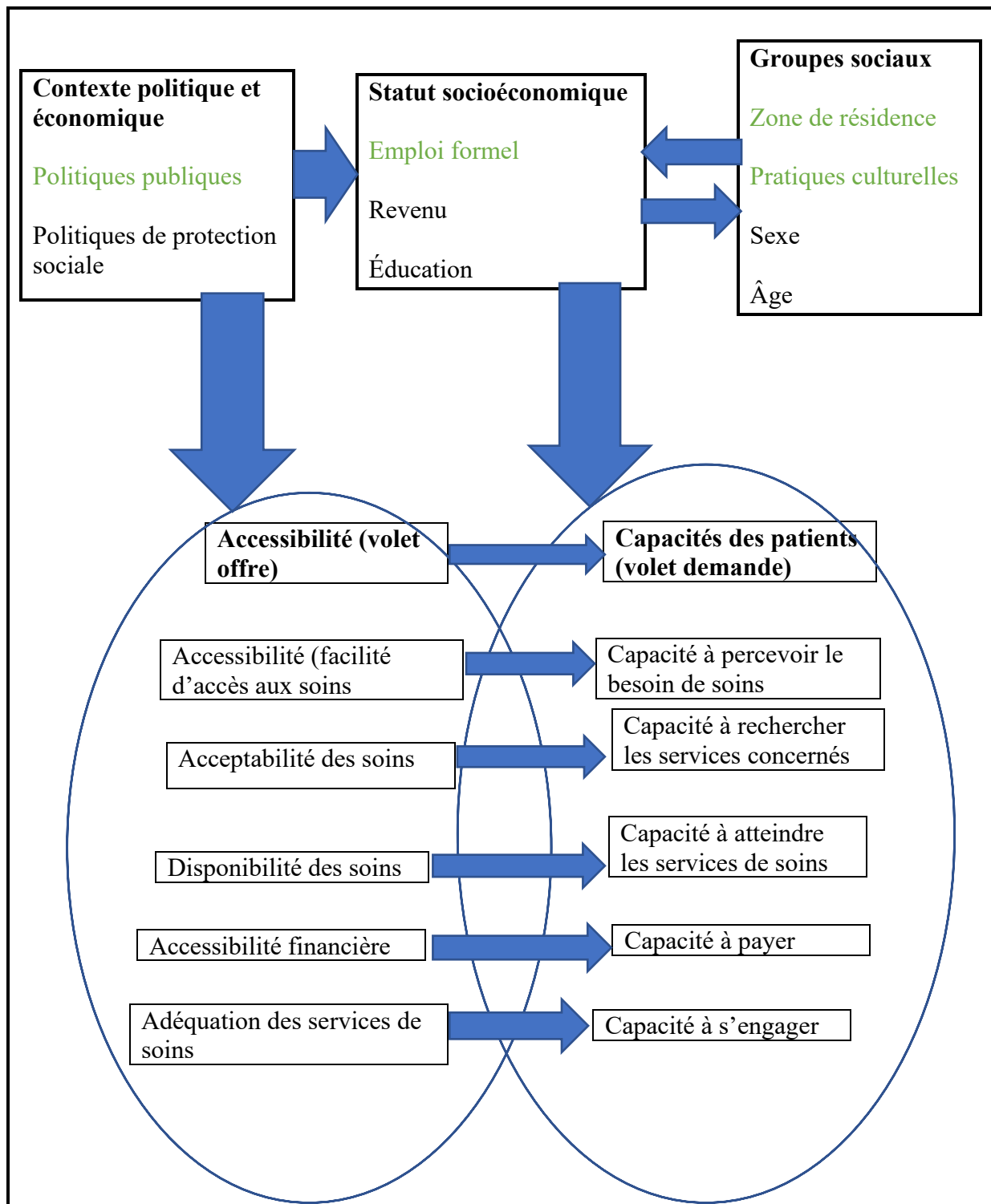
Levesque et al. (2013) porte l'analyse des déterminants de la santé sur l'accessibilité des services de santé qui génèrent l'accès aux soins. Les auteurs supposent l'existence d'un effet structurel des environnements physiques et sociaux, impactant sur l'utilisation des services de soins de santé. Ils illustrent des déterminants de l'accès aux soins relatifs aux systèmes de santé (offre), aux individus, aux ménages (demande) et aux zones de résidence (contexte). Cette conceptualisation permet d'apercevoir comment les cinq dimensions relatives aux systèmes de santé sont liées aux cinq dimensions de la capacité des patients susmentionnées plus haut. Par ailleurs, Kolossvary et al. (2023) trouvent essentiel de regarder en amont pour identifier les facteurs liés aux systèmes de santé et mettre en œuvre des mesures spécifiques et inclusives. De ce point de vue, ils analysent l'impact des déterminants socioéconomiques et sociodémographiques de la santé sur les patients atteints de maladie artérielle périphérique pour atténuer l'effet néfaste des inégalités sociales. En effet, un faible

niveau d'alphabétisation en matière de santé, lié à un âge plus élevé et, à un faible niveau d'éducation a été démontré dans les populations atteintes de cette maladie. Par ailleurs, ils considèrent que le statut socioéconomique du patient est principalement lié aux inégalités de soins de santé.

Le point saillant entre les deux cadres conceptuels est la nécessité de revoir le concept d'accès aux soins de santé afin de mieux intégrer les déterminants centrés sur le patient dans les approches au niveau des populations et du système de santé. Ce faisant, les auteurs soulignent des facteurs affectant la santé dans le cadre de vie. Les composantes de la vie en société influencent la santé des individus, des populations, les exposant aux risques de morbidité, de vulnérabilité et de maladies ou en les protégeant.

Nous proposons un cadre conceptuel complémentaire des déterminants socioéconomiques de la santé (figure 6). Nous y ajoutons en vert des éléments afin de l'enrichir pour son adaptation au contexte socioéconomique des pays en développement.

Figure 6 : Complémentarité de déterminants de la santé adaptée au contexte des pays africains



Source : Auteur, à partir de Kolossvary et al. (2023) ; Levesque et al. (2013)

1.1.6. Défis analytiques sur les déterminants de la santé en Afrique subsaharienne

La question des déterminants de la santé a connu un regain d'intérêt avec la publication successive des travaux de recherche, passant de l'économie des soins de santé à la distribution, résultant des structures sociales, économiques, environnementales et politiques. Le problème analytique est de savoir comment aborder les diverses interactions entre les différents déterminants sociaux, en tenant compte des variables spécifiques liées au contexte social.

Au-delà du modèle médical, demeurent ouvertes les interrogations sur les inégalités et les mutations socioéconomiques et politiques. Le changement de paradigme est souvent soutenu par la reconnaissance croissante par les pouvoirs publics l'accroissement des inégalités sociales de santé et par leurs engagements affichés à s'attaquer à ces causes sous-jacentes de la mauvaise santé, auxquelles les politiques de réduction des inégalités doivent s'intéresser, comme le soulignent Ataguba et Ichoku (2013). L'étude des inégalités sanitaires doit être recentrée sur les déterminants de la santé, tenant en compte les valeurs culturelles, ce faisant, elle doit approfondir les raisons de ces inégalités structurellement ancrées qui donnent lieu à des inégalités dans les résultats de soins et d'état de santé.

La plupart des travaux sur les inégalités sociales de santé partent du principe que les déterminants socioéconomiques (revenu, éducation, statut social) et les systèmes de santé constituent le problème de santé, comme mentionné ci-dessus par Kolossvary et al., 2023 ; Levesque et al., 2013). Navarro (2007), quant à lui, met l'accent sur la classe sociale et le pouvoir. Nous soutenons à notre tour que le statut socioéconomique est une mesure particulièrement utile de l'inégalité sociale pour la recherche en économie de la santé et le développement durable mais, dans un contexte africain, il faut adopter une position plus multiculturelle. Les sociétés africaines ont subi des transformations historiques qui ont créé un dualisme dans lequel le système de santé dominé par l'argent coexiste avec des systèmes de soins traditionnels dans une économie de subsistance informelle. Si un grand nombre des déterminants de la santé peuvent être universels, d'autres sont plus spécifiques. L'équilibre entre le système moderne et le système traditionnel varie d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, voire d'un groupe ethnique à l'autre.

Selon Ataguba et Ichoku (2013), les facteurs historiques et de mode de gouvernance postcoloniale ont contribué à façonner les inégalités socioéconomiques et sanitaires actuelles en Afrique subsaharienne. Les auteurs considèrent que les styles spécifiques de différentes

autorités ont créé des politiques de santé fondamentalement différentes notamment avec des implications sur les inégalités sociales et sur le niveau de vie des populations. La recherche sur les inégalités ne se limite pas aux facteurs sociaux ou économiques, elle peut également se concentrer sur les déterminants politiques, qui jouent un rôle crucial dans les inégalités.

L'histoire politique d'une nation peut avoir un impact significatif et persistant sur les résultats socioéconomiques. Elle peut, par ailleurs, être essentielle pour comprendre les performances économiques en général et les inégalités sociales de santé, en particulier. L'inadéquation des politiques de santé doit donc conduire à la nécessité d'envisager des approches plus larges et d'accepter des réformes et des ajustements nécessaires. Les échecs politiques successifs, les capacités de financements limitées peuvent se traduire par une absence de couverture santé légale pour la majorité des citoyens, des effectifs insuffisants de personnels de santé qualifiés et des coûts de soins élevés.

L'élargissement de l'approche des déterminants de la santé à des facteurs extérieurs au système de santé enrichit la pertinence de l'analyse des causes des inégalités d'accès aux soins. Cette analyse constituera un point important dans la prise en compte des déterminants de la santé. Il existe en outre des déterminants tenant au genre et à l'âge. Pour de nombreuses femmes en zone rurale, les services de soins de santé sont souvent inaccessibles ou de mauvaise qualité.

Par ailleurs, les dépenses de santé constituent un obstacle important à l'accès aux soins de santé, affectant notamment les plus démunis. Ces dépenses peuvent s'avérer catastrophiques pour les ménages à faible revenu. En effet, l'Etat, doit innover ses interventions en matière d'accès aux soins et améliorer le système de santé afin de relever les défis posés par les tendances socioéconomiques et politiques.

Les études sur les déterminants socioéconomiques de la santé révèlent des dynamiques qui obéissent à des spécificités culturelles et géographiques. Elles ne peuvent être comprises en s'arrêtant au seul gradient social, mais doivent être replacées au sein du cadre communautaire. Il convient donc de noter que les richesses dont disposent certains individus, ne trouvent pas toujours un écho dans leur état de santé. Du point de vue social et culturel, les ressources monétaires peuvent être affectées à tout autre chose qu'à la satisfaction des besoins de santé. Les valeurs culturelles peuvent être préjudiciables à la santé dans la mesure où elles priment sur l'acceptabilité des services modernes de soins. Une faible acceptabilité de soins de santé peut être corrélée à une faible capacité à les rechercher dans les structures de santé.

Replacer l'individu dans son contexte spatial et social permettra d'identifier les contraintes systémiques auxquelles il doit faire face et qui peuvent être à l'origine d'inégalités en santé.

Section 2 : Les déterminants sociaux de la santé au Sénégal basés sur le modèle OMS (2008) à partir de Pathway²¹

Un intérêt particulier est accordé au modèle de déterminants socioéconomiques. Cependant, peu sont les modèles concrets d'interventions appropriés au contexte des pays d'Afrique subsaharienne. Pour ce faire, nous nous intéressons au modèle d'intervention proposé par l'OMS à partir de Pathway, qui a été utilisé dans plusieurs études sur les déterminants socioéconomiques de la santé. La présentation de Pathway (figure 7) a suscité notre intérêt pour son caractère inclusive et opératoire au contexte sénégalais. L'OMS (2008), à partir de Pathway propose un cadre qui épouse la prise en compte du facteur emploi, enrichissant la concentration sur les facteurs extérieurs aux systèmes de santé.

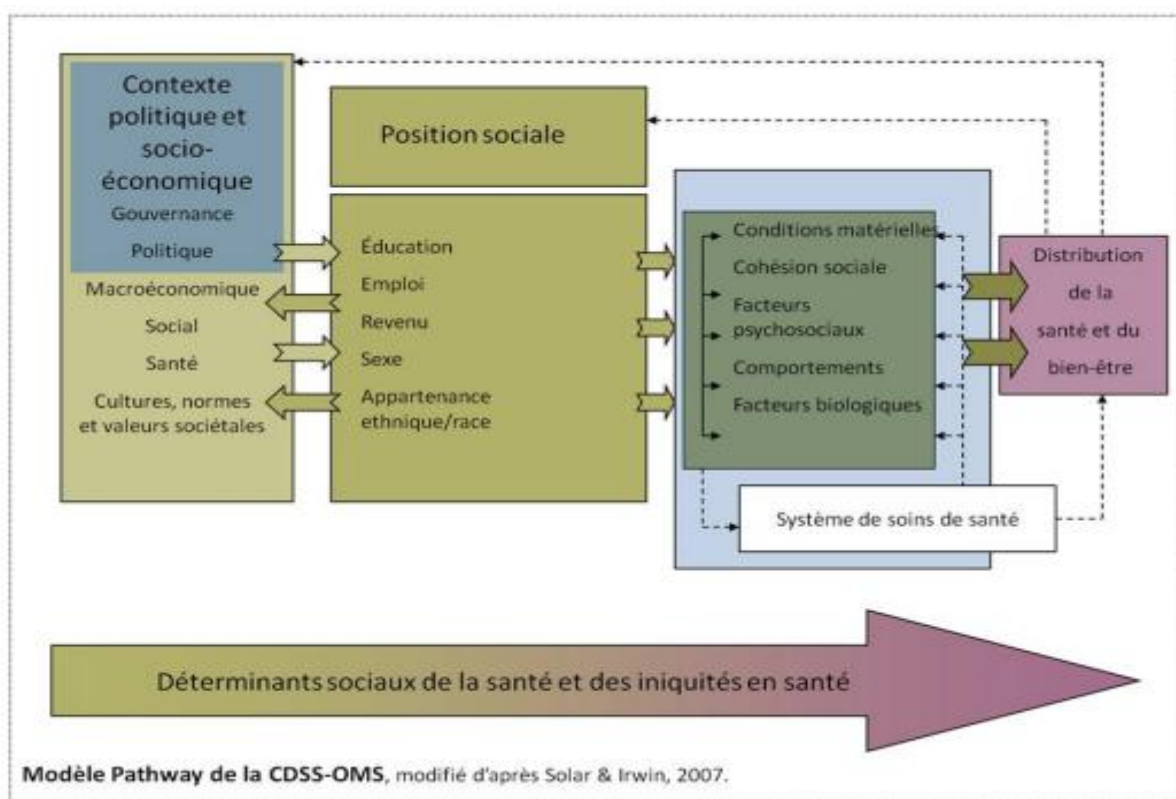
2.1. Le modèle Pathway sur les inégalités en matière de santé

La plus grande inégalité face à la couverture santé réside entre l'emploi formel qui se trouve institutionnellement protégé et un emploi informel non encadré. Au Sénégal, le développement du secteur informel constitue un enjeu politique, économique et social. Selon la banque mondiale, un niveau élevé d'informalité rime souvent avec de médiocres performances économiques. Les pays ayant un secteur informel important se caractérisent par un revenu par habitant plus faible, des écarts importants d'inégalités, des investissements moins nombreux, et sont plus éloignés de la réalisation des objectifs du développement durable (Banque mondiale). Globalement, le secteur informel comprend deux principaux composants : l'emploi non enregistré et les activités économiques souterraines, où les entreprises se soustraient délibérément aux régulations publiques, notamment fiscales. En termes d'emploi, plusieurs critères d'identification de l'activité informelle s'observent particulièrement par l'absence de couverture sociale et du contrat de travail. Les inégalités dans les conditions de travail jouent principalement sur l'accès à la couverture sanitaire.

²¹ Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (OMS). A l'instar du modèle de Dahlgren et de Whitehead (1991), ce modèle illustre que les déterminants sociaux de la santé s'organisent en déterminants structurels et en déterminants intermédiaires.

Les inégalités persistent, en dépit de la croissance économique enregistrée ces dernières années. Elles se multiplient entre les femmes et les hommes, entre les ménages et entre milieu rural et urbain. La population est clivée par rapport à la couverture maladie. Ainsi, les inégalités apparaissent au sein de chaque groupe avec notamment de réelles différences de droit.

Figure 7 : Cadre conceptuel des déterminants politiques et socioéconomiques



Source : OMS 2008

Le Sénégal reste fortement frappé par les crises économiques et sanitaires qui ont augmenté la pauvreté et le chômage. Les estimations récentes indiquent un taux de pauvreté de 37% (Banque mondiale). L'absence d'emplois formels permettant de disposer d'une protection sociale affaiblit le salariat et le développement du capital humain.

Les inégalités quant à l'état général de santé entre groupes sociaux sont marquées par des taux encore élevés de vulnérabilité et de mortalité générale et par une persistance des maladies non transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux. Plusieurs interventions sanitaires ont été mises en œuvre mais la pérennité des initiatives et le maintien des acquis garantissant la permanence de l'accès aux soins restent très insuffisants. En conséquence, le défi d'assurer l'équité en santé est beaucoup plus grand notamment dans

les zones déshéritées, habitées par des populations à faible revenu. Souvent ces populations bénéficient des services et des ressources limitées, des budgets financiers bornés et des ressources infrastructurelles insuffisantes. A cela s'ajoute une gestion inefficace et un manque de modèle de prestation des services adaptés aux besoins spécifiques.

Les inégalités en matière de santé demeurent un défi important, car les écarts persistent encore entre les individus, les groupes d'individus entre les zones urbaines et rurales. Parmi les aspects d'inégalité, plusieurs déterminants soutiennent des disparités dans la demande et l'offre des services de santé, liées à la fois aux situations socioéconomiques, au système de santé et à la distribution des soins. Nous examinons ces facteurs clés à travers les paragraphes suivants, reprenant certains déterminants politiques et socioéconomiques de Pathway adaptés au contexte sénégalais.

2.2. Politique et modèle économique

L'économie du Sénégal a connu de profondes transformations de modèle de développement économique depuis son indépendance en 1960. Dans les années 1980-1990, le pays a mis en place des politiques d'ajustement structurelles sous la pression des institutions internationales. En 1992, le Sénégal a mis en œuvre l'initiative de Bamako (1987). Celle-ci repose notamment sur le recouvrement des coûts des services de soins de santé. Les réformes de la décentralisation en 1996, marquent le transfert des compétences du secteur de la santé aux collectivités locales. Ensuite, la réforme hospitalière de 1998 accorde à ces dernières l'autonomie de gestion et le statut d'établissement public de santé. Cette transition successive a notamment été marquée par un retrait progressif de l'État dans le financement de la santé et par une dégradation de l'accessibilité et de la qualité des services de santé (Deville et al., 2018). Les services sanitaires devinrent payants par un système de paiement à coûts élevés notamment pour les plus démunis. L'ouvrage de Foley (2010) « your pocket is what cure you », s'intéresse aux inégalités engendrées par ces réformes à l'échelle périphérique. Ridde et Girard (2004) estiment que le critère d'efficacité économique a pris le dessus sur le critère d'équité sociale.

L'économie sénégalaise a connu de profondes transformations de son modèle de développement économique depuis son indépendance. Au cours des cinq dernières décennies, la dynamique macroéconomique de ce pays d'Afrique de l'Ouest est caractérisée par la récurrence des crises économiques. La crise des années 1980 fait suite aux conséquences du choc pétrolier, qui s'est traduit à une crise de la dette et une forte inflation, se traduisant par

une croissance économique très faible. Comme tous les pays de la sous-région, le Sénégal a également été fortement affecté par la crise de la dette à la fin de la décennie 1980. Le début des années 1990 est marquée par des tensions autour de la restructuration de la dette, des épisodes d'hyperinflation et la méga-dévaluation de la monnaie FCFA en 1994. Finalement les décennies 1980 et 1990 sont principalement marquées par des politiques de stabilisation et d'ajustement structurel, impactant fortement le système de santé et l'accès aux services de santé.

Le tournant des années 1980 et 1990 a été marqué par une faible industrialisation. Le faible niveau des infrastructures, en particulier les infrastructures d'énergie, de transport et de télécommunication constitue un frein majeur à l'émergence industrielle du Sénégal. Selon Totouom (2018), le faible niveau du capital humain, les difficultés d'accès au financement et la faiblesse de la taille du marché sont également mis en évidence comme entraves majeures à l'industrialisation du pays. L'objectif était d'adopter un modèle d'industrialisation visant à diversifier l'économie et de mieux résister aux chocs, afin de se doter de capacités productives qui permettent une croissance économique endogène, modèle consistant à produire localement les biens nécessaires pour satisfaire la demande intérieure, faire face au défi du chômage et de la pauvreté. Cette dynamique de production et du marché du travail n'a toujours pas produit ses fruits, particulièrement au niveau de l'industrie manufacturière et pharmaceutique, dépendant donc des importations.

Après la mise en place des politiques d'ouverture, de privatisation et de libéralisation des années 1970, leurs effets sur le marché du travail n'ont pas tardé à apparaître. En effet, dans un contexte d'importations massives principalement de biens manufacturés, les producteurs locaux ont subi de plein fouet les effets de l'ouverture commerciale, ce qui a provoqué d'une part le développement du secteur informel et d'autre part la faiblesse du salariat. En dépit d'importantes ressources minérales et de terres arables qui devraient servir d'intrants en industrie et d'éléments attractifs, le Sénégal peine à développer sa politique industrielle.

L'évolution de l'économie sénégalaise depuis le début des années 2000 avec l'arrivée du président Wade au pouvoir, se démarque de la période précédente par une croissance élevée. Celle-ci est tirée, en externe par le cycle haussier des prix des matières premières et de la forte demande de l'économie chinoise et, en interne, par la demande du marché intérieur (augmentation de la consommation, notamment en raison des remittances des émigrés sénégalais, estimées à 7% du PIB en 2005 et 11% en 2018).

À partir des années 2010, le taux de croissance s'élève jusqu'à 7% (6,4% et 7,4% en 2016 et 2017), un temps à peine positif. Une croissance à richesses déviées, qui ne garantit pas la réduction de la pauvreté et des inégalités. Dans les faits, les performances économiques ne se matérialisent pas par une création soutenue d'emplois. Le pays présente une architecture économique caractérisée par une tertiarisation extravertie. C'est-à-dire une économie de services, dominée par la distribution de produits importés, faisant, l'image d'une richesse qui ne rejaillit pas sur l'ensemble de l'économie. Du point de vue macroéconomique, ce modèle serait potentiellement limitant, du fait de son exogénéité. Il neutralise les incitations à l'innovation et à la production domestique.

Les politiques publiques concernant la protection sociale en 2007, élargies en 2013, et surtout les programmes de gratuité des soins pour les personnes vulnérables ont eu un effet positif pour une proportion de personnes jusque-là exclues du système de protection. Au titre des avancées, nous pouvons citer également la politique de valorisation du salaire minimum, les programmes de transferts comme la bourse de sécurité familiale, le débat sur l'égalité de traitement entre hommes et femmes. Au titre de recul, nous identifions l'accroissement des inégalités, ainsi que le chômage endémique, qui semblent être principalement la résultante des dysfonctionnements socioéconomiques. À cela s'ajoute la corruption, une règle de fonctionnement qui sape les normes et les pratiques administratives. Cette mollesse corrode la rationalité réglementaire et introduit la gabegie, la quête du pouvoir personnel dans le secteur public (Jacquemot, 1988). La défaillance administrative conduit au clientélisme et à la prise de position en fonction des critères de satisfaction personnelle, qui nuisent à l'efficacité des politiques en général et des politiques sociales en particulier, imposant une réduction des droits de l'immense majorité des sénégalais notamment en période de crise.

La crise engendrée à l'échelle mondiale par la pandémie de Covid 19 frappe de plein fouet une économie sénégalaise qui éprouve déjà de fortes vulnérabilités. L'effet d'encombrement des mesures de prophylaxie qui s'en est suivi a eu pour conséquence extrêmement néfaste à l'économie. La crise aura entraîné une contraction de l'économie qui va se répercuter sur les décisions budgétaires du gouvernement, des entreprises, des ménages et vraisemblablement sur les inégalités sanitaires. Au niveau global, l'économie sénégalaise dépend fortement des importations et des marchés extérieurs, tandis que le pays exporte des matières brutes dont les prix se sont effondrés à cause de la pandémie de Covid 19. Les effets négatifs du système de santé, l'insuffisance alimentaire et la perte de revenus pour les ménages

qui dépendent notamment de l'économie informelle aggravent les effets collatéraux des inégalités sociales de santé. Comme le soulignent, Niangaly et al. (2021), les conséquences de la pandémie de Covid 19 en Afrique sont négatives et marquées par un large recul de l'accès aux soins. Selon Posel et al. (2021), la crise a entraîné une forte dégradation des conditions économiques.

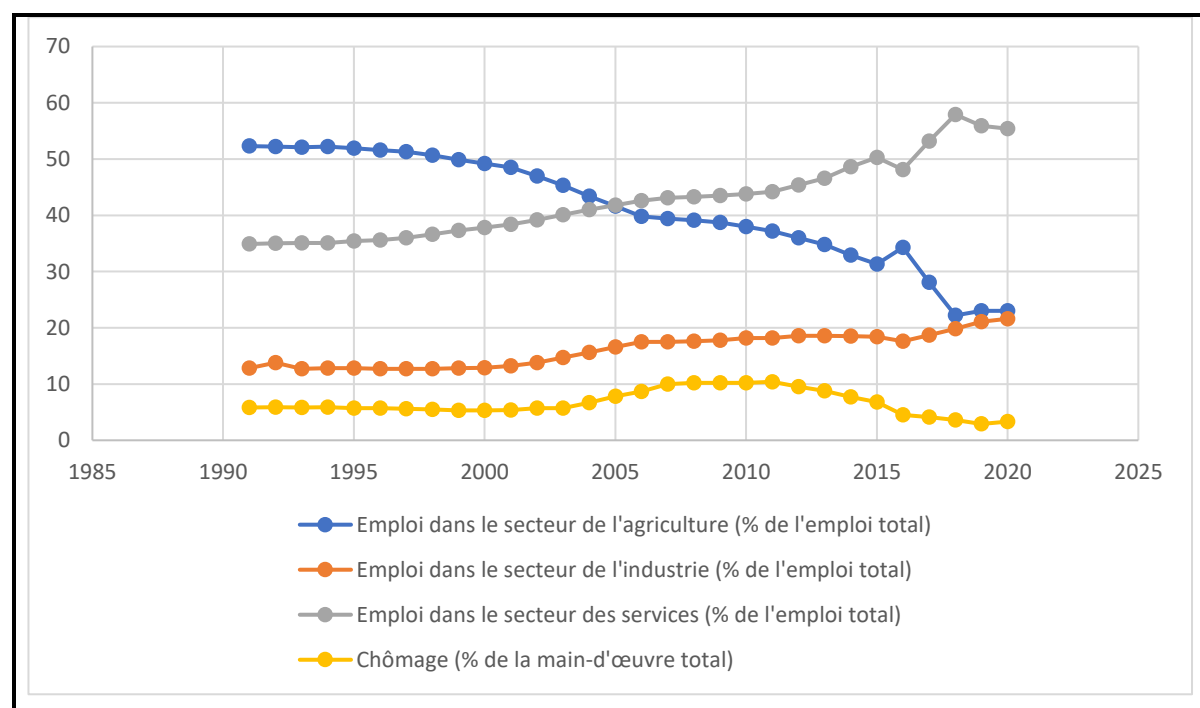
Le Sénégal fait face à d'important besoins pour financer les investissements publics indispensables pour l'industrialisation comme les investissements dans les infrastructures logistiques et productives durables, la technologie, la santé et l'éducation, tandis que le secteur privé éprouve des difficultés pour financer les investissements privés. La transformation agro-industrielle, ainsi que les investissements dans l'accès à l'eau potable, de l'énergie solaire représentent un point privilégié, parce qu'ils relierait les enjeux économiques et sanitaires. Le problème se pose tant au niveau de la mobilisation des ressources fiscales (situées au-dessous des 20% du PIB, OCDE, 2019) qu'au niveau de l'accès des entreprises et des ménages au financement, ce qui se manifeste par un important recours au financement externe. Le pays connaît un faible développement des marchés financiers, limitant de fait la capacité des banques à mobiliser l'épargne, en raison de la faible capacité d'épargne intérieure des agents économiques locaux. Les recettes fiscales étant généralement faibles, les marchés financiers locaux peu développés, l'État fait recours à l'endettement pour couvrir ses besoins de financements d'infrastructures. Ataguba et Ichoku (2013) assimilent ce système marchand à la montée des inégalités sociales en Afrique. La voix se fait de plus en plus forte en faveur d'un changement de paradigme pour une politique qui mette l'accent sur l'optimisation des potentiels fiscaux et des royalties. Cette vision tient compte de la nécessité d'élargir les investissements dans les secteurs productifs, pourvoyeurs d'emplois.

2.3. Emploi et dynamique du marché du travail

L'évolution du marché du travail se situe à la croisée des dynamiques économiques du pays, caractérisée par la prédominance du secteur informel, une faible productivité du travail, et des salaires relativement bas. L'agriculture, l'extraction minière et la pêche, le petit commerce sont les principales activités économiques du pays. Près de 20% de la population jeune est sans emploi, ce qui provoque le départ massif des jeunes à destination de la capitale ou de l'étranger.

Le premier constat d'ensemble est l'instabilité de la structure du marché du travail. Cette tendance apparaît moins surprenante d'autant plus qu'elle s'accompagne, d'une part, d'une conjoncture au niveau macroéconomique particulièrement heurtée (chômage accéléré, pluviométrie insuffisante ou irrégulière, chute de la production agricole, faible niveau d'industrialisation) et, d'autre part, l'orientation politique qui travaille la société sénégalaise. Malgré les progressions économiques notées à la fin des années 2010, la croissance économique du Sénégal comme dans la plupart des pays en développement, peut être qualifiée plutôt extravertie qu'endogène. C'est-à-dire, la productivité émane, en majorité des producteurs étrangers, telles que les entreprises extractives, les multinationales et industries étrangères implantées dans le pays. Certes, ces dernières contribuent à la création d'emplois principalement dans les services. A l'aune de nos observations, elles ne génèrent en effet que peu d'emplois formels face à une cohorte croissante de jeunes qui arrivent dans le marché du travail chaque année dont la majorité se reporte soit sur l'emploi informel soit sur le chômage. Sur une longue période le taux d'activité est de manière générale en croissance très lente. Il s'est stabilisé au-dessous de 60% depuis les années 1990. L'emploi dans le secteur agricole est en forte baisse tandis que les services présentent une tendance haussière. Une lecture plus fine du graphique 1 est riche d'enseignement, notamment à des niveaux structurels.

Graphique 1 : Emploi et chômage sur longue période au Sénégal



Source des données : Perspective monde

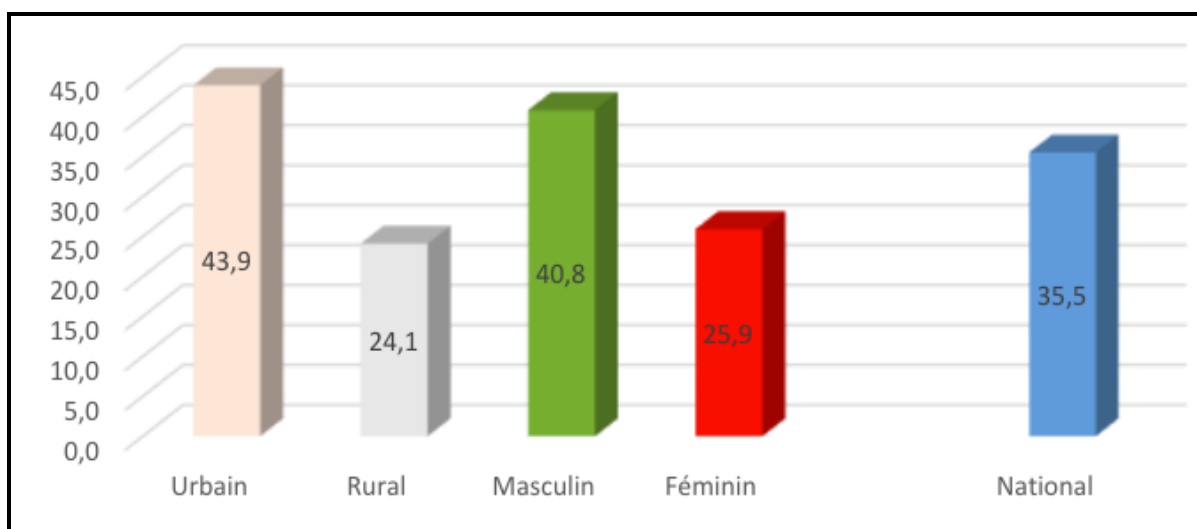
Pour certains, les opportunités se situent dans la création d'entreprise et l'auto-emploi au sein du secteur informel, regroupant un large ensemble d'activités, souvent exploitées individuellement. L'une des caractéristiques du travail informel est son hétérogénéité. Le secteur informel, présente des conditions précaires, allant du cadre du travail au cadre de vie, marquées donc par un fort niveau de vulnérabilité socioéconomique. La notion du travail informel est basée sur le respect des procédures juridiques et ne considère pas la configuration des activités économiques. La formalité permet de distinguer les obligations de conformité, tels que la tenue de comptabilité, l'acquittement des impôts ainsi que la protection sociale ou sanitaire. Le périmètre de ce diagnostic se limite, en principe, aux travailleurs et entreprises formelles. Pour l'ANSD, « le secteur informel est défini comme l'ensemble des unités de production non agricoles dépourvues du numéro d'identification nationale des entreprises et association ». Le paradoxe, est que ce secteur comprend des emplois informels, c'est-à-dire, des emplois salariés non protégés ou déclarés, au même titre de fragilité que les emplois exercés dans le secteur informel à compte propre (autonomes). Une étude sur les entreprises informelles en Afrique de l'Ouest souligne l'existence, au Sénégal, d'une variété d'entreprises de taille différente, qui regroupent différentes catégories de travailleurs informels (AFD et Banque mondiale, 2012). En période de crise, ils sont susceptibles d'être les premiers débauchés.

La majorité de la population est en effet active dans le secteur de l'agriculture, la pêche et le commerce, souvent exclue des régimes institutionnalisés de protection sociale ou ne bénéficie d'aucune couverture de santé. Un phénomène d'inégalités que l'on observe sur l'ensemble des trois décennies, malgré certaines avancées dans les politiques sociales de santé. Durant cette longue phase, nous assistons parallèlement à la hausse des inégalités géographiques et de genre.

Les caractéristiques sociodémographiques et structurelles liées au faible niveau d'instruction, à la formation, à l'âge et à la zone de résidence constituent souvent des obstacles importants à l'obtention d'un emploi ou à la création d'entreprise.

La figure 8 présente met en évidence les inégalités de salariat entre hommes et femmes et entre zones de résidence.

Figure 8 : Taux d'emploi salarié selon le milieu de résidence et le sexe au Sénégal



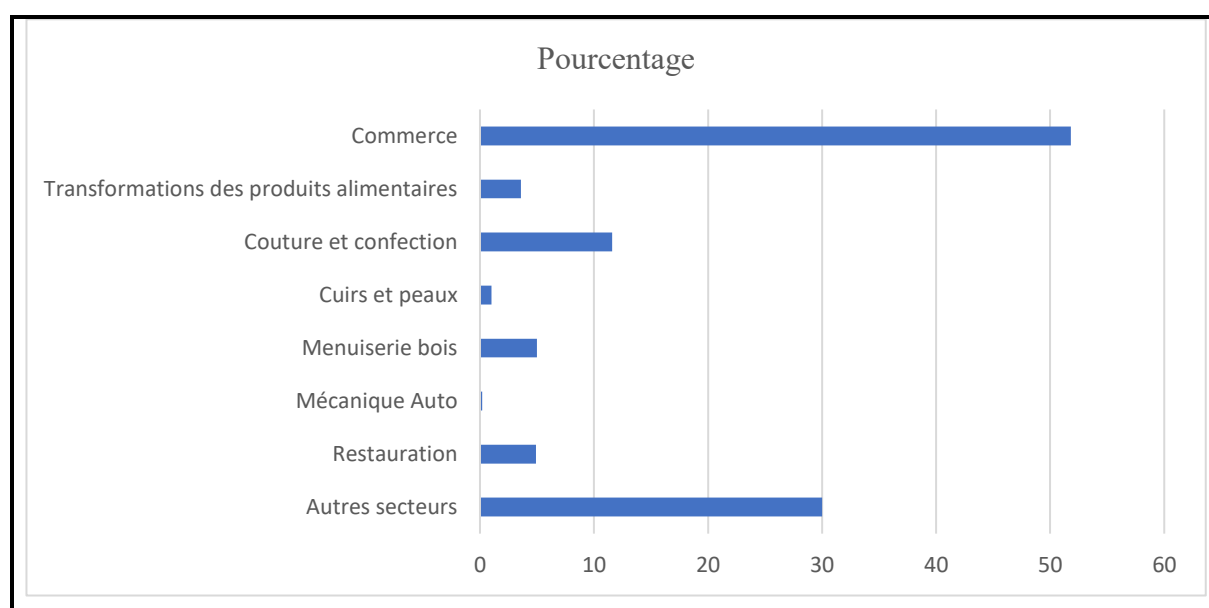
Source : Enquête de l'ANSD, 2019

Lorsque que l'on examine la période 2019, nous constatons que le taux d'emploi est de manière générale en croissance très lente. Concernant l'emploi salarié, plus du tiers de la population (35,5%) est salarié. Le taux d'emploi salarié des hommes est plus important que celui des femmes, soit un écart de 14,9% (40,8-25,9). Ces écarts sont encore plus expressifs entre le milieu urbain et rural, estimés à 19% (43,9-24,9).

Après une période de stagnation d'un demi-siècle, de 1960 (point de repère) à la fin des années 2010, l'informalité progresse très fortement. Cette hausse de l'emploi informel représente un mouvement concomitant de précarisation du marché du travail sénégalais, et apparaît comme facteur des inégalités sociales de santé les plus notables.

A l'échelle globale, certaines formes d'occupation informelles sont subies et non choisies, elles traduisent un phénomène d'exclusion d'une fraction importante de la population potentiellement active. Le graphique 2 présente les activités informelles, hors agriculture.

Graphique 2 : Unités économiques informelles, hors agriculture au Sénégal



Source des données : Bureau International du Travail (BIT) Sénégal, 2017

Les proportions d'unités informelles et la précarité augmentent de conserve. Il ressort de l'analyse du graphique 2 que le commerce représente plus de la moitié des activités informelles et influence les résultats de l'ensemble des unités du secteur informel. L'analyse montre une montée du travail informel, une sous-utilisation de la main-d'œuvre et un processus d'exclusion d'une importante partie de la population. Il importe de noter qu'une part importante de la main-d'œuvre en situation de sous-emploi, à priori plus flexible, peut être utilisée comme variable d'ajustement pour les grandes entreprises.

Il convient de souligner que les femmes et les jeunes les moins instruits sont les plus exposés à l'emploi dans le secteur informel. Le fort taux d'informalité parmi les femmes concerne principalement les secteurs du commerce, de la restauration et de la transformation de produits alimentaires. Les sous-secteurs de la couture et confection, de la menuiserie et de la mécanique sont dominés par les hommes. Le travail informel est présent dans toutes les branches de l'économie nationale et constitue un important pourvoyeur d'emplois précaires. Il est estimé à plus de 60% de l'emploi total non agricole (DPEE, 2019)²².

En somme, l'économie sénégalaise se caractérise par une forte présence du secteur informel, qui contribue à plus 40% du PIB (DPEE, 2019). La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle est donc la voie obligée pour faire du travail décent une

²² Direction de la Prévention et des études économiques (DPEE)

réalité pour tous et promouvoir un développement économique et social inclusif. Inciter à la formalisation de l'emploi renforcerait l'accès à un système de protection sociale élargi, améliorant la productivité et la performance des travailleurs et des entreprises dans la production de la richesse parce qu'on ne peut pas construire la prospérité dans le pays si la majorité du corps social est victime d'un certain nombre d'asymétries et de handicaps.

2.4. Agriculture et sécurité alimentaire

Le secteur primaire reste la pierre angulaire de la production des richesses. L'agriculture contribue à hauteur de 16% du PIB (Banque mondiale, 2024), dont la production céréalière demeure l'activité dominante. Parrot (1994) considère que la dynamique de la culture céréalière, qui contraste avec les maigres performances de l'ensemble des filières du secteur primaire a connu de forts impacts exogènes durant la phase de libéralisation. Notamment après la dévaluation du FCFA, monnaie utilisée dans 14 pays d'Afrique subsaharienne francophones ainsi que les Comores.

L'agriculture est au centre de tous les développements économiques, à la fois étant comme un facteur de multiplication des activités industrielles et productrice de matières premières pour l'industrie. Cette interaction reste très favorable à la création d'emplois et de marchés. Il importe donc d'adapter les budgets aux stratégies et aux politiques agricoles.

Selon Parrot (1994), le resserrement budgétaire s'est traduit, en effet, par la baisse continue de l'investissement public dans le secteur agricole depuis la crise des années 1980. Le désengagement de l'État a conduit à la libéralisation du secteur agricole par des mesures drastiques : l'encadrement du monde agricole cède la place à la vulgarisation des techniques de production, la privatisation des machines et des intrants. L'État se borne à rendre disponibles les équipements agricoles pour achats au comptant. Par ailleurs, le prix et les coûts les rendent inaccessibles pour la majorité des agriculteurs qui ne produisent pas assez d'aliments. Les populations font recours aux marchés pour s'acheter des produits alimentaires importés pour satisfaire leur propre besoin de consommation. Ce qui réduit considérablement les ressources financières et le pouvoir d'achat des ménages. Au-delà de la corvée d'approvisionnement alimentaire, l'indisponibilité financière peut réduire les capacités d'un individu à rechercher et à atteindre les services de soins de santé, aggravant ainsi les inégalités en matière de santé.

Les tentatives de l'industrialisation et la recherche d'une alternative à l'agriculture n'ont pas eu les effets escomptés. L'économie est alors stimulée à l'endettement et à l'aide publique au développement. Les échecs économiques ne cessent de détériorer la balance de paiement, à cause du renchérissement des biens d'importations et de la baisse des recettes d'exportation, ce qui est susceptible d'accroître considérablement la dette de l'État.

Le développement de l'agro-industrie, orientée vers des filières d'exportations permettrait de restaurer l'équilibre de la balance des paiements. Toutefois, les mesures d'ajustement basées sur le financement des programmes de production ne s'intègrent pas à une politique agricole ou en tant que dispositif stratégique cohérent susceptible d'articuler les stratégies par filières et les chaînes de valeurs associées. La part des cultures vivrières dans la consommation alimentaire est en baisse. La production céréalière est largement en deçà de l'objectif d'autosuffisance. Les contraintes de production affectent les populations à des fréquences différentes et selon la région. Elles peuvent notamment être liées à la position géographique.

La série de sécheresse ou une pluviométrie saisonnière contribue à limiter les cultures vivrières, affectant considérablement les récoltes. Ainsi, le faible niveau de production contribue à l'aggravation de la pauvreté, à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition souvent constatées dans les zones rurales et déshéritées.

La faiblesse de la productivité céréalière et les chocs exogènes ont contribué à la famine dans les années 1980 et en 2012 notamment au nord du pays, affectant principalement les ménages ruraux, les pauvres, étant les plus vulnérables à l'inflation ou à la dévaluation monétaire. Ces ménages subissent et font face à plusieurs chocs exogènes et manquent de financement pour développer leurs activités économiques. À cela s'ajoutent les aléas climatiques qui ont tendance à accélérer la dégradation des terres, contribuant également à la baisse des rendements agricoles. Le lien entre productivité et pauvreté doit être abordé dans les stratégies de transformations économiques, en tenant compte des spécificités notamment dans les zones rurales.

Une étude réalisée au Sénégal en 2017, analysant la répartition des chocs les plus graves révèle que les ménages agricoles font le plus souvent face aux pluies irrégulières, de la hausse des prix d'achats des intrants et du taux élevé des ravageurs de culture (insectes), (FAO, 2017).

Selon cette étude, la pauvreté est plus répandue en milieu rural (75%), touchant principalement les femmes rurales, qui représentent 70% de la main d'œuvre de la production vivrière. Le renforcement de leur productivité jouerait un rôle important dans le développement des zones rurales. Par exemple, le développement de marchés ruraux de produits vivriers capables de satisfaire les besoins de consommation, d'autant plus que les prix aux producteurs demeurent relativement faibles. Sachant que les prix des céréales importés sont fixés aux prix de leurs cours mondiaux.

L'insécurité alimentaire s'accroît souvent à la suite des crises économiques ou sanitaires (chocs pétroliers, fluctuation monétaire, endettement, crise de l'immobilier, crises épidémiques, difficultés d'approvisionnement en denrées alimentaires). Le Sénégal importe environ 70% des denrées alimentaires, (tableau 3).

Le graphique 3 montre comment la croissance économique a évolué sur une période de 20 ans (de 2000 à 2023), alors que le tableau 4 illustre l'évolution de l'inflation et du PIB de 2005 à 2022.

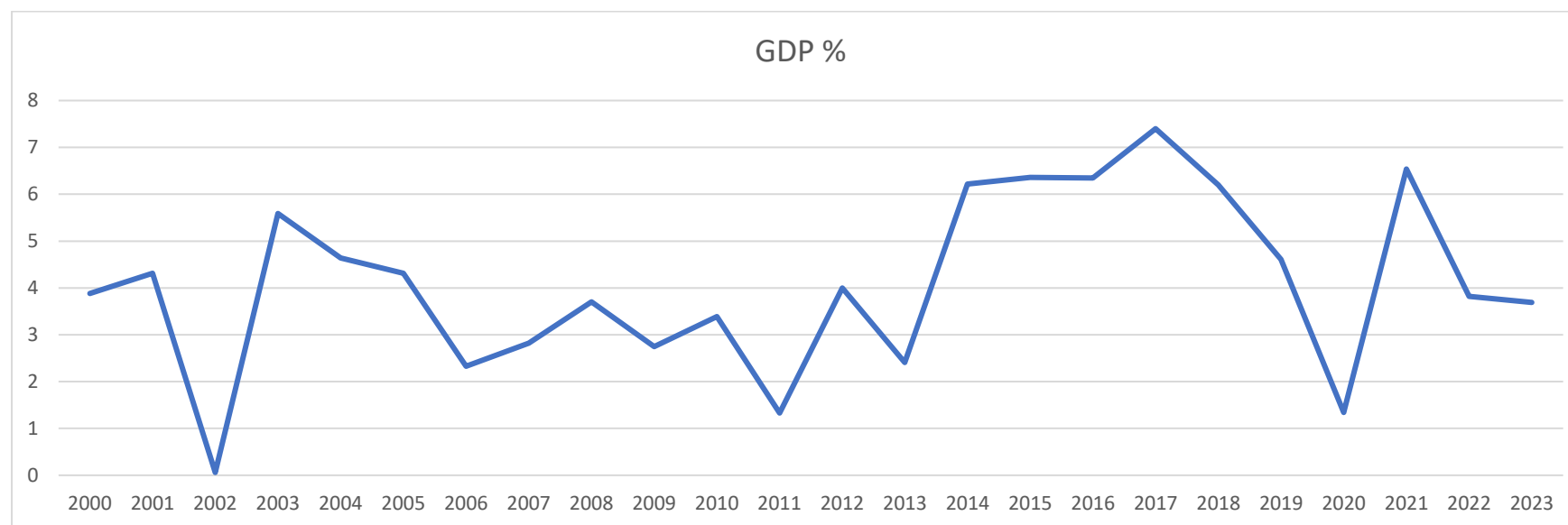
Tableau 3 : Évolution des exportations et importations des produits agricoles du Sénégal

	1990 - 1995					2000 -2005					2010 - 2015			
	Millions \$ US		%			Millions \$ US		%			Millions \$ US		%	
	1990	1995	Diff.	Diff.		2000	2005	Diff.	Diff.		2010	2015	Diff.	Diff.
<i>EXPOR.</i>	424	126	-298	- 70%		375	454	79	21%		586	869	283	48%
<i>IMPT</i>	371	424	53	14%		394	1041	647	164%		1144	1311	167	14%

Source : Calcul de l'auteur, à partir des données de Prospective monde

Note : Les données disponibles sont de 1980 à 2015.

Graphique 3 : Croissance annuelle du PIB du Sénégal



Source: World Bank database indicators

Tableau 4 : Évolution de l'inflation et PIB per capita au Sénégal

Nom de la Série	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inflation, prix à la consommation (croissance annuelle, %)	1,71	2,11	5,83	7,34	-2,2	1,22	3,40	1,41	0,71	-1,0	0,13	0,83	1,31	0,46	1,76	2,54	2,18	9,69
PIB par habitant (dollars constants de 2015)	1145	1142	1144	1155	1155	1163	1147	1160	1157	1196	1238	1281	1339	1384	1409	1391	1443	1460

Source: World Bank database indicators

2.5. La consommation et le pouvoir d'achat des ménages

La faiblesse de la productivité agricole a contribué au niveau élevé de pauvreté au Sénégal. La part de la productivité agricole dans la consommation alimentaire diminue régulièrement chez les ménages pauvres que chez les ménages riches (ANSD). Une nette augmentation de l'insécurité alimentaire s'observe notamment en milieu rural malgré les potentiels économiques considérables. Le faible niveau de productivité des cultures vivrières contribue à l'augmentation de la pauvreté dans les zones rurales. L'insuffisance alimentaire est souvent compensée par le recours aux marchés avec des revenus très limités pour satisfaire les besoins en alimentation. La baisse du pouvoir d'achat des consommateurs contribue au ralentissement de la production, en particulier, et de l'activité économique, en général. La pauvreté monétaire des ménages constitue également un écueil à la satisfaction des besoins essentiels de consommation. Lorsque les prix mondiaux s'envolent suite aux restrictions des principaux fournisseurs du marché sénégalais, les populations rurales comme les ménages urbains les plus vulnérables se trouvent très exposés à ces aléas économiques.

Le pays reste fortement dépendant des importations des produits céréaliers, principalement le riz et le blé qui tiennent une place importante dans la consommation alimentaire des populations. Un fardeau pesant pour les ménages vulnérables avec des ressources très insuffisantes pour recourir aux biens de consommation importés souvent de qualité inférieure. De telles corvées peuvent engendrer de l'indisponibilité financière, et par conséquent, des difficultés de satisfaire les besoins de santé, de les rechercher, de les atteindre et de les payer. L'accès aux soins tel que présenté par Kolossvary et al. (2023) peuvent se situer en amont du système de santé aux niveaux du modèle économique et sociopolitique du pays.

L'élaboration des plans économiques et de redressement est essentielle pour réduire les inégalités sociales de santé, en particulier dans le champ de la pauvreté monétaire. Le tableau 5 présente la répartition de revenus entre les groupes d'individus en ratio. Ce tableau nous permet d'évaluer les performances passées, en termes de réduction des inégalités de revenus entre les groupes sociaux. En effet, nos résultats révèlent que les inégalités monétaires continuent à évoluer et à creuser les inégalités. Ainsi, ce phénomène est observable sur les trois dernières décennies. Bien que les écarts de revenus persistent, nous constatons une chute progressive de la pauvreté monétaire entre 1991 et 2018 (30,5 – 14,2).

Tableau 5 : Inégalités de revenu au Sénégal

Sénégal	10% + Riches		50% + Pauvres		Ratio
	Valeurs	Moyenne	Valeurs	Moyenne	
1991	42,8	4,28	7	0,14	30,5
2001	33,4	3,34	10,3	0,206	16,2
2011	31	3,1	10,3	0,206	15
2018	30,8	3,08	10,8	0, 216	14,2

Source : Calcul de l’auteur, à partir de Prospective monde/<https://perspective.usherbrooke.ca>

Le revenu semble être le déterminant à l’origine de multiples inégalités. Il est l’expression claire du niveau de vie des individus et en détermine d’autres conditions de vie telles que le logement, l’accès aux biens matériels, de consommation et de loisirs. Le niveau de revenu, le lieu de résidence et le sexe déterminent les opportunités d’éducation et de formation en Afrique de l’Ouest (Akueson, 2015). Les ménages au bas de la distribution des revenus seraient les plus exposés à subir des inégalités multidimensionnelles. Ces inégalités sont souvent l’expression de différences en matière d’éducation et de travail, tant elles sont liées à l’accès aux soins de santé.

2.6. L’éducation et la formation

L’éducation et la formation restent le pivot du développement du capital humain, favorisant la prospérité économique et sociale, grâce à une main-d’œuvre qualifiée et compétitive. L’éducation favorise une meilleure santé publique. Elle influence les citoyens à adopter les bons réflexes en matière de santé et d’hygiène et à éviter des comportements à risque. Les comportements favorables à la santé sont une composante des résultats d’état de santé. En effet, l’éducation pour la santé contribue à éviter les risques de maladies, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Ce concept reprend les contours de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, centrés principalement sur les facteurs de risque.

La promotion de la santé représente un long processus politique et social qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les capacités et les aptitudes des citoyens mais également des mesures visant à changer leur situation socioéconomique et environnementale, de manière à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes (OMS, 1999). Ce concept s’inscrit dans une approche positive et globale de la santé, impliquant en termes d’actions, de mieux maîtriser les déterminants de la santé.

La formation du capital humain est un levier important pour améliorer les compétences et promouvoir le développement économique et industriel. Le capital humain influence significativement l'industrialisation avec des effets plus prononcés en Afrique de l'Ouest et de l'Est (Odey et Ushie, 2018). Au Sénégal, le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 56,30% (ANSD, 2021).

Malgré les progrès accomplis, il se pose le problème d'accès limité à la scolarité, le décrochage scolaire précoce et le faible niveau des infrastructures scolaires. De nombreux enfants ratent l'opportunité dans le préscolaire avec de grands écarts entre les enfants natifs de zone rurale et zone urbaine. Bien que le pays ait considérablement amélioré l'accès à l'éducation de base au cours des dernières décennies, 4 enfants sur 10 n'achèvent pas l'enseignement primaire (UNICEF, 2021). D'après cette institution, les filles ont un meilleur accès au niveau primaire par rapport aux garçons qui sont souvent envoyés dans les écoles coraniques ou au travail rémunéré. Cependant, les filles ont un taux de transition plus faible vers l'enseignement secondaire et supérieur, en raison de la culture, le mariage et les grossesses précoces. L'accès limité des filles à l'éducation peut influencer leurs compétences de vie, l'accès aux services de santé reproductive et à l'information sur la prévention.

L'éducation a le pouvoir de transformer la vie des populations, ainsi que l'environnement qui les entoure. Une éducation inclusive et transformatrice commence par les enfants en bonne santé. Et les enfants en bonne santé sont mieux à même d'apprendre et de poursuivre leurs études. En réduisant les obstacles à l'éducation en lien avec la formation professionnelle, tel que l'emploi formel, l'Etat fournit aux citoyens les moyens d'avoir une vie socialement épanouissante.

L'intervention auprès des populations doit s'appuyer sur la transmission du savoir, de connaissances et d'informations. Les dysfonctionnements dans l'éducation jouent négativement sur les facteurs socioéconomiques de l'accès aux soins proposées par Kolossvary et al., 2023 ; Levesque et al., 2013). En ce sens, le statut socioéconomique peut se référer à un concept de niveau d'éducation, d'emploi et de revenu. Ces déterminants semblent favorables à l'accès aux soins, de rechercher les services de santé, de les atteindre, de les utiliser et de voir ses besoins de santé satisfaits.

Par ailleurs, il se pose le problème de l'inadéquation entre les formations proposées et les besoins du marché du travail, comme le souligne Totouom (2018). En effet, la majorité des

filières de formation sont axées vers des formations générales, adaptées aux sciences sociales au détriment des enseignements techniques et scientifiques. La conséquence est que des jeunes formés s'orientent dans l'enseignement et seulement une infime partie est opérationnelle dans les filières techniques et scientifiques.

2.7. Eau potable et assainissement

Le secteur de l'eau et de l'assainissement est d'une importance vitale pour la survie de l'homme. Les risques sanitaires sont encore plus élevés en cas de déficit du système d'assainissement adéquat et d'approvisionnement en eau potable. En dépit des progrès réalisés, le manque d'eau potable et les problèmes d'assainissement restent un défi majeur. À l'échelle continentale des retards sont notés en Afrique subsaharienne, malgré les efforts consentis pour faire évoluer le secteur. Les défis sont exacerbés dans les régions sahéliennes, où des personnes peinent à trouver de l'eau potable et sont alors contraintes à l'exode rurale ou encore, à l'exil.

Le Sénégal s'est engagé dans une politique ambitieuse de l'eau et de l'assainissement. Toutefois, le pays fait face à de nombreux défis et enjeux pour l'atteinte des objectifs du développement durable. Les ODD 6 « vise un accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement à l'horizon 2030, en particulier pour les populations les plus vulnérables ». L'accès à l'eau et à l'assainissement a des implications sur d'autres domaines de développement tels que la santé, l'économie, l'agriculture. Les pouvoirs publics doivent garantir la salubrité, la qualité technique et la pérennité des ressources hydriques. Un enjeu transversal qui nécessite l'implication de tous les acteurs publics, y compris les organisations non gouvernementales (ONG), le secteur privé et les communautés.

D'après une étude de l'UNICEF : « dans les régions où l'eau est insuffisante, les maladies d'origine hydrique telles que le choléra, la diarrhée et la dysenterie sont largement répandues ». Les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées semblent être les plus exposés face à ces maladies. La diarrhée étant une des principales causes de mortalité infantile dans les pays en développement. L'un des principaux défis au Sénégal est de fournir des services d'assainissement aux populations rurales et périurbaines marginalisées. Les plus pauvres sont souvent les plus touchées par les pénuries d'eau et des problèmes d'assainissement. L'accès à l'eau potable contribue de manière significative à la santé et au bien-être des populations. En effet, l'assainissement de l'eau n'est pas seulement une urgence environnementale mais aussi un véritable enjeu de santé publique.

La pandémie de la Covid 19 est un aspect important à étudier dans un ensemble solide d'indicateurs pour saisir les inégalités dans les services de distribution de l'eau et d'assainissement. Il apparaît que l'un des moyens les plus efficaces de limiter la propagation du Covid et d'autres agents infectieux est d'avoir une bonne hygiène. Avant la disponibilité des vaccins et des traitements, l'hygiène des mains et la distanciation physique ont été les premières mesures efficaces pour juguler la transmission communautaire de la maladie. L'accès à l'eau potable et un assainissement efficace sont donc des conditions préalables à l'égalité et à la dignité humaine pour le développement économique. Le secteur primaire étant le plus dépendant de la disponibilité de la ressource en eau pour l'agriculture et l'élevage et la productivité est particulièrement vulnérables du dérèglement climatique.

Les résultats au tableau 6 montrent que la part de la population ayant accès à l'eau potable est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain, malgré les performances notées à partir de 2015. La population ayant accès à l'eau potable est en moyenne 30,49 point inférieur en zone rurale. En outre, l'accès à l'assainissement demeure très limité dans le monde rural. Le gap par rapport au milieu urbain est de 28,66 points de pourcentage.

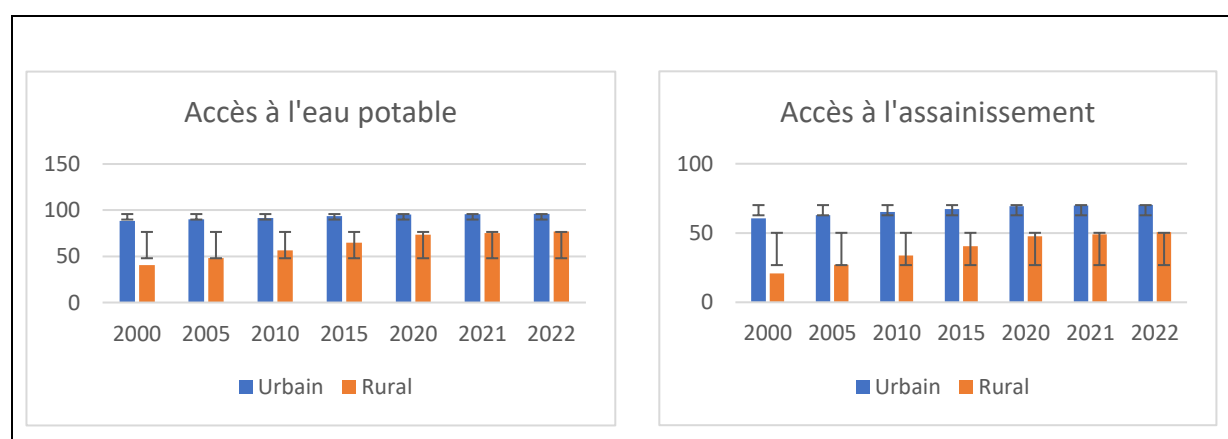
En termes de performance, le Sénégal doit rattraper ses retards en matière d'accès à l'eau potable et de services d'assainissement en milieu rural comme en milieu urbain. Du point de vue de la qualité du service et d'approvisionnement, le stress hydrique varie entre 8,45% en 2000 et 16,27% en 2020. Le tableau 6 présente les indicateurs du secteur de l'eau et de l'assainissement.

Tableau 6 : Secteur de l'eau et de l'assainissement au Sénégal

Indicateurs (en %) (Eau et assainissement)	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
Accès à l'eau potable (% de la population)	59,75	65,67	71,83	77,89	83,88	85,07	86,24
Accès à l'eau en milieu urbain	88,22	89,94	91,67	93,41	95,16	95,51	95,87
Accès à l'eau en milieu rural	40,51	48,30	56,38	64,75	73,42	75,19	76,97
Accès à l'assainissement (% de la population)	36,84	43,14	47,47	52,81	58,09	59,14	60,18
Accès à l'assainissement en milieu urbain	60,66	62,97	65,14	67,27	69,35	69,76	70,17
Accès à l'assainissement en milieu rural	20,74	27,08	33,71	40,57	47,65	49,10	50,55
Stress hydrique	8,45	12,07	12,53	12,98	16,27

Source : World Bank database

Graphique 4 : Inégalités dans l'accès à l'eau potable et à l'assainissement au Sénégal



Auteur, à partir des données de la banque mondiale

2.8. Secteur de l'énergie électrique au Sénégal

L'accès à l'électricité reste une problématique au Sénégal, où la qualité de l'approvisionnement est limitée, avec des coupures fréquentes d'électricité notamment dans les zones rurales. L'accès à l'électricité peut être défini comme la capacité des populations à obtenir des services d'énergie électriques pour satisfaire leurs besoins de cuissons, d'éclairage et de climatisation. En effet, les bois demeurent le principal combustible de cuisson et de chauffage pour la majeure partie des ménages en milieu rural et périurbain. Toutefois, les besoins en bois de feu augmentent, avec l'accroissement de la population et constituent la principale cause du déboisement dans les forêts. Par ailleurs, la pollution due à l'inhalation de fumée de cuisson est très nuisible à la santé. Les populations victimes de ce type de pauvreté font face à d'énormes difficultés, telles que l'insécurité, l'inefficacité productive et la paupérisation. Au regard des effets de la crise de Covid 19, l'on estime que 660 millions de personnes n'auront toujours pas accès à l'électricité en 2030, en Afrique subsaharienne (ONU, 2021).

La nécessité de développement économique et social pose des problèmes de distribution d'énergie pour la satisfaction des besoins des entreprises et des ménages. L'accès durable et abordable à l'électricité est la base de toute économie moderne. L'innovation numérique l'a rendu encore plus important dans la transformation de la société. L'accès à une électricité durable fait partie des priorités du développement économique, à travers l'objectif du développement durable des nations unies. Les ODD 7 consistent à garantir l'accès à l'électricité fiable et d'un coût abordable, contribuant au développement de l'agriculture, des entreprises, des communications, des transports et des soins de santé. Le rôle de l'électricité dans le développement économique et social est évident, que ce soit pour l'activité économique, l'éclairage public ou privé. Les services énergétiques sont essentiels, aux services de santé, à la lutte contre les pandémies, qu'il s'agisse des services de soins ou de la prévention.

Les investissements en faveur de l'énergie au Sénégal proviennent principalement des services publics du gouvernements et de l'aide au développement. Les principaux défis auxquels est confronté le secteur de l'énergie au Sénégal sont le déficit de financement, la faible production et le niveau élevé des coûts. Ainsi, Onyeji et al. (2012) considèrent que le coût élevé de l'extension du réseau électrique constitue l'un des principaux obstacles à l'électrification des zones excentrées. Le potentiel qu'offre le secteur de l'énergie renouvelable devrait être suffisamment exploité pour renforcer le réseau d'électrification. Le Sénégal dispose

d'importantes sources d'énergie renouvelable (le solaire, l'hydraulique, l'éolienne), qui restent peu exploités. Le pays peut accélérer la transition énergétique à un coût abordable, en investissant dans les ressources renouvelables et en développant les infrastructures énergétiques afin de réduire les inégalités d'accès à l'énergie. L'électrification rurale au moyen de solutions renouvelables contribuera à réduire les inégalités sociales de santé. En effet, l'extension des infrastructures afin de fournir une énergie abordable et fiable encourage à l'investissement et à la production.

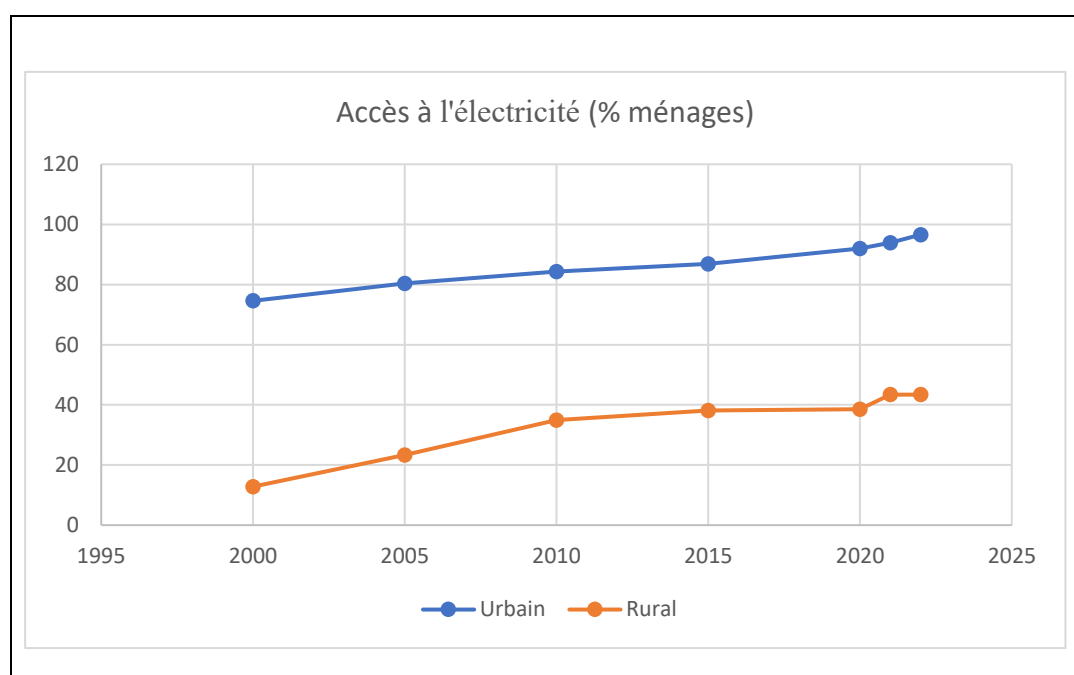
Le tableau 7 présente les résultats de l'accès à l'énergie électrique. Au Sénégal, la part des ménages ayant accès au réseau d'électricité demeure faible dans le monde rural, malgré les efforts consentis depuis des décennies. En effet, dans les zones rurales, la part de la population ayant accès au réseau d'électrification est de 12,8% en 2000 contre 74,6% en zone urbaine. En 2015, les inégalités d'accès à l'électricité restent prégnantes, 38,1% en milieu rural contre 86,9% en milieu urbain. Si l'on s'intéresse directement à la population totale, le taux d'accès à l'électricité est 67,9% en 2022 contre 91,4% au niveau mondial. Nos résultats montrent l'existence d'une qualité faible en termes de production et de distribution. La fréquence des coupures d'électricité affecte les activités productives des entreprises et le bien-être des populations. L'absence d'électricité dans les structures sanitaires impacte significativement les services de soins et peut contribuer à suspendre le processus d'accès aux soins (scanner, échographie, radios, chirurgie, etc.).

Tableau 7 : Accès à l'énergie électrique au Sénégal

Indicateurs (en %) (Énergie électrique)	Années						
	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
Accès à l'électricité (% de la population)	37,7	47,1	56,5	60,5	64,3	68	67,9
Accès à l'électricité (% ménages urbains)	74,6	80,4	84,3	86,9	92	93,9	96,6
Accès à l'électricité (% ménages ruraux)	12,8	23,3	34,9	38,1	38,6	43,4	43,4
Énergie (perception de la qualité du service)	3,95	3,79	4,68	4,19	3,55	3,58	..

Source : World Bank database

Graphique 5 : Inégalité d'accès à l'électricité au Sénégal



Auteur, à partir des données de la banque mondiale

2.9. Les transports

Le transport constitue un auxiliaire des activités professionnelles productives, de loisirs et de bien-être social. Il s'agit d'un secteur qui procure le bien-être des usagers, générant beaucoup d'emplois. À partir des infrastructures de transport se développent les services de transport. Cette connexion constituerait la base des politiques de transport au Sénégal.

La rentabilité socioéconomique des biens de transport est multidimensionnelle dans la mesure où elle génère des externalités entre les villes, les régions et les pays. Les services de transport rendent possible la mobilité et l'activité économique. Les effets de diffusion spatiale des transports permettent aux États et aux collectivités de bénéficier des infrastructures de ses voisins, augmentant, d'une part, le flux commercial et d'autre part, l'intégration communautaire ou régionale. Un faible niveau des infrastructures limite les flux commerciaux et renchérissent les coûts de transaction. Le Sénégal fait face à des coûts de transport et de logistique élevés. Ces coûts résultent en grande partie du déficit que connaît le pays en matière d'infrastructures et de services de transport, notamment au niveau des voies routières et ferroviaires. Une telle situation peut rendre très difficile les évacuations sanitaires et constituer un facteur aggravant pour les personnes vulnérables à accéder aux services de soins de santé.

Le système de transport sénégalais se caractérise principalement par le mode routier, ferroviaires, aérien, fluvial). Le mode de transport routier est en général le plus utilisé. En effet, Les politiques de transport connaissent une montée en puissance, traduisant une volonté de renforcement structurel. Les projets flexibles comme la politique dite de « report modal » consiste à financer le développement du transport durable. L'opinion publique est sensible à la qualité de son environnement et à la pollution de l'air, sachant que le secteur des transports est émetteur de gaz à effet de serre. La transition écologique interpelle tous les acteurs publics et privé à s'engager pour les réseaux d'avenir et d'offrir des perspectives alternatives en matière de transport. La transition écologique contribuera à réduire l'empreinte carbone et les coûts élevés. Les infrastructures de transport de qualité peuvent contribuer significativement à la production de biens et services.

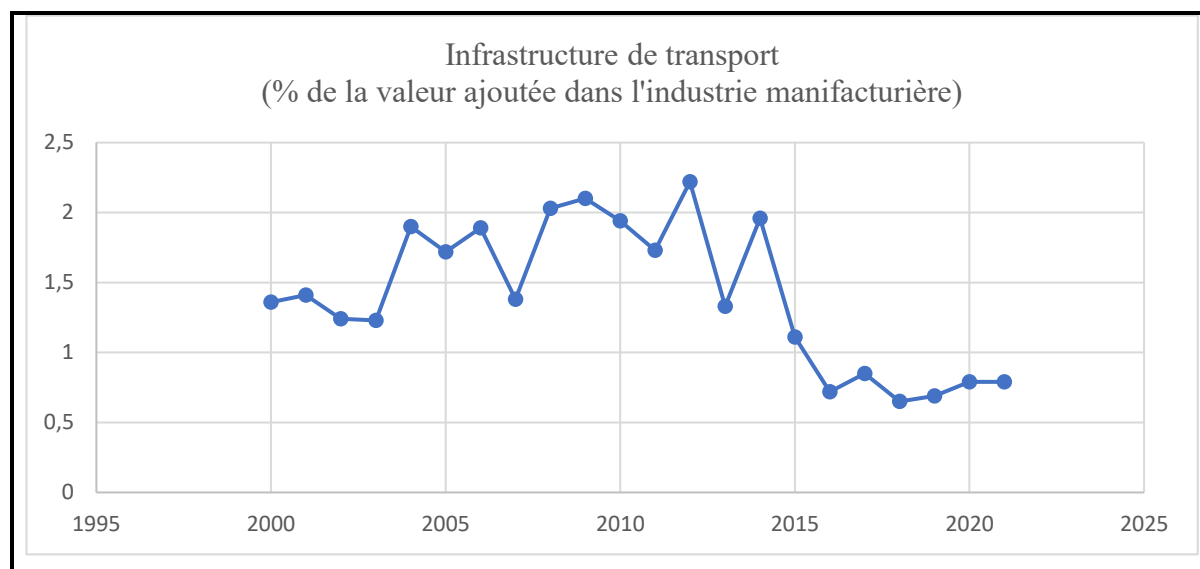
La baisse des coûts de production impacte positivement le bénéfice marginal des entreprises, générant ainsi des effets incitatifs à l'investissement et à la croissance économique. Le secteur des transports est considéré comme un pilier essentiel des politiques publiques en raison de son importance dans le développement économique du pays. Ainsi, Barro (1990) met en évidence le lien existant entre la qualité des infrastructures et la croissance économique endogène. Le choix des infrastructures détermine le système de transport, et, ce choix rationnel ou non est conditionné par les politiques publiques. Par ailleurs, la défaillance d'infrastructures de transport peut limiter l'accès des populations aux structures de santé. Ces dysfonctionnements peuvent, en effet, augmenter les risques de santé notamment pour les populations géographiquement éloignées.

Les données de la banque mondiale montrent qu'en matière de qualité des infrastructures liée au commerce et au transport de passagers, le Sénégal présente un score de performance logistique de (2,22, soit 1= faible, 5= élevé, 2023). La qualité des infrastructures de transport (les routes, les ports, les chemins de fer, les technologies de l'information, etc.) est l'un des éléments utilisés pour mesurer l'indice de performance logistique. La majorité des pays de l'Afrique de l'Ouest n'atteignent pas la moyenne de la performance estimée. Les chiffres indiquent des performances en deçà des pays émergents comme le Brésil (3,5), la Chine (3,7), Afrique du Sud (3,8). Au Sénégal, le problème est non seulement lié au déficit physique des infrastructures mais aussi à la faible connectivité des réseaux de transports dans un contexte de contrainte budgétaire et de raréfaction des ressources publiques. Il faut donc

concilier le financement des infrastructures de transport de qualité et l'insuffisance des ressources budgétaires.

Le graphique 6 indique la valeur ajoutée des infrastructures et équipements de transport dans l'industrie manufacturière. En termes de productivité, la valeur ajoutée décroît à partir de 2014 après les oscillations récurrentes observées entre 2000 et 2014.

Graphique 6 : Secteur des transports au Sénégal



Source : World Bank database

2.10. Accès aux technologies de l'information et de la communication

Les télécommunications sont susceptibles de favoriser l'accès à l'information et l'accès aux services de santé. La possession d'outils modernes de l'information, tels que les téléviseurs, les radios et les téléphones portables contribue au développement économique. Au Sénégal, la majorité des ménages comptent davantage sur la radio et le téléviseur pour accéder à l'information. Le besoin d'information, de savoirs et de connaissance, quel que soit le choix est indissociable au développement économique et social. La communication à visée sanitaire à destination du grand public se conjugue à plusieurs niveaux : mondiaux, régionaux, nationaux et locaux. Les enjeux de communication à visée sanitaire peuvent être médicaux, comportementaux, géopolitiques, économiques et environnementaux.

Le secteur des technologies de l'information et de la communication a connu une croissance remarquable ces dernières années au Sénégal (Totouom, 2018). A cela s'ajoute des réseaux mobiles, avec notamment l'accès à la téléphonie mobile. Toutefois, l'éducation à la santé reste encore faible à plusieurs niveaux sociaux. Le faible niveau d'information met en évidence le faible niveau d'instruction chez les populations démunies. Le faible niveau d'éducation en santé réduit la capacité à percevoir les besoins de soins de santé. En dépit des politiques de gratuité des soins, l'accessibilité aux soins s'en trouverait affectée du fait que les populations aient moins d'informations sur leur droit et sur la disponibilité des services de soins.

La communication sur les politiques de santé reste insuffisantes et laconiques. Le gap entre l'information véhiculée dans les médias, issue des pouvoirs publics et la pratique de l'information au sein des communautés entraîne parfois des effets de distorsion. Ce défaut d'information et de communication peut remettre en cause l'acceptabilité des services de soins de santé offerts aux populations. L'accessibilité des populations défavorisées aux technologies d'information et de communication (TIC) peut contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Cela peut s'expliquer d'une part, par le fait que les TIC contribuent davantage dans les économies relativement complexes, et d'autre part, par le fait que les services de santé sont de plus en plus digitalisés.

Le tableau 8 présente les biens d'information et de communication des ménages. En termes d'accès aux moyens d'information et de communication, il existe des inégalités entre les ménages ruraux et urbains. 53,1% des ménages possèdent une radio et 68,1% un téléviseur (ANSD (2023). Au sein des ménages, 8.800 ont été enquêtés, dont 4.708 en milieu rural et 4.092 en milieu urbain. L'accès à la téléphonie progresse à un rythme de pénétration remarquable. En ce qui concerne les ménages en milieu rural, 5,6% disposent d'un ordinateur et 3,8% d'un accès à internet, contre respectivement 24,9% et 22,3% des ménages en milieu urbain.

Tableau 8 : Secteur des TIC au Sénégal

Accès aux TIC en %	Milieu rural	Milieu urbain	Ensemble
Télévision	48,4	87,1	68,1
Radio	56,4	49,9	53,1
Téléphone portable	87,8	87,9	87,8
Téléphone fixe	1,5	9,7	5,6
Ordinateur	5,6	24,9	15,4
Internet	3,8	22,3	13,2

Source : EDS-C Sénégal 2023

2.11. Accès aux services de santé

Les inégalités d'accès aux services de santé entraînent des coûts sociaux et économiques importants, tant pour les ménages que pour les pouvoirs publics. L'accès aux services de soins de santé est particulièrement limité par le coût des soins. Au Sénégal, de nombreuses familles n'ont pas les moyens de couvrir leurs besoins de soins. Le paiement direct exigé des patients pour avoir accès aux services de santé constitue une barrière financière importante pour les plus démunis. Une situation d'indisponibilité financière replace l'individu dans des contraintes auxquelles il doit faire face et qui peut alors être à l'origine des inégalités d'accès aux services de santé.

Au-delà des difficultés financières, les facteurs culturels apparaissent comme des vecteurs supplémentaires d'inégalités sociales de santé. Ces contraintes sont susceptibles d'aggraver les inégalités sociales de santé existantes entre groupes sociaux. D'une manière générale, le sous-financement du secteur de la santé a un impact direct sur la fourniture des infrastructures de santé, le recrutement de personnel qualifié et la disponibilité des soins. Ces facteurs peuvent considérablement limiter l'accès aux services de santé. C'est dans les zones rurales qu'on trouve le nombre élevé de villages ou de quartiers non couverts par les services de santé. Les conditions sanitaires dans les quartiers périphériques peuvent être mauvaises dans la mesure où ils se caractérisent par une absence d'infrastructures de qualité comme l'absence de service d'évacuation des eaux usées (Baker Schuler, 2004). Avec une forte densité de population, ces quartiers sont particulièrement propices à la diffusion des maladies transmissibles et infectieuses. Les habitants de ces zones peuvent également être exposés au risque de pollution.

Il convient d'identifier deux dimensions publiques essentielles à la construction des principes d'équité : d'abord la qualité des institutions de l'Etat ; ensuite l'application des principes démocratiques dans le pays. Cependant, au sein des pays, les individus sont souvent confrontés à des logiques économiques et sociales inégalitaires dont l'influence s'exerce sur les conditions sanitaires établies par ces institutions publiques. « Les inégalités en santé découlent donc de déterminants qui se situent à plusieurs niveaux » (Kolossvary et al., 2023).

Si les zones éloignées sont particulièrement touchées, toutes les villes du Sénégal, quel que soit leur niveau de développement sont confrontées à des déficits de professionnels de santé. Le facteur spatial peut être comme une distribution de facteur de risque pour la santé et les soins. Malgré la promotion du développement de l'activité libérale pour les médecins et les paramédicaux, tels que les infirmiers, les sage-femmes, l'offre des soins de santé de base et de proximité reste très inégalitaire au Sénégal. La faiblesse de l'offre des services de soins, particulièrement dans les zones rurales ou reculées, en raison d'une répartition inégale, d'un manque de ressources humaines, des difficultés d'approvisionnement en intrants participent à l'accroissement des inégalités sociales de santé et les inégalités d'accès aux soins au Sénégal.

Le financement de la santé constitue un levier indispensable pour le développement économique et social du Sénégal. Il conditionne la qualité des infrastructures de santé, et par conséquent, l'accessibilité aux services de santé. Toutefois, le financement du secteur de la santé se heurte souvent à des difficultés financières au regard des besoins de soins de santé (déficit budgétaire, endettement chronique, mobilisation fiscale faible).

Les indices de couverture des services de santé demeurent faibles notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne. L'indice de couverture des services de santé combine des indicateurs de suivi de la couverture des services essentiels en une seule mesure synthétique. Il représente la moyenne géométrique de 14 indicateurs de santé, reportés sur un indice de 0 à 100.

Les 14 indicateurs de la couverture des services de santé :

- Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (planification familiale, soins de grossesse et d'accouchement, vaccination de l'enfant, traitement de l'enfant).
- Maladies infectieuses (tuberculose, VIH/SIDA, malaria/paludisme, eau et système sanitaire).
- Maladie non transmissibles (hypertension, diabète, tabac).
- Capacité des services et accès (accès à l'hôpital, personnel de santé, sécurité sanitaire).

Au Sénégal, l'indice de couverture des services de santé a augmenté de 29/100, passant de 21/100 en 2000 à 50/100 en 2021, tandis que le continent africain présente un indice de 44/100 en 2021.

Le graphique 7 ci-dessous indique une tendance haussière au niveau de l'espérance de vie, de 60 ans en 2000 à 68 ans en 2023, soit une augmentation de 8 ans sur 23 ans²³. Cette évolution démographique rend incontournable l'augmentation des besoins de soins. En effet, les insuffisances en termes de prises en charge des besoins de soins des personnes âgées persistent (Ka et al., 2019). De ce fait, il est impérieux de mettre en place des politiques géro-geriatriques pour la prise en charge adaptée de ces personnes.

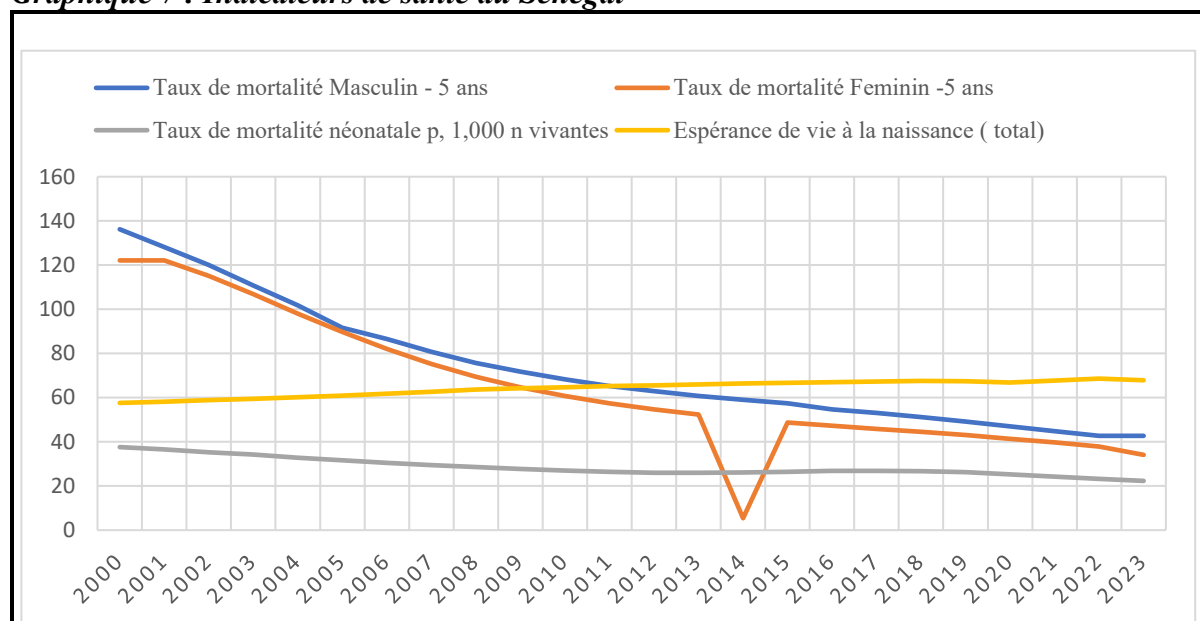
Il convient de rappeler que les impacts socioéconomiques induits par l'augmentation des effectifs de personnes âgées accentuent les difficultés de prise en charge par une large part des ménages au Sénégal. Le pays apparaît comme un pays à majorité jeune qui va connaître une augmentation des seniors dans les années à venir. Au Sénégal, les moins de 15 ans représentent 39% de l'effectif total de la population et 5,4% de personnes âgées (ANSD, 2023).

Le graphique 7 détaille les indicateurs de santé, alors que le graphique 8 illustre les indicateurs d'accès aux services de soins. Les indicateurs de santé et ceux d'accès aux soins sont des mesures complémentaires qui permettent d'estimer l'efficacité des politiques de santé et les inégalités en santé auxquelles les populations sont confrontées. En effet, la qualité de l'accès aux soins de santé peut déterminer en grande partie les indicateurs de santé.

²³ Données manquantes pour l'année 2014, pour l'indice de mortalité des moins 5 ans (sexe féminin). Sur le graphique 7, l'indicateur à 0 pour l'année indiquée.

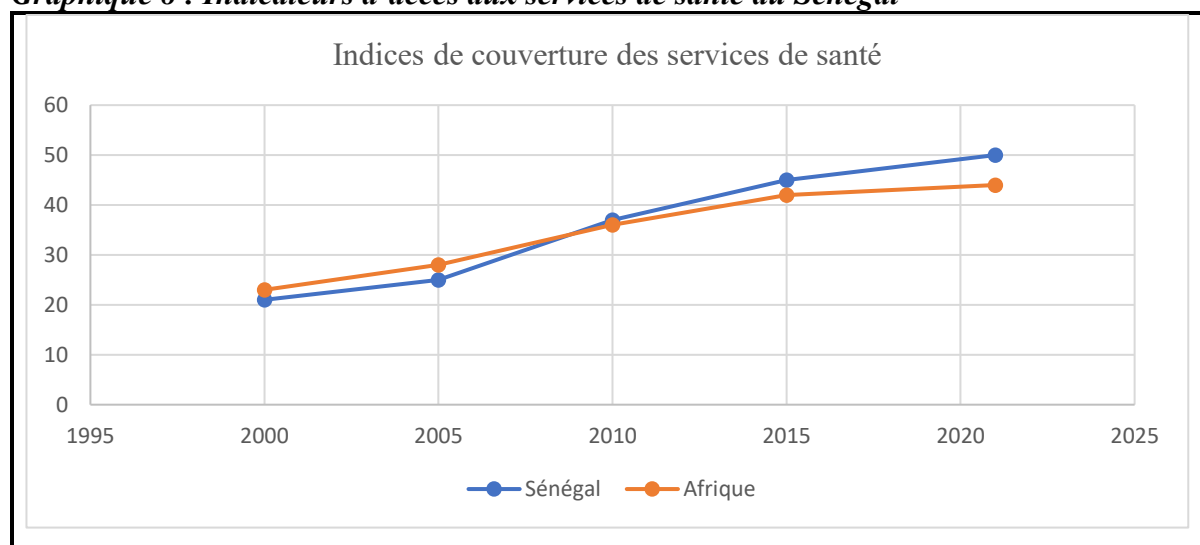
Il faut noter que la prise en charge des personnes âgées et ses conséquences sociales et économiques affecte non seulement les ménages, mais aussi les pouvoirs publics. Les personnes âgées peuvent être à la charge et un soutien pour les ménages. En effet, elles jouent des rôles économiques importants que la détérioration de leurs santés leur empêche de jouer ce rôle. Etant donné que l'offre de soins semble non seulement moins adaptée à leurs besoins mais difficilement accessible pour la majorité.

Graphique 7 : Indicateurs de santé au Sénégal



Source : World Development Indicators, DataBank

Graphique 8 : Indicateurs d'accès aux services de santé au Sénégal



Auteur, les données sur <https://data.who.int/indicators>

L'offre des services de soins est encore loin de couvrir l'ensemble de la population au Sénégal comme en Afrique, alors que le droit à la santé constitue un élément fondamental et stratégique pour l'atteinte des objectifs du développement durable, à l'horizon 2030. Des signes encourageants sont néanmoins perceptibles par rapport à certains services de santé essentiels comme la vaccination, le traitement antirétroviral contre le VIH/SIDA, ainsi que les

moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme. La couverture sanitaire universelle peut contribuer à réduire les inégalités face au risque d'être malade et aux inégalités face aux soins.

Par ailleurs, l'offre de soins repose essentiellement sur deux dimensions indispensables et complémentaires : les personnels soignants et les infrastructures de santé. Ces deux piliers déterminent la capacité d'un système de santé à satisfaire les besoins de soins de la population. Les compétences du personnel soignant (agents de santé communautaire, aides-soignants, sage-femmes, infirmiers, médecins, pharmaciens) contribuent à l'efficacité des services, pendant que les infrastructures de santé (case de santé, poste de santé, centre de santé, district de santé, hôpital) offrent les moyens pour la production de ces services. Sans oublier que les équipements, quant à eux, sont indispensables à la réalisation des traitements et des diagnostics médicaux.

Au regard des difficultés rencontrées notamment en milieu rural et périurbain, il est nécessaire de renforcer les infrastructures et d'améliorer la formation et la répartition des personnels soignants dans ces territoires où l'offre de soins est souvent défaillante. Face à ces inégalités croissantes, les pouvoirs publics doivent rendre l'offre de soins plus juste et abordable, en investissant simultanément dans les infrastructures et les équipements médicaux et dans la promotion des métiers de santé.

Le tableau 9 présente les données relatives aux infrastructures de santé au Sénégal. Pour une population de plus de 18 millions d'habitants, les déficits restent considérables. Compte tenu de la croissance démographique rapide, le manque d'infrastructures de santé peut entraîner une saturation des structures existantes. Cependant, la qualité de ces infrastructures est fondamentale pour la prise charge efficace des patients. Sous cet angle, la qualité vient renforcer leur utilité fonctionnelle au bénéfice de la population. En effet, la construction des infrastructures ne suffit pas si leur qualité n'est pas adéquate aux besoins de soins des populations.

Selon les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), « tout patient devrait pouvoir accéder à une structure de santé dans un délai inférieur à 1 heure de temps et que chaque communauté ait au moins un poste ou un centre de santé dans un rayon maximum de 5 km ». Cette prescription constitue un aspect important dans l'accès aux soins. Qu'il s'agisse des coûts du transport à la charge du patient, du manque d'équipement de transports, de la mauvaise qualité des routes, chaque défaillance est susceptible de renforcer

les inégalités dans l'accès aux soins. L'éloignement des structures de santé devient alors un véritable frein à la prise en charge rapide du patient, susceptible d'avoir des conséquences graves sur sa santé. La disponibilité des services de santé à proximité est donc un levier important pour répondre aux besoins de soins des populations.

Le tableau 10 montre les déficits de professionnels de santé notamment les médecins, les infirmiers et les sage-femmes. Le Sénégal connaît un déficit de professionnels de santé estimé à environ (73%) en 2023 par rapport aux standards de l'OMS. Ces écarts peuvent constituer un frein majeur à l'atteinte des objectifs de la couverture sanitaire universelle²⁴.

Tableau 9 : Infrastructures publiques de santé au Sénégal en 2023

Cases de santé	2676
Postes de santé	1141
Centres de santé	102
Districts de santé	77
Hôpitaux	40
Nombre d'habitants en 2023	18.126.390

Source : Enquête démographique et de santé continue de l'ANSD, 2023

Tableau 10 : Densité de professionnels de santé au Sénégal versus normes OMS

Catégorie de professionnels de santé	Sénégal en 2023	Normes OMS	Ecart
Médecins	≈ 0,69 à 1 /10.000 habitants	1/1.000 hbts	≈ (-90%)
Infirmiers	≈ 2 à 2,64 /10.000 habitants	1/500 hbts	≈ (-80%)
Sage-femmes	≈ 3 à 4 sage-femmes/ 1.000 naissances	6 sage-femmes/ 1.000 naissances	≈ (-50%)
Densité totale de professionnels de santé	≈ 6 à 7/ 10.000 habitants	23/ 10.000 hbts	≈ (-73%)

Source : Auteur, à partir des données de la banque mondiale

²⁴ Le déficit de professionnels de santé est souvent aggravé par un financement très limité du secteur de la santé qui résulte d'insuffisance de compétences, de formation et de recrutement de ces professionnels et la fuite des cerveaux vers les pays développés.

Section 3 : L'implication de l'Etat dans les politiques publiques de santé au Sénégal

3.1. Le rôle de l'État

La santé est de plus en plus présente dans les plans stratégiques de politiques de développement économique. L'approche de la santé par les droits trouve ses fondations légales dans la déclaration universelle des droits de l'homme de (1948). La montée en puissance de l'approche en termes de droit renforce la place donnée à la santé dans les politiques de développement économique et social. La manifestation de convergences entre une approche économique et une approche par les droits dans le domaine de la santé traduit une prise de conscience de la nécessité d'augmenter les efforts pour l'accès de tous aux soins (Boidin, 2005). L'existence de cette convergence requiert des interventions structurelles et inclusives des pouvoirs publics.

La République du Sénégal se définit comme un État laïque et démocratique. Au niveau administratif, l'État du Sénégal a adopté plusieurs réformes successives de décentralisation. La réforme « Acte III de la décentralisation » de 2013 est la dernière, succédant à celle de 1996. Elle consacre l'érection des départements en collectivités territoriales, (remplaçant donc les régions), ainsi que la communalisation des communautés rurales. La santé est l'un des neuf domaines de compétences qui ont été transférées aux départements.

Selon l'agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD, 2022), la population sénégalaise est estimée à environ 18.000.000 d'habitants. La région de Dakar et les régions du centre sont les plus peuplées. Le taux moyen de croissance annuelle de la population entre 2013 et 2022 était de 2,87%. Malgré les différents programmes de planification familiale, le taux de fertilité par femme reste autour de 4,5 en moyenne (Banque mondiale, 2020). Les projections prévoient à l'horizon 2030, une population nationale de 22.123.220 habitants²⁵. L'âge médian est estimé à 19 ans (ANSD, 2022).

En 2020, le Sénégal réalise un indice national (IDH) de 0,40 point (l'échelle d'estimation est comprise entre 0 et 1). Ce qui signifie pour la banque mondiale, que les potentiels économiques futures de la population et du pays dans son ensemble sont amputés de 60%. Ce résultat supposerait de lourdes pertes économiques pour le pays (de potentiels

²⁵United Nations Department of Economic and Social Affairs: Population Division, consulté le 18 janvier 2023 sur <https://countrymeters.info>

économiques non exploités, une réduction de la croissance du PIB, l'accroissement des inégalités sociales et la pauvreté).

Les politiques d'ajustement structurel sous l'impulsion des institutions financières internationales se sont notamment traduits par la réduction de la prise en charge par l'État de certaines dépenses dans les domaines tels que l'éducation et la santé (Deville et al., 2018). Il s'agit des mesures politiques qui visent à atteindre l'équilibre budgétaire à l'aide de réductions des dépenses publiques et de hausse d'impôts. En dépit de ces plans d'ajustement structurels, de nombreux défis restent à relever : la hausse du chômage, la progression du secteur informel, les inégalités sociales et de santé, la pauvreté, des tensions sociales.

Par ailleurs, la crise sanitaire liée à la Covid 19 a entraîné de graves conséquences économiques. La croissance du PIB a infléchi de 0,7% pour l'année 2020. En 2019, avant la crise sanitaire le pays comptait 6,8% de croissance du PIB. Ce résultat était principalement attribué à la vitalité des exportations de produits agricoles, de pêche, d'activité artisanale et notamment du secteur extractif.

Le Sénégal se caractérise par des inégalités sociales de santé, dont les origines remontent à l'ordre sociale précoloniale (Deville et al., 2018). Ces inégalités construites se manifestent sous différentes formes, évoluant dans le temps, et se reproduisent de génération en génération, avec des conséquences qui peuvent être exacerbées par les crises sanitaires et économiques. Entre 2011 et 2018, l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé (de 40,3% à 38,1%). La pauvreté est plus élevée dans le milieu rural, notamment au niveau de la stabilité des revenus et le niveau de la couverture sanitaire.

Pour ce faire, nous nous intéressons à la littérature sur les interventions publiques dans le domaine de la santé. Ainsi, nous analysons les grandes réformes du système de santé sénégalais des années 1980 et 1990.

3.2. Analyse de l'intervention publique

Joseph Heath (2011) rend compte de diverses justifications de l'intervention de l'État dans les politiques publiques. L'auteur identifie trois modèles d'interventions : le modèle redistributif ou égalitaire (l'État doit réduire les inégalités), le modèle communautaire (l'État doit prendre en compte les conceptions spécifiques des communautés), le modèle d'efficacité économique (l'État doit améliorer la coopération sociale).

Les politiques de santé de différents pays en développement ont en commun le souci du droit à la santé et de la solidarité. L'affirmation du droit à la santé et le financement des services de soins se trouvent aux principes du système de santé sénégalais, à la fois bismarckien et beveridgien. Le système renvoyant au type beveridgien se caractérise par la prédominance d'un secteur public des soins, dont le financement est en principe majoritairement assuré par les pouvoirs publics sur attribution budgétaire aux structures de santé et sur l'activité médicale. Comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, le système sénégalais de couverture santé a été mis en place au moment de la colonisation, ensuite, il a progressivement été étendu aux citoyens occupants des postes de responsabilités, puis aux fonctionnaires en 1961, juste après l'indépendance. Les fonctionnaires publics et leurs familles bénéficient de la couverture nationale d'assurance. Les salariés du privé sont également couverts sur critères contributifs.

A l'indépendance, l'économie sénégalaise était prédominée par la culture arachidière et l'activité minière. Pour pallier le manque d'initiatives privées, la tendance était, à l'époque de l'augmentation de l'intervention de l'État dans l'économie à travers un système de centralisme. Par ailleurs, les rentes arachidières et minières constituaient d'importantes ressources d'exportation. Les ressources provenant des exportations permettaient à l'État de financer l'économie.

Le centralisme dans la conduite des affaires publiques s'explique par l'héritage de l'administration coloniale, léguée au nouvel État indépendant en 1960. Dans la théorie du socialisme africain, Senghor, président de la République de l'époque défendait une doctrine socialiste dont le but était de développer la société en se basant sur le principe de justice sociale. Néanmoins, ce principe recouvre des dimensions contradictoires en termes de politique d'accès aux soins.

Selon Alenda (2015) l'offre de soins de santé s'est développée dans les années 1970 par la construction des hôpitaux dans les zones urbaines. Cette amélioration est à nuancer dans la mesure où elle ne suit pas le rythme de la croissance de la population. Dans les années 1980, l'État fit le choix de renforcer les hôpitaux urbains alors qu'il ne pouvait plus supporter les coûts des structures de santé dans les zones éloignées, comme le soulignent (Fassin et Fassin, 1989). L'offre de soins primaires étaient très limitées. Le ratio entre les professionnels de santé et la population restait très insuffisant, constituant ainsi l'un des principaux défis à relever par le gouvernement dans sa volonté de lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

Au début des années 1990, à la mise en place du paiement direct, les patients assumaient les coûts inhérents aux soins et aux transports pour se soigner. Il sied de rappeler que les inégalités dans l'accès aux soins sont à la fois économiques, sociales, géographiques et culturelles. Face à ces enjeux, les pouvoirs publics se mobilisent par des politiques spécifiques affirmées à la déclaration d'Alma-Ata, mettant en avant la protection et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, que certains considèrent comme une réponse partielle aux problématiques d'accès aux soins dans les pays en développement. Toutefois, les recommandations internationales ont renforcé les élans de solidarité, de justice sociale et d'équité. Dans l'optique du développement humain, les partenaires techniques, les organismes philanthropiques et les appuis financiers occupent une place importante dans la mise en œuvre des politiques de santé et la lutte contre les inégalités sociales au Sénégal.

Le système de santé sénégalais a connu plusieurs réformes en matière d'organisation et de régulation. Malgré l'absence de succès véritable de ces réformes, le constat final est qu'il faut surtout augmenter les moyens du système sanitaire afin d'améliorer les réponses aux besoins de soins dans une perspective d'efficacité économique et de justice sociale, suivant l'expression spécifiques des contextes territoriaux.

L'articulation de la santé avec l'État-providence par l'élargissement des régimes de protection, associés à des critères d'activité professionnelle a accru la concurrence entre les prestataires des services de soins. En pratique, le modèle de type bismarckien repose sur des régimes obligatoires assis principalement sur des cotisations sociales dont la gestion est confiée aux prestataires de soins de statut public ou privé. Les régimes de couverture santé passent des conventions fixant les modes de rémunérations et les tarifs auxquels sont soumis les employés. Ces derniers peuvent obtenir des remboursements partiels ou totaux des frais engagés. La démarche en question se traduit par l'incorporation des mécanismes marchands. A cet égard, les conditions d'affiliation aux différents régimes sont souvent inéquitables, générant des inégalités d'accès aux soins entre les bénéficiaires, notamment, lorsque le niveau de risque induit des couvertures différentes. Par ailleurs, un ensemble croissant de populations vulnérables ne répondait pas à ces critères d'ouverture de droits.

Les clivages par rapport aux régimes de couverture sanitaire aggravent les inégalités. Les indicateurs laissent apparaître des signaux de dégradation quant à la couverture santé (assurance maladie et mutuelle de santé). Les mutuelles de santé et les assurances privées ne couvrent qu'une petite portion de la population du pays dont la majorité est pauvre, et sans

conditions d'adhérer à une mutuelle ou à une assurance adaptée totalement à leur besoin de soins.

Au Sénégal, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins a eu un impact relatif sur les politiques publiques, lesquelles rendent les déterminants sociaux de la santé de plus en plus interdépendantes à travers des processus politiques, économiques et environnementaux qui transcendent les États.

3.3. Le partenariat entre l'État et le secteur privé pour la santé

Les pays en développement s'intéressent de plus en plus aux partenariats public-privé afin de mobiliser les fonds et d'améliorer leurs systèmes de santé. Les partenariats public-privé en santé peuvent être des contrats entre les entités privées et publiques pour fournir des équipements sanitaires ou garantir la mise en place d'établissement et de services de soins de santé (OMS, 2023). L'État se doit d'être en mesure de concevoir et de veiller à cette relation complexe qui peut aboutir à des incidences à long terme dans la vie des populations. Une telle intervention pourrait se révéler très efficace dans la gestion des ressources. Par exemple, les entreprises pharmaceutiques ont les moyens de s'associer avec l'État pour la production et la fourniture des médicaments. A cet effet, l'État se doit d'être capable de superviser et de contrôler les obligations contractuelles, et à ce que la disponibilité des médicaments soit assurée à toute la population.

En question, les déficits budgétaires endémiques influent directement sur les politiques de santé et la fourniture des services de santé et de médicaments. Comme les budgets de santé sont sous pression, au vu de la situation économique, l'État et ses démembrements s'activent à chercher de nouveaux moyens de financement du système de santé en vue de combler les carences. La mise en place des partenariats serait souhaitable lorsqu'ils représentent la solution la plus rentable. Les facteurs clés de ce succès réside dans la capacité à créer de la valeur à la fois économique et sociale. Le décideur public doit alors, faire entendre sa voix et s'en assurer de la création de cette valeur socioéconomique pour la réduction des inégalités sanitaires.

Le Sénégal est confronté à de nombreux défis eu égard à l'efficacité de son système de santé, comme le manque d'infrastructures de santé, le manque de capacités au niveau des soins primaires et secondaires, des paiements directs assez élevés pour les populations pauvres. Nous supposons que les partenariats public-privé peuvent jouer un rôle important dans la résolution

de ces problèmes. La fondation Bill et Melinda Gates fournissait des médicaments en collaboration avec les ONG qui les distribuaient aux populations défavorisées ou atteintes du VIH/SIDA. La politique sociale de la fondation Bill et Melinda Gates illustrent un très bon exemple de partenariat public-privé au Sénégal, qui consistait à améliorer l'accès aux médicaments, participant à réduire l'incidence des maladies chroniques et améliorer la santé des malades.

Les règles de choix d'action qui prévalent dans le domaine de la santé influencent tout de même les résultats dans l'accès aux services de santé. Il existe de fortes relations d'interdépendances et de complémentarité entre le secteur public et privé. Cette relation de complémentarité peut être considérée comme une représentation synthétique d'équilibre qui produit des résultats qui peuvent être bons ou mauvais.

Le tableau 11 présente des hypothèses de base et des postulats théoriques dans l'étude du lien entre le secteur public et le secteur privé. Une revue des hypothèses qui sous-tendent les différents cadres d'analyse, développés par Sen, Stern et Stiglitz, (1990). Nous présentons brièvement le positionnement théorique de chacun des auteurs sur le rôle de l'État et du secteur privé pour le développement économique et social.

Tableau 11 : Hypothèses de base et postulats théoriques dans l'étude des partenariats public-privé par les différentes approches

Auteurs	Hypothèses de base et postulats théoriques
Amartya SEN	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des rendements générés par la croissance comme moyen d'étendre la protection sociale et la qualité de vie par l'intermédiaire du secteur public. - Existence de complémentarité entre le secteur public et le secteur privé en matière d'assistance en cas de catastrophe. - Existence d'un participant majeur, à savoir le public qui joue un rôle important en exerçant une pression sur la politique de l'État et du secteur privé.
Nicholas STERN	<ul style="list-style-type: none"> - L'exclusion sur l'utilisation du bien n'est toujours pas une caractéristique de la propriété privée. - La responsabilité perçue de réduire les inégalités sanitaires constitue un motif solide pour une action de l'État en matière de protection sociale. - La variable explicative pour expliquer la croissance à long terme était la compétence administrative du gouvernement (cité par Reynolds, 1983). - Les questions relatives aux droits fondamentaux et à l'égalité des chances renvoient à l'action des pouvoirs publics.

	- Les problèmes de vulnérabilité économique et physique sont particulièrement graves.
Joseph STIGLITZ	<ul style="list-style-type: none"> - La production privée ne peut imiter la production publique, c'est-à-dire, la production publique idéale, que dans des conditions très restrictives. - L'État doit intervenir pour promouvoir l'esprit d'entreprise - L'innovation au sein des entreprises d'État requiert l'esprit d'entreprise tout autant que dans le secteur privé.

3.4. La globalisation dans les politiques de santé

L'approche globale des politiques de santé s'intéresse prioritairement aux interconnexions et aux similitudes qui existent entre les nations. Selon Gardon et al. (2020) cette approche vise à comprendre principalement le travail des organisations internationales qui développent des stratégies spécifiques, participant à rendre opératoire les circulations à partir d'une convergence et d'une harmonisation internationale des normes et des idées à un niveau qui dépasse celui des États. Les auteurs considèrent que le poids des institutions et la variété de leur construction politique au prisme des relations entre différentes échelles permettent d'appréhender les processus de convergence dans le cadre de l'interdépendance des organisations internationales. Ce processus d'hybridation et de construit peut renforcer et consolider les politiques internes et externes de l'Etat. Ces arrangements institutionnels concernent notamment des politiques publiques dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'environnement, des finances etc.). L'émergence des configurations organisationnelles permet d'associer les pouvoirs publics de différents niveaux, les ONG, les organisations professionnelles et les entreprises privées participant aux innovations sociales des sociétés contemporaines. Au-delà du modèle d'institutionnalisation du management public, ces approches ont mis en évidence les dysfonctionnements institutionnels et organisationnels, mais aussi les régulations à l'œuvre, lesquelles font surgir différents types d'acteurs légitimes ayant des intérêts différents et qui ne partagent pas souvent les mêmes perceptions, comme le soulignent Gardon et al. (2020). Cette collaboration d'ouverture n'est pas exempte d'inconvénients, comme le montre l'étude menée par Guennif (2018) sur les réformes visant à renforcer les droits des brevets en Thaïlande au profit des multinationales pharmaceutiques et

au pays du nord. A titre d'exemple, « la licence obligatoire peut nuire à l'abordabilité des médicaments au sud » (Guennif, 2021)²⁶.

La gouvernance du sanitaire implique une collaboration entre l'État et de nombreux acteurs et fait l'objet de nouvelles mobilisations collectives et citoyenne face aux risques politiques, sociaux, économiques et environnementaux. Les outils de cette gouvernance ont été profondément renouvelés au fil des années, s'inscrivant dans une logique de performance.

Appréhender dans le domaine sanitaire, la globalisation implique principalement deux processus imbriqués : l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé (Browner, 1989) et la circulation mondiale des modèles de santé (Zimmermann, 1995). Selon Fassin (2000), l'interdépendance mondiale des déterminants sous-tend l'hypothèse selon laquelle l'état sanitaire d'une population observée dans un village ou un quartier, en quelque lieu que soit est étroitement lié aux rapports de forces internationaux. A titre d'exemple, l'auteur considère qu'il n'est possible d'analyser des incidences de maladies, de prévalence de malnutrition, des taux de mortalité localement constatés sans les inscrire dans l'histoire, démographique, sociale, économique et politique de la région du pays ou du monde.

Le processus lié à la circulation mondiale des modèles de santé implique des instruments de mesure, qu'il s'agisse d'indicateurs, d'enquêtes, de rapports ou des tests statistiques, ainsi que les notions, telles que les populations à risques, les programmes de prévention, de précaution, de surveillance épidémiologique et de gestion de risques sanitaires. Ce point illustre dans une analyse politique « Entre politique de la vie et politique du vivant » que Didier Fassin (2000), met en évidence, dans ses travaux réalisés sur l'anthropologie de la santé que ces instruments de mesure sont des produits de relations scientifiques et de politiques internationales. Fassin considère que les dimensions politiques de la santé mettent en jeu des rapports de pouvoir dans les interactions entre les organismes publics et privés, les groupements de personnes et d'individus de divers États. Ces relations résultent d'un processus historique, entretenues dans le présent et projetées pour l'avenir. L'élargissement de l'approche politique de la santé l'a amenée à s'ouvrir à plusieurs autres disciplines telles que l'économie, la sociologie et l'anthropologie, et à promouvoir la création de programmes internationaux

²⁶ « Le renforcement du système de brevets et son extension géographique ne trouvent pas de justification convaincante dans une hausse de l'innovation et une contribution au bien-être général, compte tenu de ses effets saillants au sud : augmentation du prix de médicaments essentiels, obstacles à leur accessibilité et frein au développement industriel » (Guennif, 2021).

pluridisciplinaires de recherches correspondant essentiellement au domaine de l'intervention sanitaires.

Repenser la santé à l'aune des crises sanitaires et de grands bouleversements économiques et sociétaux nécessitant l'intervention des acteurs publics pour accompagner et stimuler les innovations de demain semble devenu cruciale. Des chercheurs Foray et al. (2012) et Mazzucato (2016) mettent en lumière la nécessité, face aux défis actuels de mettre en œuvre des politiques publiques orientées, en perspective de combler les failles du marché et façonner les marchés de demain. Cette approche suscite cependant un certain nombre de critiques de plusieurs pays développés, notamment du secteur de l'industrie pharmaceutique.

Les efforts internationaux en faveur de l'accès aux médicaments dans les pays africains constituent un enjeu majeur de santé compte tenu du poids et de l'incidence des maladies. La dépendance aux importations de médicaments, les difficultés d'approvisionnement peuvent contribuer à creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Le volontarisme de quelques grands bailleurs de fonds, comme les États-Unis, l'Allemagne et la philanthropie de grandes fondations ont notamment permis d'améliorer le volume de l'aide au développement liée à la santé. Le moteur de cette solidarité a été le développement de programmes verticaux d'initiatives publiques et privées. Des auteurs comme Barthélémy et Thuilliez (2013) et Wagstaff et Doorslaer (2004) restent peu convaincants quant aux effets positifs de l'aide internationale à la santé. Selon Niangaly et al. (2021), si certains programmes peuvent avoir des effets positifs sur le contrôle d'autres maladies infectieuses et l'accès aux soins des personnes vulnérables, la réorientation des investissements en santé pourrait se faire au détriment de besoins essentiels, comme celui du renforcement des système de santé pour être en mesure de délivrer efficacement mais aussi équitablement les médicaments. Ainsi, le débat sur l'efficacité des programmes de santé et la verticalité des actions se focalisait notamment sur la lutte contre certaines maladies ou sur des crises sanitaires ciblées.

Les crises successives en santé publique (VIH-Sida, Ebola, Covid 19) et le dérèglement du marché pharmaceutique offrent l'opportunité aux pays africains de repenser leurs contributions à la production des connaissances et d'informations scientifiques internationales (moins de 5%), face aux besoins immenses et spécifiques de leurs populations (Niangaly et al., 2021). Les scientifiques africains peuvent jouer un rôle important dans l'effort international de développement des médicaments, à la fois pour la disponibilité et l'efficacité des soins de santé, mais aussi pour la valorisation de leurs découvertes. Les crises sanitaires offrent donc de

nouvelles opportunités pour mieux relier entre eux les objectifs du développement durable (ODD), la croissance économique et repenser le lien entre santé et développement économique et social.

Les systèmes de santé des pays africains sont sous financés, peu efficaces et confrontés souvent à des programmes verticaux qui ne s'alignent pas nécessairement sur les priorités de santé des populations comme le soulignent Niangaly et al. (2021). Les programmes de solidarité en santé ne couvraient pas une grande partie des besoins de soins, même s'ils permettaient plus ou moins l'accès aux services de santé à certaines populations spécifiques. Le mauvais arbitrage dans la répartition des ressources allouées à la santé, l'inefficacité dans la gestion des ressources financières, la délégation de la gestion d'une partie du système de santé à des organisations communautaires, et les organisations de la société civile qui n'ont pas forcément les moyens requis pour mener à bien les missions qui leur sont assignées expliquent en partie les raisons de la faible performance du système de santé sénégalais (Niangaly et al., 2021). Face aux conséquences des inégalités, les acteurs locaux se mobilisent dans le but de proposer de couvrir les soins de santé primaires avec une faible cotisation pour la population exclue de la couverture sanitaire institutionnalisée.

Conclusion

Les déterminants socioéconomiques de la santé contribuent à la construction des inégalités dans l'accès aux services de soins de santé (Kolossvary et al. (2023) et Levesque et al. (2013). Dans la littérature, les auteurs soulignent notamment les barrières financières, géographiques, culturelles et l'insuffisance des services de soins de qualité pour un nombre significatif de citoyens dans les pays en développement, et en particulier au Sénégal. Les résultats du modèle de Pathway proposé par l'organisation mondiale de la santé, adapté au contexte sénégalais dans notre analyse des déterminants socioéconomiques de la santé a permis d'illustrer la grande précarité, les indicateurs économiques encore très faibles par rapport à ceux des pays développés. Par ailleurs, il convient de souligner l'existence des écarts considérables de niveau de vie entre les groupes sociaux ou entre les populations à l'intérieur du pays. Des dysfonctionnements et des insuffisances dans les infrastructures physiques, sociales et financières notés sont susceptibles d'entraîner de graves défaillances et des résultats faibles et sous-optimaux pour la société. La qualité du capital humain doit être améliorée dans tous les secteurs notamment le domaine de la santé et de la protection sociale.

Par ailleurs, la création d'emplois formels reste le maillon faible avec un nombre très inférieur de travailleurs dans le secteur dit formel. Face à ces dysfonctionnements, la question de la transition du travail informel vers de l'emploi formel reste visiblement une problématique du marché de travail pour les gouvernants du Sénégal. L'emploi formel constitue un facteur déterminant à l'accès à l'assurance maladie.

Le cadre conceptuel de Pathway présenté par l'OMS, (2008) quand bien même adapté au contexte africain notamment par la prise en compte du facteur emploi reste insuffisant à l'explication des déterminants socioéconomiques de l'accès aux soins de santé au Sénégal. Toutefois, l'emploi joue un rôle dans le développement économique et social. La création des opportunités d'emplois formels permettra de réduire le taux de pauvreté, la vulnérabilité et les barrières financières à l'accès aux soins. Un taux d'emplois formels élevés favoriserait l'accès à la formation et contribuerait à la stabilité sociale, tout en réduisant les inégalités sociales de santé.

Kolossvary et al. (2023) ; Levesque et al. (2013) se sont notamment focalisés sur les déterminants socioéconomiques des patients, sur l'accès aux soins de santé et sur le système de santé mais abordent peu les facteurs historiques, institutionnels et culturels qui peuvent jouer un rôle important dans la construction des inégalités sociales de santé et les inégalités d'état de santé entre les individus et les groupes d'individus. Plusieurs facteurs extérieurs au contexte économiques ou au système de santé peuvent influencer la santé des populations. La compréhension des déterminants de la santé contribuera largement à la mise en place des politiques de santé, tenant aux spécificités des populations pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

Chapitre III : Les politiques de gratuité sélective des soins mises en œuvre au Sénégal

Introduction

Le début des années 2000 a marqué un tournant de l'histoire des politiques de santé dans les pays en développement. Comme le soulignent Ridde et al. (2011), bien que l'accès aux soins de santé ait connu une amélioration à l'échelle mondiale, des inégalités structurelles persistent, notamment en raison des barrières financières et la qualité de l'offre dans plusieurs pays en développement. Par ailleurs, le niveau encore élevé de mortalité infantile, l'insécurité alimentaire, la permanence des maladies infectieuses et la croissance des maladies chroniques constitueraient des menaces accrues pour la santé des populations. Malgré les avancées significatives observées au cours des dernières décennies, les inégalités en matière de santé demeurent tant entre individus qu'entre groupes sociaux.

Selon Tizio et Flori (1997), le contexte économique difficile, marqué notamment par les programmes d'ajustement structurels des années 1980 et 1990 semble avoir contribué à la dégradation des systèmes de santé dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, ce qui aurait entraîné une dégradation notable des conditions d'accès aux soins. Face aux inégalités croissantes dans l'accès aux soins, la majorité de ces pays ont dû instaurer, par la suite des dispositifs de gratuité sélective des soins au bénéfice de certains groupes sociaux. Ces dispositifs visent à améliorer l'accès aux soins de santé, notamment pour les groupes vulnérables afin de réduire les inégalités et promouvoir le développement du capital humain. En matière de la gratuité des soins, certains Etats ont fait le choix de la gratuité universelle. Le Brésil illustre cette approche, avec un système de santé garantissant la gratuité pour tous les citoyens.

Par ailleurs, Nanda (2002), ainsi que Malla Samb et Ridde (2013) mettent en évidence que l'expérience de l'Initiative de Bamako, en introduisant une participation financière a renforcé les obstacles à l'accès aux soins. C'est ainsi qu'à partir de 2005 que le Sénégal a décidé de mettre en place des dispositifs d'exemption de paiement ciblant les personnes vulnérables. Ces dispositifs reposent généralement sur des mécanismes de ciblage, fondés sur des critères à la sociodémographiques et économiques : le ciblage démographique évalue la vulnérabilité des individus, ainsi que la zone de résidence, tandis que le ciblage économique est basé sur l'appréciation des revenus de l'individu.

Demoutiez, (2015) souligne que les inégalités sociales de santé demeurent nombreuses et imbriquées, les plus prononcées, s’observant entre milieu périurbain et rural. Selon ANDS, (2021), au Sénégal, les inégalités observées quant à l’état général de santé entre les individus et groupes d’individus sont principalement d’ordre économique et démographique. Par ailleurs, Nguemdjo et Ventelou (2021) analysent les effets positifs et négatifs des migrations sur la mortalité infanto-juvénile dans une région rurale au Sénégal. Wilkinson, (1996) considère que les inégalités d’état de santé peuvent être expliquées par les inégalités d’accès aux soins et les conditions de vie de l’individu dans la société. Ces analyses montrent que les déterminants socioéconomiques (revenu, niveau d’étude, âge, sexe) influencent fortement l’accès aux soins et la santé des populations.

D’après l’analyse de Malla Samb (2014), les effets de la gratuité des soins s’avèrent plus avantageuses que la politique de subvention des soins. Certains chercheurs s’interrogent sur la qualité des soins gratuits. A ce sujet, Ridde et Diarra (2009) mettent en évidence le manque d’implication des comités de gestion communautaire et une mauvaise coordination des soins gratuits à différents niveaux de la pyramide sanitaire au Niger. En effet, l’absence d’implication et le manque de communication peuvent s’avérer contreproductifs et aller à l’encontre des besoins de soins des groupes ciblés. A cet égard, beaucoup de questions ont été soulevées concernant les effets de la gratuité, la qualité des soins et le ciblage des personnes vulnérables.

La première section est consacrée à l’analyse du contexte et de la pertinence des dispositifs de gratuité des soins au Sénégal, visant à réduire les inégalités d’accès aux soins. Cette première analyse permet ensuite d’élargir notre démarche dans la deuxième section, consacrée aux mécanismes de financement de la santé au Sénégal. Dans la troisième section, nous examinons les effets comparatifs de la gratuité des soins entre des pays d’Afrique de l’ouest. Enfin, nous abordons l’approche théorique par la modélisation de la logique d’intervention des politiques de gratuité des soins proposée par Robert et al. (2015). Ce modèle théorique est notamment centré sur les agents de santé (mise en œuvre de la gratuité) et les bénéficiaires (effets de la gratuité). Il apparaît que le modèle proposé par les auteurs est adapté au contexte des politiques de gratuité des soins au Sénégal. Ainsi, nous proposons notre modèle de gratuité des soins, afin de compléter et d’enrichir le cadre théorique de Robert et al. (2015), en intégrant des facteurs déterminants propres au contexte sénégalais.

Section 1 : Les politiques de gratuité des soins au Sénégal

Partant d'une synthèse de la littérature, nous présentons les différentes transitions des politiques de gratuité de soins : de la gratuité universelle à l'indépendance, à la gratuité sélective pour les personnes vulnérables.

1.1. La gratuité sélective des soins

Au Sénégal comme dans beaucoup de pays d'Afrique de l'Ouest, l'accès aux services de santé est limité par des contraintes socioéconomiques, géographiques et démographiques, comme en témoignent De Sardan et Ridde (2014). Selon Faye (2022), de nombreux ménages notamment en milieu rural rencontrent des difficultés pour accéder aux soins de santé de qualité, en raison des dépenses catastrophiques. Dans ce contexte, l'Etat sénégalais a mis en place des dispositifs de gratuité des soins destinés aux populations les plus vulnérables afin de promouvoir l'équité sociale. Les dispositifs de soins gratuits ciblant certains groupes sociaux, tels que les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les plus de 60 ans visent à améliorer l'accès aux soins et à réduire les inégalités en matière de santé.

En dépit des avancées notées dans les pays en développement, la mise en œuvre de la gratuité se heurte à plusieurs problématiques structurelles. En effet, « le financement du secteur de la santé demeure inférieur aux normes établies par la CEDEAO (communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest), fixées à 15% du budget ». De manière générale, c'est le secteur de la santé qui souffre d'un sous-financement, notamment en ce qui concerne les dispositifs de gratuité des soins.

L'État du Sénégal bénéficie des soutiens techniques et financiers dans le cadre des dispositifs de gratuité des soins obstétricaux et pédiatriques. Toutefois, la dépendance aux partenaires soulève des interrogations sur la pérennité de la politique de gratuité des soins. De ce fait, l'Etat est appelé à améliorer ses mécanismes de mobilisation financière, en exploitant ses potentiels économiques.

Le sous-financement du secteur peut limiter la fourniture des infrastructures et la formation du personnel de santé. Selon Sène et Codjia (2016), les disparités notées dans la répartition des ressources exacerbent les inégalités d'accès aux services de soins de santé. Le faible niveau de services est susceptible de dissuader certains patients de recourir aux soins

dans les structures de santé. En effet, la demande des services de santé peut être entraînée par la qualité des soins.

Par ailleurs, les campagnes de communication et de sensibilisation nécessitent une adaptation afin de mieux informer les bénéficiaires de la disponibilité des services de soins gratuits, en mettant en évidence l'importance de la prévention et des soins de santé dans les structures de santé notamment à l'échelle communautaire. Il s'avère que certaines personnes ne connaissent pas toujours leurs droits ou ignorent qu'elles peuvent bénéficier des soins gratuits. Par ailleurs, les fautes de gestion de fonds également impacter négativement l'accès aux services de soins de santé.

Il convient de rappeler que les critères de ciblage et d'enrôlement de bénéficiaires à la gratuité restent un enjeu majeur pour la réussite de la politique de gratuité des soins. Le ciblage est censé d'atteindre les plus vulnérables car il présente des avantages budgétaires dans un contexte de ressources limitées. En limitant la gratuité de certains soins pour certaines catégories de populations, l'État peut allouer son budget en fonction des besoins prioritaires, tout en évitant des dépenses inefficaces. Bien que le ciblage présente des avantages budgétaires, il requiert une gestion rigoureuse pour s'assurer que les groupes cibles soient effectivement enrôlés et bien servis et que les objectifs de la gratuité des soins soient atteints.

Au Sénégal, les politiques ciblées adoptent généralement des approches telles que le revenu, l'âge et le sexe. Amartya Sen (1985a) présente l'approche du ciblage par les besoins essentiels de l'individu. L'auteur a développé cette approche comme une alternative aux approches basées sur les ressources ou les résultats. Les méthodes de ciblage soulèvent beaucoup d'interrogations, comme la question de l'identification des personnes ciblées. Un ciblage inadéquat des bénéficiaires peut compromettre l'efficacité de la gratuité pour aboutir à des conséquences inégalitaires et réduire l'impact positif de la gratuité sélective. Des erreurs qui consistent à faire profiter du programme les personnes vivant en zones urbaines plus que celles vivant en milieu rural nécessitent une attention particulière pour être minimisées. Cornia et Stewart (1995) discutent des erreurs de ciblage dans les politiques de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Ils distinguent deux types d'erreurs qui fragilisent les politiques de sélection : les erreurs d'exclusion conduisant à exclure les personnes ciblées de la gratuité et les erreurs d'inclusion qui consistent à faire bénéficier du dispositif des personnes non-pauvres. En effet, les différentes méthodes de ciblage peuvent être combinées face aux faiblesses de

chacune des méthodes et à leurs complémentarités pour l'atteinte de la réduction des inégalités sociales de santé.

Les dispositifs de gratuité des soins constitueraient une étape clé de la transition vers la couverture sanitaire universelle, permettant aux populations d'accéder aux services de soins de santé. La réussite de cette transition requiert un financement adéquat et stable. Face aux resserrements budgétaires, un ensemble d'interrogations émerge : Quels plans d'actions étatiques dans la gestion du financement des dispositifs de gratuité des soins ? Olivier de Sardan et Ridde (2017) s'interrogent sur les effets des politiques de gratuité sélective des soins en Afrique, en mettant en lumière les principaux défis et des solutions pour garantir la pérennité de la gratuité des soins au bénéfice des populations vulnérables.

1.2. La gratuité des soins : de l'indépendance à l'initiative de Bamako

Au lendemain des indépendances, la prestation gratuite des soins dans le secteur public était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples africains de la domination coloniale, comme le soulignent Tizio et Flori (1997). Un grand nombre de dirigeants défendait une vision du socialisme africain, centrée sur la justice sociale. Ils auraient érigé en dogme la gratuité des services publics dont les services de soins de santé. La nécessité de préserver l'équité était au centre des préoccupations des dirigeants africains. Cependant, la réalisation de cet objectif se heurte dans le même temps à la persistance de la rareté des ressources financières et aux difficultés organisationnelles des systèmes de santé. Il était évident que la mise en place des mécanismes de la « gratuité pour tous » n'était pas simple, elle n'était pas non plus fonctionnelle dans toutes les structures de santé.

Au Sénégal, le régime de Senghor (premier président de la République du Sénégal) avait mis en place un système de santé public basé sur la gratuité. L'idée qui sous-tend cet objectif repose sur une conception de la justice sociale en matière de santé, qui consistait à assurer à chacun le libre accès aux soins selon ses besoins. Cependant, les structures sanitaires étaient concentrées principalement dans les grandes villes et l'organisation centralisée du système politique favorisait l'apparition des comportements rentiers au sein du système sanitaire, et hypothéquait l'équité (Tizio et Flori, 1997 ; Deville et al., 2018). L'État du Sénégal ne semblait pas avoir la capacité de mobiliser suffisamment de ressources pour assurer l'offre de soins gratuits et prendre en compte les problèmes d'équité territoriale.

A l'instar de certains pays d'Afrique subsaharienne, le Sénégal s'est engagé à assurer la santé et le bien-être de tous, en promouvant la stratégie des soins de santé primaires, conformément aux orientations de la déclaration d'Alma Ata. La conception de la « santé pour tous », consiste à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé. Cependant, il sied de rappeler que la situation économique et financière fragile durant les années 1970 et 1980, caractérisée par une contraction, a conduit les États d'Afrique subsaharienne, sous l'égide des institutions internationales de remettre en cause la fourniture gratuite des soins de santé. Face à l'impossibilité matérielle et financière de promouvoir un accès gratuit aux soins de santé, les institutions internationales auraient proposé aux gouvernements des pays en développement de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent. Cette réforme, appelée l'Initiative de Bamako visait à améliorer l'accès aux soins tout en apportant des solutions concrètes aux problèmes d'inefficacité des systèmes de santé des pays à africains, frappés par une crise d'endettement massif.

L'Initiative de Bamako (1987) visait à réhabiliter un système de santé public en faillite. Il convient donc de rappeler que l'approche de cette réforme en réponse aux défaillances de la gratuité universelle des soins a emprunté deux voies : le recouvrement des coûts sur le plan financier et la participation communautaire sur le plan organisationnel. Cette stratégie semble démocratiser l'accès aux soins de santé avec la participation communautaire dans la gestion de la santé. Ce qui a permis la mise en place des comités de développement sanitaire pour la cogestion des ressources tirées de prestations des services offerts par les structures de santé. Les comités communautaires de développement sanitaire avaient également pour mission de recruter du personnel local en charge du nettoyage, de la vente des tickets et des médicaments. Certains vont très vite être replacés dans des services de soins curatifs primaires, délaissés par les personnels de santé qualifiés, notamment dans les zones rurales. Les agents communautaires de santé prennent en charge des activités de soins, telles que les vaccinations, des accouchements, des consultations pré et post natales etc. Ces agents, du fait de leur proximité avec les populations, peuvent jouer un rôle important dans la décentralisation de la prise en charge des patients, pourvu qu'ils soient bien dotés de moyens et d'une formation en santé. Il convient de souligner que les personnels qualifiés sont souvent engagés dans des tâches administratives et des règles bureaucratiques qu'impose la verticalité du système de santé, ce qui peut réduire leurs temps opérationnels au niveau des services de soins.

Le financement des soins de santé qui semblait le mieux adapté, dans ce cas était un financement collectif et obligatoire, s'inscrivant dans un nouveau cadre de participation à la santé entre l'État et ses citoyens. Cette conception en appelle à la responsabilité financière de l'utilisateur du système de santé dans le cadre de laquelle chacun reçoit des soins en fonction de ce qu'il paie. Une telle mesure implique la solvabilité de l'individu face aux coûts des soins.

La tarification a en fait pour objectif principal de mobiliser les fonds vers les structures de santé afin que les ressources collectées soient réallouées à l'échelon local. Les ressources mobilisées doivent alors être affectées à des actions visant à améliorer la qualité des soins. Une telle mesure semblait indispensable à l'augmentation de la fréquentation des structures publiques de santé dans l'échelon périphérique. Par ailleurs l'augmentation des ressources par la contribution des usagers devrait permettre de supprimer les pénuries des inputs et de motiver les personnels soignants. Malgré sa mise en œuvre, l'initiative de Bamako n'a pas atteint ses objectifs d'améliorer l'accès universel aux soins. Le résultat ne s'est pas fait attendre : les services de soins de santé sont devenus inaccessibles pour la majorité de la population, incapable d'en payer les frais, d'après les analyses de Tizio et Flori (1997).

Des études montrent que l'élasticité du prix de la demande est significativement négative en Afrique où les inégalités de ressources et de conditions d'existence semblent élevées. La question qui émerge au sujet de l'instauration de tarifs était alors de savoir comment évoluerait la situation de ceux, parmi les plus démunis qui ne pouvaient pas payer les soins. Toutefois, cette objection ne serait plus recevable, dès lors qu'on considère qu'auparavant la majorité de la population n'avait pas accès aux soins, fussent-ils gratuits, et qu'en fin de compte la tarification ne pourrait aggraver l'inégalité d'accès aux soins. Ce raisonnement trouve son soubassement dans le fait qu'à l'époque, malgré la gratuité des services publics de santé (période postindépendance), les patients payaient pour les soins dispensés par des guérisseurs traditionnels. Avant la colonisation, il existait manifestement un ordre politique, social et économique dans les sociétés africaines. De la même manière que l'on a pu constater que l'influence politique de l'administration coloniale n'a pas empêché l'émergence d'idiosyncrasies des populations sur leur choix de traitement. Ce qui laisse à penser qu'avant l'arrivée des colons européens, la société sénégalaise présentait déjà des inégalités accusées. Ainsi, les inégalités en santé peuvent se mesurer en tenant compte non seulement des variables économiques et politiques mais aussi des variables culturelles ou ethniques. Ce modèle de lecture anthropologique prédit de nouvelles dynamiques et de reconfigurations des politiques

publiques. Toutefois, ces considérations culturelles ou ethniques semblent être retardées, en raison de la place secondaire qu'elles occupent dans la mise en œuvre des programmes de santé. Une telle conception peut alors présenter des défaillances graves dans la prise en charge des populations culturellement défavorisées.

Au sujet de la qualité de ces soins, les évaluations peuvent s'effectuer sur des indices qui prennent en compte la présence ou l'absence de médicaments essentiels. La mesure de la qualité des soins peut également dépendre d'autres facteurs comme la compétence des personnels de santé et leur motivation. En revanche, le patient s'attache souvent à la pertinence des soins, à la qualité de l'accueil ou à la confiance que suscite le personnel de santé. Or le paiement n'aurait pas d'influence directe sur ces indicateurs. L'analyse que l'on peut en tirer est que si les patients font recours à la médecine traditionnelle plutôt qu'à la médecine publique gratuite, c'est qu'il existerait un différentiel de qualité au profit des tradipraticiens.

Selon Batifoulier et Da Silva (2022), la transversalité de la santé implique que les questions de santé aient la faculté de relier entre elles toutes les grandes questions économiques et sociales, comme le soutiennent. La place grandissante de ces questions peut s'observer dans les politiques de santé, attendant aux considérations socioéconomiques des individus. Afin de prendre en compte cette dimension politique de l'ajustement, à partir des années 2000, le Sénégal a décidé de créer des filets de sécurité comme dispositif de compensation et d'assistance afin de pallier les désavantages que subissent certaines personnes vulnérables. L'abolition partielle du paiement direct passe ainsi par les dispositifs de gratuité sélective des soins destinés à ces personnes vulnérables (femmes enceinte, enfant, personne âgées). Cette transition vers une couverture maladie universelle semble les rapprocher des mesures du modèle Bismarckien.

1.3. Les politiques de gratuité sélective des soins des années 2000 et 2010 au Sénégal

Les politiques de gratuité sélective des soins ont pour objectif de réduire les barrières financières en éliminant les frais acquittés au niveau du prestataire (OMS, 2010). Elles permettent de réduire les barrières financières à l'accès aux soins de santé et d'améliorer la disponibilité financière en particulier pour les plus pauvres.

La tarification généralisée constituait un point d'achoppement sur le plan de l'équité, car, elle exclue du système de santé ceux qui ne pouvaient pas payer. La conception Rawlsienne

de l'équité privilégie donc, d'orienter le financement public sur la prise en charge des indigents. Par ailleurs, l'application d'un tel principe remet en question l'accès d'une frange de la population aux soins, en fonction du seuil d'éligibilité, à l'exemption du tarif. Mathauer et al. (2017) insistent sur la nécessité d'aligner ce seuil avec la capacité contributive du patient, pour qu'une telle équité soit optimale.

La gratuité sélective varie selon les groupes de population particuliers. Au Sénégal, des critères sociodémographiques (sexe, grossesse, âge, zone de résidence) déterminent principalement l'éligibilité. En conséquence, la gratuité des soins contribue avant tout à la détermination du panier des services, puisqu'elle met la priorité sur certains services à ces populations vulnérables. Le passage à la sélection des groupes sociaux marque une différence importante avec la gratuité aux traitements de certaines pathologies (VIH- SIDA, tuberculose, malaria, maladie rénale) à l'ensemble de la population. Les raisons pour lesquelles ces services sont offerts gratuitement sont essentiellement pour promouvoir l'accès équitable aux services de soins, en particulier pour les groupes de population les plus pauvres, et pour leur fort impact bénéfique en termes de santé publique et de développement économique et social (Mathauer et al., 2017).

Suivant l'exemple d'autres pays africains, le Sénégal a mis en place des dispositifs de gratuité sélectifs des soins. Durant les années 2000 et 2010, plusieurs programmes ont été mis en place, centrés sur la stratégie d'extension de la couverture santé universelle :

- La gratuité des soins pour les accouchements et les césariennes
- La gratuité des soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans (le plan Sésame)
- La gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans
- La gratuité de la dialyse

La gratuité des accouchements et de la césarienne

La mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique dans le monde. En 2020, environ 70% de l'ensemble des décès maternels ont été enregistrés en Afrique subsaharienne (OMS). Il est estimé qu'une partie des décès maternels liés aux complications du travail et de l'accouchement est généralement évitable par une césarienne réalisée en temps utile et dans les meilleures conditions. Cet objectif éclairé semble ne pas être atteint dans plusieurs pays en développement. En effet, cela pourrait s'expliquer par les contraintes financières, les distances trop longues entre le domicile des patients et les services de santé, les

faibles performances des structures de santé, impactant souvent l'accès aux services chirurgicaux. Pour remédier à ces problèmes, le Sénégal a lancé en 2005 la phase pilote du programme de gratuité dédiée aux soins de santé maternelle dans cinq régions administratives (Fatick, Kolda, Matam, Tambacounda et Ziguinchor) sur la base de la cartographie de la pauvreté et de la prévalence du taux de mortalité maternelle²⁷. En 2006, l'initiative est étendue à toutes les régions du Sénégal à l'exception de la région de Dakar, puis à l'ensemble du territoire national à partir de 2014. Est éligible toute femme sénégalaise en état de grossesse.

L'objectif de cette politique est d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier. Elle comprend donc les accouchements au niveau des postes et des centres publics de santé et les césariennes pratiquées dans les hôpitaux de district comme dans les hôpitaux régionaux. Le financement est assuré par l'État du Sénégal à travers un préfinancement versé dans le budget des hôpitaux (ministère de la santé). Les mécanismes de financement de la césarienne dépendent du niveau de prise en charge de la patiente : des kits sont mis à la disposition des hôpitaux de districts, tandis qu'un remboursement de 55.000 FCFA (environ 84 euros) par césarienne est accordé aux hôpitaux régionaux (une partie du financement est avancée par l'Etat, en attendant qu'il rembourse le montant restant ultérieurement. Pour les accouchements simples, des kits comprenant des produits de base sont mis à la disposition des centres et postes de santé (ministère de la santé).

Des études menées par Mbaye et al. (2013) et Deville et al. (2018) mettent en évidence une augmentation significative du nombre d'accouchements assistés et de césariennes dans les structures publiques de santé. En effet, le nombre d'accouchements dans les centres et les postes de santé a augmenté de 77% entre 2005 et 2006 dans les cinq régions où le dispositif a été initialement implanté. Les travaux de Mbaye, Dumont, Ridde et Briand (2011)²⁸ part d'un constat selon lequel l'augmentation excessive des césariennes dans les hôpitaux était liée, soit parce que les hôpitaux déclarent plus de césariennes qu'ils n'en ont effectivement pratiquées, soit parce que les personnels de santé multiplient les césariennes de convenance pour bénéficier davantage de subventions. Nkoumou Ngoa (2022) propose une réflexion synthétique sur l'effet causal de ce dispositif à court terme et sur l'utilisation des services de soins maternels. L'auteur

²⁷ Ministère de la Santé et de la prévention médicale. Évaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal, 2007.

²⁸ « L'étude a aussi montré que le contexte institutionnel et les contraintes des responsables d'hôpital peuvent encourager des taux de césariennes élevés car cela permet d'augmenter les ressources financières des hôpitaux ». (Mbaye et al., 2011).

appuie son argumentation sur l'étude des données de la phase pilote, faisant état d'un impact non significatif du dispositif. Cet effet inattendu peut s'expliquer, selon l'auteur par des dysfonctionnements tels qu'une communication peu claire autour du dispositif, l'insuffisance en personnel de santé et leur manque de motivation, le manque de transparence et les ruptures de stocks.

La nouvelle version de 2017 du manuel de procédures des initiatives de la gratuité exclut la prise en charge des accouchements simples. Ainsi, le panier de la gratuité offert aux bénéficiaires ne concerne que les césariennes, comprenant l'acte préopératoire et opératoire, les kits de médicaments, les produits nécessaires à une réanimation éventuelle, le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours (ministère de la Santé, 2017).

Le plan Sésame

Le plan Sésame représentait à l'époque une politique publique innovante, la première du genre en Afrique de l'Ouest. Annoncé lors d'un discours à la nation en avril 2006 par le président Abdoulaye Wade, le plan Sésame ne se limitait pas au volet sanitaire, mais comprenait tout un volet social à l'origine du projet. Selon Mbaye et al. (2013), la conception extensive du volet social a été abandonnée, en raison de son insoutenabilité financière. La formulation, le financement et la mise œuvre relèvent uniquement d'initiatives nationales. Le décret présidentiel instituant le plan Sésame donne droit à tous les citoyens sénégalais âgés de plus de 60 ans, l'accès aux soins de santé mais limité à des paquets de prestations de soins. Il s'agit, d'une part, de couvrir le reste à charge des retraités de l'institut de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) et du fonds national de retraite (FNR) et, d'autre part, de prendre en charge les personnes âgées dépourvues d'assurance maladie. Le volet sanitaire avait pour objectif de faciliter l'accès aux consultations, à l'hospitalisation, aux médicaments essentiels, aux actes chirurgicaux, aux prestations biologiques et aux examens complémentaires (Agence de la Couverture Maladie Universelle, 2017). Ainsi, les soins gratuits sont appliqués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à condition d'en respecter le système de référence.

Le plan Sésame est souvent qualifié de dispositif purement politicienne par sa forte dimension électorale pour deux raisons. Premièrement, l'annonce du programme intervient à la veille des élections présidentielles de 2007, sans expérimentation préalable. Deuxièmement, la capacité budgétaire ne répond pas aux besoins de couverture des soins inclus dans le

dispositif. Ce manque de préparation et d'anticipation conduira à l'abandon du volet social, ce qui a dorénavant réduit le plan à la seule exemption des soins.

Selon Leye et al. (2012), si le recours aux soins a augmenté dès la mise en œuvre du dispositif, il a, par ailleurs, commencé à baisser dans certaines structures de santé pendant les années qui ont suivi, car des prestataires de services de soins refusaient d'appliquer la gratuité, devenue, au fil du temps un gouffre financier pour ces structures. Selon ces auteurs, malgré les mesures de préfinancement du volet sanitaire, les hôpitaux souffraient des retards de remboursement de l'État. Ainsi, la dette du plan vis-à-vis des hôpitaux était estimée à (4) quatre milliards de FCFA en 2011. Ceux-ci s'ajoutent aux (14) quatorze milliards que l'État devait déjà aux structures sanitaires, comme le soulignent Mbaye et al. (2013). Les auteurs soutiennent que « le financement du plan faisait l'objet de détournements d'objectifs au nom du principe d'unicité de caisse en fonction des besoins urgents de la structure de santé. La surfacturation permettait de faire face à une consommation rapide des préfinancements, occasionnant des ruptures de stocks de médicaments essentiels. A cela s'ajoutent les difficultés liées au déficit de personnels soignants au niveau national ». Ces dysfonctionnements que l'on peut constater ne seraient pas liés à l'idée du plan elle-même qu'à sa mise en œuvre.

La gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans

Le Sénégal a lancé en octobre 2013 sa nouvelle politique de gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de 5 ans. Cette mesure vise à prendre en charge ces enfants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les services concernés ne couvrent que les soins essentiels : les consultations, la vaccination, accès aux médicaments et les hospitalisations au niveau des postes et des centres de santé, tandis que les consultations d'urgence et la prise en charge des cas référés sont assurées au niveau des hôpitaux (ministère de la santé, 2017).

Les enfants de moins de (cinq) 5 ans constituent un groupe de population particulièrement vulnérable. La prise en charge des enfants permet, non seulement d'identifier les principaux facteurs de risques et de maladies de l'enfance qui affectent leur santé, mais aussi de contribuer à la mise œuvre des programmes sanitaires innovants. « Une grande partie d'enfants morts aurait pu être évitée par des interventions simples et par une meilleure prise en compte de la part des pouvoirs publics » (UNICEF, 2021). Selon cette institution onusienne, le Sénégal a réalisé d'énormes progrès dans la promotion de la santé de l'enfant. Cependant, il reste encore à faire pour créer un environnement protecteur au développement des enfants et

des générations futures. Les statistiques témoignent un bilan mitigé de l'effort du Sénégal dans les politiques de santé en faveur des enfants. Par exemple, entre 2010 et 2016, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq (5) ans est passée de 27% à 17%, cependant, six (6) des quatorze (14) régions du pays ont enregistré des taux supérieurs à 25% (ANSD). Selon Faye (2022), malgré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les familles rencontrent des difficultés à accéder à des services de soins et à les utiliser, en raison des coûts inhérents aux soins et du manque d'informations (). L'auteure considère que de nombreux enfants ratent des opportunités d'accès aux soins gratuits à cause des lacunes liées à l'information. De la même manière que les pratiques culturelles néfastes peuvent représenter un risque à la bonne santé des enfants. La position géographique peut également constituer un obstacle à l'accès aux soins.

En 2011, la mortalité infantile était estimée à 72 décès pour 1.000 naissances vivantes (ministère de la Santé, 2011). En 2021, le taux tourne autour de 39 décès pour 1.000 naissances vivantes. Le paludisme, les maladies diarrhéiques, les maladies nutritionnelles, les infections respiratoires aiguës restent les principales causes de décès (World Health Organisation, 2021).

1.4. Les politiques d'exemption aux traitements de pathologies

Une attention toute particulière est portée à la question de l'accès aux services de soins de santé à l'ensemble de la population sans mécanisme formel de ciblage, notamment en ce qui concerne les affections prioritaires telles que la tuberculose et la dialyse des reins. Au niveau national, différents programmes de subvention ou d'exemption des frais ont été mis en place par l'État du Sénégal et ses partenaires au développement.

A la différence des OMD (objectifs du millénaire pour le développement), les ODD (objectifs du développement durable) impliquent aussi bien les pays développés que les pays en développement pour la période de 2015 à 2030. Les ODD comptent un plus grand nombre d'objectifs (17), s'appuyant sur une approche axée sur l'égalité et fondée sur les droits à tous les niveaux de la société. Ce programme mondial allie croissance économique et développement durable qui intègrent une approche d'inclusion sociale.

Malgré la mise en place de la gratuité sur les pathologies chroniques destinée aux populations, les dépenses de santé pour le traitement de ces pathologies restent toujours importantes (ANSD, 2022).

La tuberculose constitue un problème majeur de santé publique au Sénégal. C'est la raison pour laquelle l'État a mis en place le programme national de lutte contre la tuberculose (PNT). La stratégie d'information et de communication sur la tuberculose semble insuffisante. Il n'existe que peu d'outils de communication dans les zones excentrées. Les communicateurs traditionnels sont très peu impliqués. Une des conséquences de ce manquement est la méconnaissance de la maladie par une grande partie de la population et des décideurs locaux. Par ailleurs, le traitement de la tuberculose est associé à des effets secondaires et à des contraintes financières pour les patients, en raison des coûts connexes liés au traitement. Selon les estimations du ministère de la santé, il est attendu chaque année, 188 nouveaux cas de tuberculose pour 100.000 habitants (soit 20.000 nouveaux cas par ans), et le taux de mortalité est estimé à 17 décès pour 100.000 habitants. Selon l'ANSD, en 2021, le tiers des malades attendus n'a pas été retrouvé. L'infection au VIH et les maladies chroniques constituent des principaux facteurs de risque de tuberculose en Afrique (OMS, 2012). Le financement pour le traitement de ces maladies chroniques dépendait à plus de 80% des partenaires au développement principalement l'USAID, l'ONG norvégienne LHL, la fondation Bill et Melinda Gates au cours des années 2000.

La tuberculose est contagieuse et peut survenir chez toute personne sans distinction d'âge ou de sexe. Le diagnostic est gratuit, tout comme le traitement et le transport des malades pour les rendez-vous. Les grandes villes comme Dakar, Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Saint-Louis et Kaolack sont considérées comme des zones peuplées à forte charge de morbidité liée à la tuberculose. Les facteurs qui expliquent la concentration de la maladie dans ces zones relèvent de la promiscuité notamment dans les quartiers périphériques. Le suivi des malades reste cependant centralisé dans la capitale Dakar, obligeant les malades à se déplacer vers Dakar.

Le programme de gratuité de la dialyse a été lancé depuis 2012. Il s'agit de la thérapie rénale pour les patients atteints d'insuffisance rénale terminale. En d'autres termes, tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique au stade terminal ou d'une insuffisance rénale aigue, est éligible au programme de prise en charge gratuite de la dialyse. Sont gratuits : les kits d'hémodialyse ou de la dialyse péritonéale et les séances de dialyse, avec trois séances gratuites par semaine (Couverture Maladie Universelle, 2012). Au Sénégal, les principales causes d'insuffisance rénale sont l'hypertension artérielle, le diabète et le VIH. La prévalence de la maladie est estimée à 4,9% au Sénégal (ministère de la santé, 2020).

Compte tenu de la demande accrue et de l'offre insuffisante des hôpitaux publics, les directives de l'État recommandent un rationnement au moyen de listes d'attente de patients. En d'autres termes, le principe de justice sociale appliqué pour rationner la thérapie rénale passe ainsi par l'identification préalable à l'enrôlement dans les hôpitaux publics. Malgré ces recommandations, les critères appliqués pour enrôler les patients paraissent imprécis. Les travaux de Faye (2022), montrent que les critères d'enrôlement ne sont pas favorables aux plus démunis. L'auteure suppose que l'absence des individus les plus pauvres dans l'enrôlement révèle que ces derniers ont un accès très limité à la dialyse. Ce résultat indique que le dispositif reste favorable aux plus riches, ce qui révèle de graves inégalités, dans la mesure où la dialyse est nécessaire à la survie des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Au stade 5, considéré plus grave, le patient a besoin d'une thérapie de remplacement rénal pour survivre. La thérapie de remplacement conduit, soit à une hémodialyse, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale. Le fait marquant de cette ambitieuse initiative est que les maladies non transmissibles sont connues pour être d'importants facteurs de coûts indépendamment du niveau de revenu du patient. Selon Ridde (2015), l'efficacité de ce dispositif à fournir une protection financière effective a été remise en cause, alors qu'une barrière financière à l'utilisation de ces services de soins persistait.

Section 2 : Financement des dépenses de santé entre 2004 et 2013 au Sénégal

Les principaux indicateurs du financement des dépenses de santé connaissent une variation importante sur la période de 2004-2013. Les dépenses augmentent plus vite que ne croît la richesse nationale.

2.1. Les dépenses de santé

La conjoncture socioéconomique et politique façonne l'évolution des dépenses de santé au Sénégal, constituant ainsi un enjeu majeur pour le pays. Le gouvernement sénégalais travaille en collaboration avec l'OMS pour améliorer les infrastructures de santé et l'accès aux soins de santé. Malgré les efforts réalisés, le Sénégal fait face à de nombreux défis en matière de services publics de santé, notamment en termes d'accès aux soins et de qualité des infrastructures de santé. La majorité des infrastructures de santé et des professionnels spécialisés est concentrée dans les grandes villes comme la capitale Dakar. Le budget alloué à

la santé pour répondre aux besoins croissants des populations semble très limité²⁹. De nombreux ménages doivent faire face à des dépenses catastrophiques, entraînant une baisse du niveau de vie et l'augmentation de la pauvreté.

Le graphique 9 traduit la variation des dépenses entre 2004 et 2013. Les paiements directs des ménages avoisinaient les 55% des dépenses de santé courantes. En 2005, (année de la phase pilote du programme de gratuité dédiée aux soins de santé maternelle dans cinq régions administratives), ce ratio enregistrait une baisse brutale de 37% pour les ménages en 2006.

Le tableau 12 dresse quant à lui la dynamique des dépenses publiques de santé à la même période. Tout comme le PIB par habitant, les dépenses de santé per capita (en dollar US) ont connu une progression. L'engagement de l'État dans le secteur de la santé, mesuré par le niveau des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses du gouvernement a oscillé entre 9% en 2004 et 5% en 2013. Ce qui semble s'éloigner de l'engagement de la déclaration d'Abuja. Il sied de rappeler qu'en 2001, les États membres de l'Union Africaine (UA) se sont engagés à allouer 15% de leurs budgets gouvernementaux à la santé. L'analyse de nos données révèlent une évolution significative des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé de 36% en 2004 à 43% en 2005, puis à 47% en 2006.

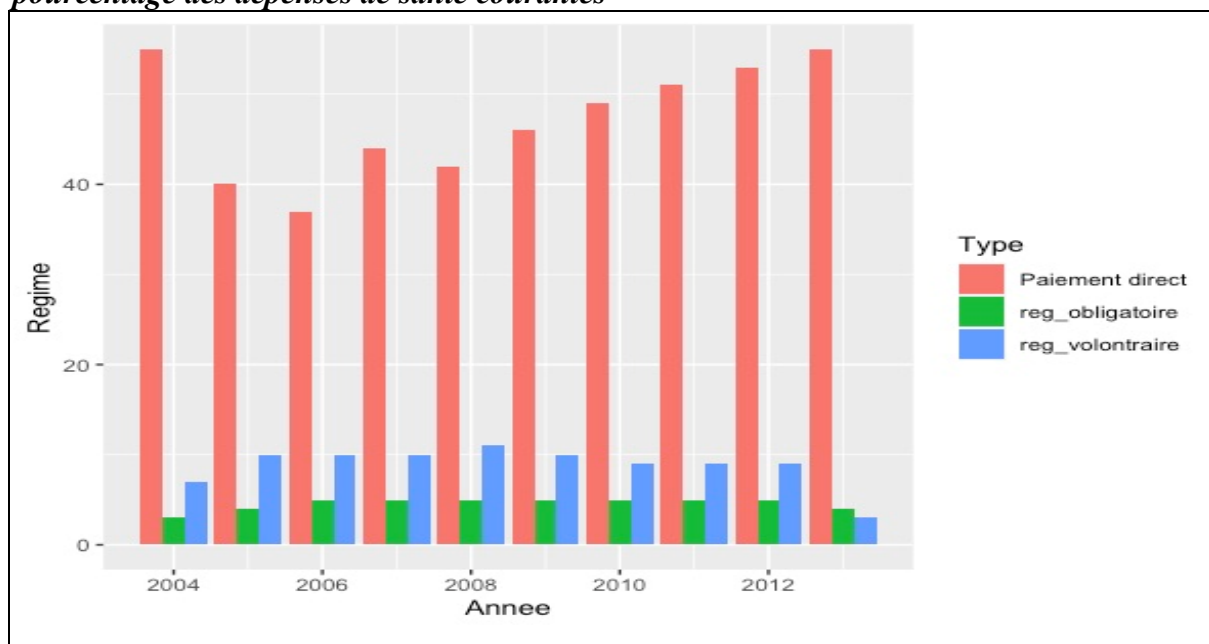
Au Sénégal, le secteur de la santé présente plusieurs lacunes dans le financement de l'accès aux soins. Des inégalités apparaissent au sein de chaque groupe social. Il convient de rappeler que le premier groupe dit formel bénéficie d'une protection sociale en santé, représentant moins de 20% de la population. Le reste de cette population ne possédant pas d'assurance liée au travail est donc exposé aux dépenses catastrophiques.

Selon l'OMS (2019), lorsque les dépenses d'un ménage excède les 40% de ses revenus totaux, elles sont considérées catastrophiques. Les dépenses directes des ménages liées à la maladie peuvent faire basculer des familles à des situations d'extrême pauvreté. Ce constat impose une évaluation de la stratégie de financement de la santé visant à améliorer la protection des populations vulnérables contre les risques financiers afin de tendre vers la couverture maladie universelle de qualité.

²⁹ En 2023, l'État a consacré environ 7,5% de son PIB aux dépenses de santé (ANSD, 2023).

Le graphique 9 de compare les modalités de financement de la couverture santé en pourcentage des dépenses de santé. En effet, le pourcentage du paiement direct avoisine les 60%, ce qui explique l'exposition des ménages aux dépenses catastrophiques au Sénégal. Ainsi, le tableau 12, présente l'évolution du PIB constant, ainsi que les données sur les dépenses de santé sur une période de dix ans.

Graphique 9 : Dynamique des dépenses de santé par régimes de financement en pourcentage des dépenses de santé courantes



Source : Auteur à partir des données de Global Health Expenditure Database
<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Tableau 12 : Dynamique des dépenses de santé

Indicateurs	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIB Per capita (\$ US constants)	942	1003	1039	1210	1420	1324	1287	1384	1385	1417
Dépenses courantes de santé per capita (\$ US)	43	37	39	41	50	51	52	58	57	61
Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales (courantes) de santé	55	40	37	44	42	46	49	51	53	55
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales	9	9	8	6	7	7	5	6	5	5
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	36	43	47	39	40	37	29	31	29	27

Source : Auteur à partir des données de Global Health Expenditure Database

<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

World Bank Database Indicators - <https://databank.worldbank.org/reports>

En dépit du manque de données désagrégées et des particularités de filets de dépenses, ces données montrent la présence de grandes similitudes dans l'expression des inégalités en santé. L'Etat mobilise des leviers de financements externes en collaboration avec ses partenaires à l'échelle nationale et internationale. D'après l'OMS (2019) les ménages sénégalais prennent en charge environ 50% des dépenses de santé, ce qui est considéré comme catastrophique notamment pour les familles pauvres.

Par ailleurs, les dispositifs de mutuelles de santé à base communautaire représentaient une stratégie d'extension visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et les dépenses catastrophiques des communautés. Les mutuelles de santé communautaires jouent un rôle complémentaire dans le renforcement des politiques de gratuité de soins au Sénégal. Cette complémentarité tient au fait que ces mutuelles peuvent assurer la prise en charge des soins non inclus dans les dispositifs de gratuité des soins.

Section 3 : La situation des dispositifs de gratuité des soins en Afrique

Les inégalités entre nations et au sein des nations bouleversent les États, comme certaines crises récentes le donne à voir. L'Afrique subsaharienne est le sous-continent où les inégalités sociales sont parmi plus élevées. L'accroissement démographique continue d'y être rapide, malgré les crises sanitaires et quelques conflits armés à fondement ethnique ou communautaire.

3.1. Comparaison de quelques pays d'Afrique subsaharienne

Au cours des décennies précédentes, nombre de pays d'Afrique subsaharienne ont mis en œuvre des dispositifs de gratuité des soins dans les services de santé publics, en ciblant des personnes vulnérables : pauvres, femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans (Afrique du Sud, Burkina Faso, Ghana, Mali, Sénégal), et exceptionnellement les personnes âgées au Sénégal.

La réponse apportée notamment aux besoins de soins des groupes vulnérables, a consisté en l'introduction formelle de la prise en charge de certains frais de soins par les pouvoirs publics. Une telle mesure trouverait sa justification dans les principes du droit à la santé pour tous et de justice sociale. Selon Sardan et Ridde, (2012), la délivrance des soins est officiellement basée sur le recouvrement des coûts dans lequel les mesures de gratuité sont enchâssées. En d'autres termes, Il a été procédé à la mise en œuvre d'une coexistence entre deux sous-systèmes sanitaires. D'un côté, des services de santé payants sont proposés aux individus non-bénéficiaires de la gratuité, des services de santé gratuits sont accessibles à certains groupes sociaux éligibles à certains services de soins sur des critères sociaux. Les deux modalités coexistent selon les architectures diverses et complexes de chaque pays.

Dans certains cas, des études montrèrent que l'introduction de la prise en charge gratuite des groupes vulnérables eut un effet positif en termes d'utilisation des services de santé. Cependant, d'autres études ont montré que, dans le cas où ces dispositifs de gratuité furent introduits sans mesures d'accompagnement, le bénéfice s'est contracté au détriment de ces personnes vulnérables qui se retrouvèrent exclus des services de santé du fait des coûts indirects insoutenables non pris en charge. De ce fait, comme l'ont montré Mathauer et al. (2018), les personnes vulnérables ou les pauvres ont la plupart du temps, continué, à faire face aux dépenses catastrophiques ou ont dû renoncer aux soins. Les travaux de Riumallo-Herl et al. (2019) montrent que, malgré la mise en place de la politique de gratuité dans les structures publiques de santé en Afrique du Sud, les dépenses de santé n'ont pas diminué pour les

catégories de populations les plus pauvres. Selon Mathauer et al. (2018), dans certains cas, la demande de soins n'est pas correctement anticipée par un approvisionnement de médicaments et de matériel médical nécessaires, si bien que certains patients sont contraints de les payer dans le secteur privé ou de se tourner vers le marché informel.

Dans d'autres cas, les études montrent que les femmes de revenus plus élevés bénéficient plus des services de soins gratuits, notamment quand ceux-ci s'appliquent à l'accouchement par césarienne, comme le soulignent El Khoury et al. (2012), Mallé Samb et Ridde (2013), Mallé Samb Ridde (2018). Plusieurs aspects expliquent cette tendance, du fait notamment de la concentration de l'offre dans les zones géographiquement plus favorisées. Sardan et Ridde (2013), soutiennent que les prestataires des services de soins ne peuvent alors pas faire face à l'augmentation de la demande engendrée par la gratuité, provoquant ainsi, une pénurie accrue de produits médicaux et de personnel, comme ce fut le cas au Mali et au Niger. Pour le cas du Burkina Faso, Ousseini et Kafando, (2013) ont montré que les retards de remboursements aux prestataires de soins ont été une des causes principales de la baisse de la qualité des services fournis à titre gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Au Ghana, les plus riches bénéficiaient davantage de la gratuité des accouchements et des césariennes dans les régions centrales que les ménages les plus pauvres (Asante et al., 2007). Au Niger, la faible qualité des soins de santé, notamment les difficultés d'approvisionnement en médicaments ont souvent amené les bénéficiaires de la gratuité à recourir aux services privés de santé (Olivier de Sardan and Ridde, 2013).

Par ailleurs, il y a eu aussi des résultats positifs dans des pays qui ont pu résoudre ces dysfonctionnements. Par exemple, dans l'État de Jigawa au Nigéria, une ligne budgétaire explicite et conséquente a été consacrée au programme de la gratuité des services de soins de la mère et de l'enfant (Baruwa et al. 2011). L'instauration des mutuelles de santé communautaires semblent les plus adaptées au développement de l'assurance maladie dans le secteur informel, comme cela s'observe dans des pays comme le Ghana et le Rwanda, qui ont dépassé respectivement de 50% et 80% de couverture de leurs populations en matière d'assurance maladie. Selon Asante et al. (2007) et De Allegri et al. (2012), malgré les résultats positifs dans plusieurs pays, certaines études concluent que l'accès aux soins gratuits était dans certains contextes inévitables et que certains dispositifs de gratuité n'ont pas réussi à réduire les dépenses de santé des plus pauvres.

En somme, dans les pays d'Afrique subsaharienne, les dispositifs de gratuité sont relativement différents, mais les problèmes dans la conception et la mise en œuvre restent similaires (Olivier de Sardan et Ridde, 2012). Les dysfonctionnements seraient souvent associés au manque de préparation, de communication, de gestion efficace et principalement de financement.

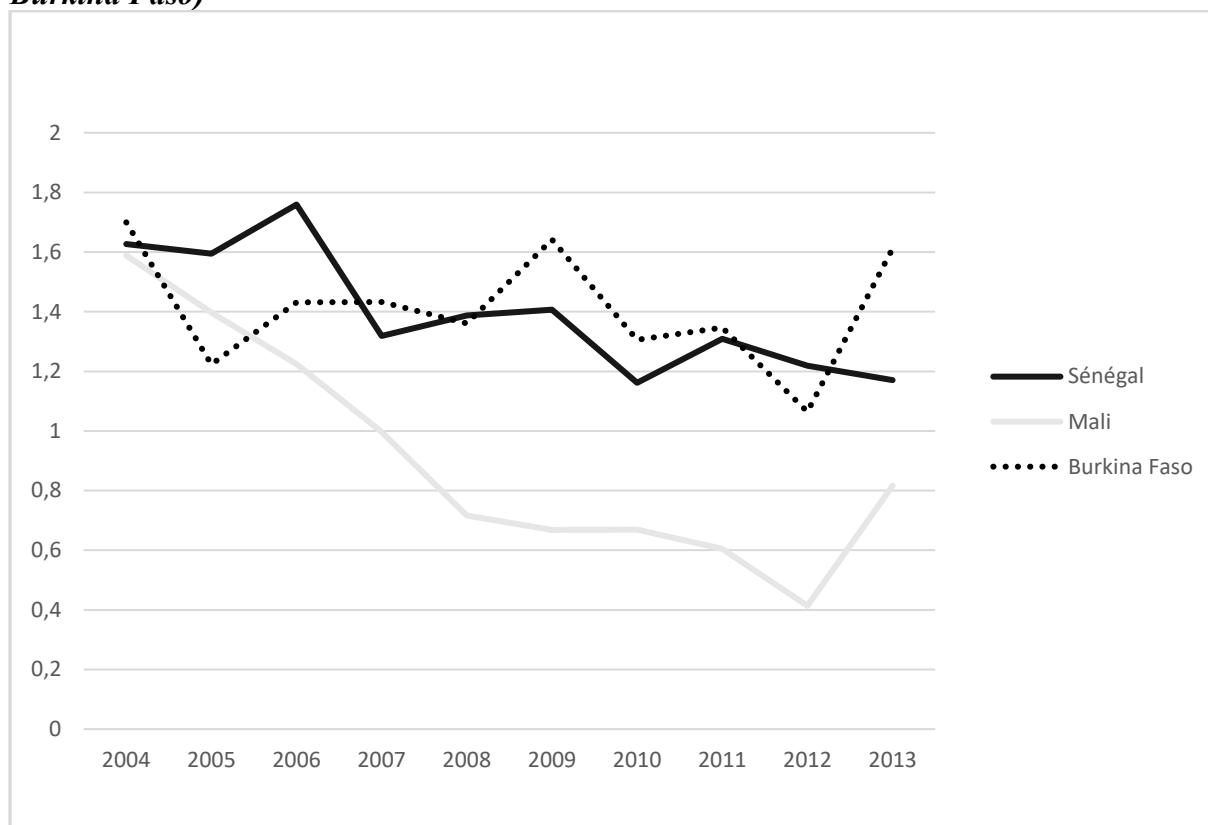
Le tableau 13 fournit des exemples de programmes de gratuité sélective des soins mis en place dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Tableau 13 : Aperçu des politiques de gratuité sélective des soins en Afrique

Services de soins	Population	Exemples de pays
Accouchement	Femmes enceintes	Burkina Faso, Burundi, Kenya, Niger
Anténataux, Postnataux	Femmes enceintes	Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Ghana, Malawi, Niger
Césariennes	Femmes enceintes	Bénin, Burundi, Sénégal
Gratuité pour les enfants	Enfants	Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Sénégal
Gratuité pour les personnes âgées	Personnes de plus de 60 ans	Sénégal

Source : Adapté de Barroy (CERDI)

Graphique 10 : Dynamique des dépenses publiques de santé en % du PIB (Sénégal, Mali et Burkina Faso)



Source : Auteur à partir des données de World Bank Database/ worldbank.org/reports

La particularité du Sénégal réside dans le fait qu'il est généralement considéré comme l'un des pays les plus stables d'Afrique subsaharienne. Le contexte politique s'est progressivement consolidé, amenant à un système institutionnel et démocratique, malgré la situation socioéconomique difficile dans une Afrique postcoloniale aux prises avec les soubresauts socio-politiques. Les conditions de croissance économique restaient insuffisantes pour réduire les inégalités.

A la fin des années 90, les politiques sociales en Afrique subsaharienne deviennent de plus en plus l'objet de nouvelles politiques majoritairement destinées à la santé maternelle et infantile. Les politiques sociales de soutien à la vieillesse se limitaient notamment aux politiques de retraite, qui ne bénéficient qu'à une minorité de personnes âgées.

Le Sénégal est caractérisé par des inégalités socioéconomiques, dont les origines remontent à l'ordre précolonial avec la montée en puissance des élites religieuses et celle des élites politiques associée à l'expérience coloniale (Foley, 2010). Malgré les inégalités fortes, le contexte social est fortement caractérisé par la solidarité et l'entraide. Foley, (2010),

l'originalité des structures familiales et des relations de parenté place certains agents publics de santé dans des situations où ils se sentent obligés d'offrir des services de soins gratuits à des parents et amis. Cette pratique renvoie à la gratuité informelle permettant de bénéficier des services de soins offerts par la structure sanitaire sans aucune contrepartie financière pour des raisons liées à des liens familiaux ou amicaux.

La population sénégalaise est majoritairement musulmane (plus de 96%), les catholiques représentent 4%, les animistes et autres religions représentent environ 0,1% (ANDS, 2022). Selon les travaux de Ugeux (2000) et de Simard (2006), malgré les voix discordantes, certains auteurs considèrent que l'influence de la spiritualité dans la santé appuie l'idée que les valeurs spirituelles apportent une contribution indéniable à la santé physique et psychique, ainsi qu'à la satisfaction de vivre.

S'agissant du cadre normatif, le principe constitutionnel (article, 27, alinéa 2), dispose que l'État et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la protection physique et morale de la famille, et en particulier les personnes handicapées et les personnes âgées.

3.2. Les effets sociaux de la gratuité des soins sur les inégalités en Afrique de l'Ouest

Selon Ridde et al. (2014), la gratuité des soins de santé permet aux populations vulnérables, notamment les populations pauvres vivant en milieu rural ou dans les quartiers périphériques d'accéder à des soins de santé autrefois inabordables. Ils considèrent que l'effet protecteur de la gratuité des soins reste cependant mitigé à causes des défaillances graves, telles que le faible niveau de financement et l'inefficacité de gestion, susceptibles de compromettre son efficacité. Les dysfonctionnements dans la gestion de ces dispositifs, notamment au niveau des remboursements aux structures de santé ont été constatés au Sénégal (Mbaye et al. 2012) et au Niger (Diarra, 2012). Les effets de la gratuits des soins peuvent être hétérogènes et disparates. Dans leurs travaux, Belaid et Ridde (2015) analysent les facteurs contextuels influençant l'efficacité des soins gratuits et mettent en évidence l'importance de comprendre les facteurs humains et les contextes locaux pour expliquer les effets hétérogènes de la politique de gratuité ou de subvention.

Par exemple, en ce qui concerne le plan sésame au Sénégal, Mbaye et al. (2012) souligne que la décision a été prise de manière précipitée avant une échéance électorale. La précipitation et l'impréparation de ce dispositif peuvent expliquer les difficultés de sa mise en

œuvre. Les résultats de (Guihard, 2013) ont montré que la gratuité des soins a entraîné une augmentation significative de la demande des services de soins, impactant sur les ruptures de stock de médicaments au Mali, au Niger et au Burkina Faso.

Pour ce qui est de la formulation des dispositifs de gratuité des soins, les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont adopté des méthodes de ciblage de bénéficiaires et des services de soins, contrairement à certains pays anglophones comme le Ghana qui a mis en place un régime d'assurance maladie visant à offrir une couverture santé à tous les citoyens depuis 2003 (national health insurance scheme).

L'effet des dispositifs de gratuité sur les inégalités de soins a largement été discuté (Nkoumou Ngoa, 2020 ; Ridde et Morestin, 2011). Li et al., (2017) soutiennent que la gratuité des soins contribue à améliorer l'équité dans l'utilisation des soins. Selon Penfold et al. (2007), la gratuité pour les femmes enceintes a permis une augmentation significative des accouchements assistés par les professionnels de santé au Ghana. Ce que confirme une étude menée par De Allegri et al. (2012) dans le même contexte et qui soutient que l'utilisation des soins de santé maternels a connu une augmentation significative en Afrique de l'Ouest. Les résultats de Heinmuller et al. (2012) ont montré que la gratuité des soins a augmenté la fréquentation des structures de santé mais ont également mis en évidence les défaillances liées à l'implémentation et à l'efficacité dans la gestion. Dzakpasu et al. (2012) considèrent que la suppression des paiements directs a conduit à une augmentation de l'utilisation des soins de santé pour les accouchements en établissement au Ghana, au Kenya et au Sénégal.

Les écrits scientifiques montrent que les dispositifs de gratuité des soins peuvent induire des effets économiques. Compte tenu du contexte, elles peuvent avoir des implications importantes, parmi d'autres de deux effets principaux : au niveau macro, touchant plusieurs aspects du système de santé et au niveau micro, touchant notamment les individus et les ménages.

Au niveau micro, les dispositifs de gratuité permettront aux ménages, en particulier les plus défavorisés d'accéder aux services de santé essentiels. Ceci conduit principalement à l'accès aux services de soins préventifs et curatifs. La prévention axée à l'éducation et à la sensibilisation contribuerait à promouvoir des comportements sains et à prévenir des maladies non transmissibles et chroniques. Dans ce contexte, les individus peuvent recevoir des soins en

temps opportun, ce qui réduirait les risques de vulnérabilités accrues. L'inclusion sociale renforcerait la participation communautaire comme le suggère la charte d'Alma Ata

La déclaration d'Alma Ata (1978) s'était engagée de donnée aux communautés le pouvoir d'avoir le contrôle sur leur état de santé dans la mesure où une personne en bonne santé est plus productive. Peerenboom et al. (2014) considèrent que la transparence, et la participation communautaire sont essentielles pour le succès de la politique de gratuité au Burundi.

Dans un contexte de paiement direct les individus peuvent être contraints à revoir leurs budgets et même de renoncer à se soigner dans les structures de santé. Dans ses travaux, Ridde (2012) examine les obstacles financiers à l'accès aux soins et propose des stratégies fondées sur l'équité pour les lever. La réduction des dépenses de soins donnerait l'opportunité aux ménages d'épargner ou de libérer des ressources financières pour d'autres besoins vitaux comme l'éducation, le logement et l'alimentation. Cependant, la mise en œuvre de ces dispositifs a été imparfaite dans la majorité des pays qui l'appliquent (Olivier de Sardan et Ridde, 2013). La persistance des dépenses catastrophiques pour les ménages pauvres semble relativiser les effets escomptés de la gratuité des soins sur les personnes pauvres en Afrique subsaharienne. L'étude de Xu et Coll. (2005) montre que, malgré la gratuité des soins en Ouganda, les dépenses catastrophiques liées à un recours aux services de santé n'ont pas diminué pour les ménages cibles. Bien que les consultations et certains examens soient gratuits, au Sénégal, les soins non couverts par les dispositifs ne sont pas gratuits, les patients doivent encore supporter des coûts indirects, tels que les frais de transports (Kâ et al., 2016). Au Niger, certains agents font payer aux patients certains soins pourtant gratuits, en se faisant des revenus supplémentaires (Ridde et Diarra, 2009).

Au niveau macro, les implications des dispositifs de gratuité des soins touchent des aspects importants de la société en général, notamment le système de santé. Si la gratuité améliore globalement l'accès aux services de soins, son impact sur la réduction des inégalités sociales demeure limité. La littérature montre que malgré la mise en œuvre des dispositifs de gratuité des soins, les groupes sociaux vulnérables continuent d'être désavantagés. Les inégalités structurelles telles que la répartition géographique des infrastructures de santé persistent et continuent de poser des défis importants. Dans les régions excentrées, les bénéficiaires de la gratuité peuvent rencontrer des difficultés à se rendre aux structures de santé en raison de la mauvaise qualité de certaines infrastructures de transport. Ces difficultés

peuvent constituer un obstacle à l'accès aux services de santé. Par ailleurs, Olivier de Sardan et Ridde (2017) soulignent des contradictions et des incohérences de la politique de gratuité telles que le manque de financement, les problèmes de gouvernance et la corruption. Ce que confirme une étude menée par Mathauer et al. (2017). Ces derniers considèrent que les problèmes de gouvernance, tels que la corruption et la mauvaise gestion des ressources sont susceptibles d'aggraver les inégalités sociales de santé.

Belaid et Ridde (2015) soulignent des problèmes de mise en œuvre comme le manque de médicaments et de personnel qualifié. Quant à Scheil-Adlung (2015), il examine les raisons de disparités comme le manque d'infrastructures de santé, la répartition inégale des ressources et le manque de personnel soignants en milieu rural. En conséquence, l'afflux massif des patients dépasse souvent l'accueil des infrastructures et du personnel soignant. Le financement rabougri des dispositifs de gratuité limite la capacité à fournir des soins de qualité et à maintenir un approvisionnement adéquat en médicament et en équipement au Niger (Ousseini et Kafando, 2015). Ridde et al. (2024) examinent les efforts du Sénégal sur sa stratégie d'extension de la couverture maladie universelle à travers des unités départementales d'assurance maladie. Ils soulignent le manque de ressources financières et humaines, la faible collaboration des mutuelles avec les établissements de santé ainsi que des retards de remboursements de prestations fournies. Pour Nkoumou Ngoa (2020), la gratuité des soins maternels a augmenté l'utilisation des services de soins de santé au Sénégal, entraînant une surcharge des systèmes de santé existants.

Section 4 : Modèle conceptuel de l'accès aux services de soins gratuits

Dans cette section, nous présentons le cadre conceptuel d'intervention des politiques de gratuité des soins proposé par Robert et al. (2015). Les dimensions de cette approche nous semblent plus inclusives centrées davantage sur les patients et les soignants ainsi que sa contribution pour la suite de nos analyses.

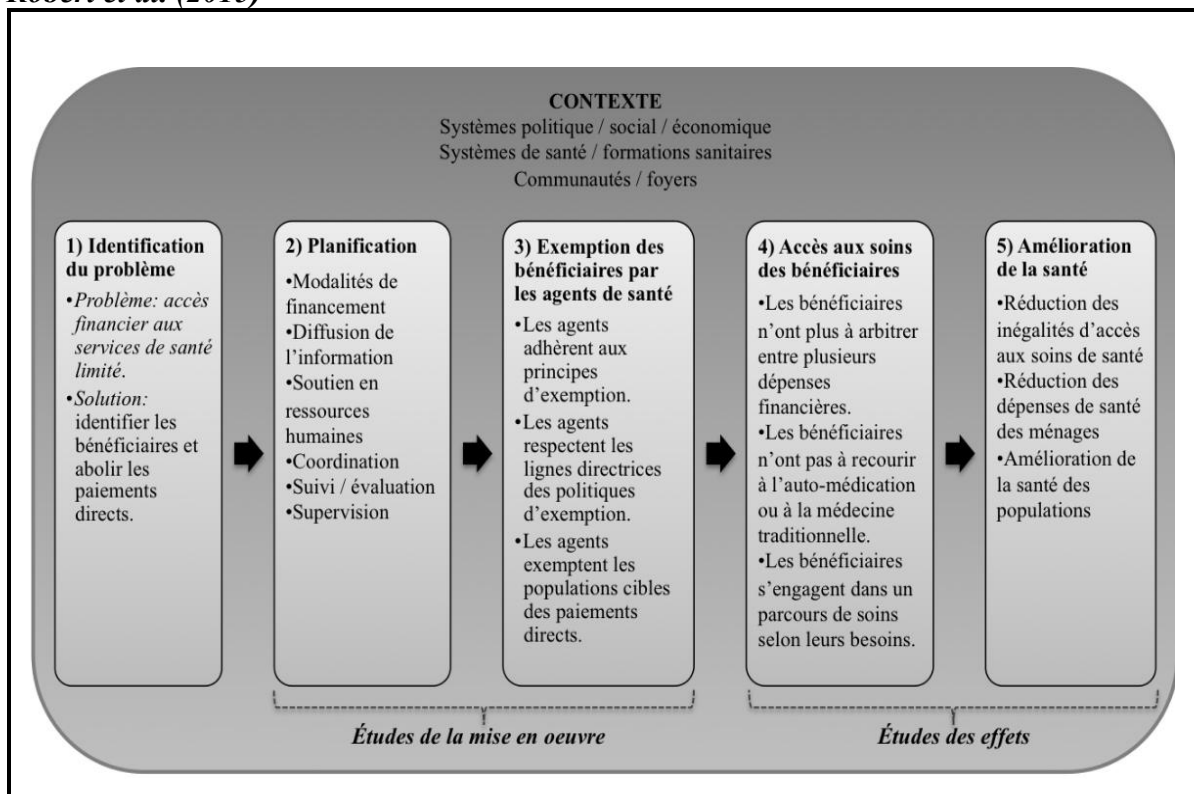
4.1. Le cadre conceptuel de Robert et al. (2015)

De nombreuses études ont été menées sur les politiques de gratuité des soins. Partant de la littérature, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont décidé d'assurer la gratuité de certains soins à certaines populations. Robert et al. (2015) décrivent comment ces politiques permettent d'améliorer l'accès aux soins, par quels mécanismes, pour quelles populations et

dans quels contextes. Il s'agit d'une approche qui se dessine tout au long du processus d'accès aux soins, de l'identification du problème à l'amélioration de la santé. Ainsi, le processus d'accéder aux soins gratuits est considéré comme la possibilité d'identifier le problème de santé, de planifier l'accès aux services de soins, d'être exempté par les agents de santé, d'utiliser les soins et d'améliorer la santé (Robert et al., 2015) (figure 09, ci-après).

Dans une telle approche, Frediani (2010) considère l'accès aux soins gratuits au point comme une ressource contribuant à renforcer le pouvoir d'agir des usagers. Selon Robert et al. (2015), l'accessibilité aux soins est influencée par des facteurs structurels, locaux et individuels (. Ces facteurs sont interconnectés et s'influencent mutuellement. Les auteurs considèrent que ces facteurs déterminent la capacité du patient de se saisir de cette ressource et de faire le choix de recourir aux services de soins gratuits par trois mécanismes : la confiance, l'acceptabilité et la connaissance du risque.

Figure 9 : Définition du processus d'intervention de la politique de gratuité des soins de Robert et al. (2015)



Source : Robert, Malla Samb, Marchal et Ridde (2015)

Le processus d'utilisation des soins gratuits tel que décrit correspond à une séquence de cinq étapes : de la perception du problème de santé aux solutions de santé. Ce cadre conceptuel montre notamment les dimensions de l'offre (services publics de soins) et les dimensions de la demande (l'utilisateur bénéficiaire de la gratuité). L'hypothèse est que ce modèle permet aux personnes ciblées d'accéder aux services de soins et de les utiliser. L'objectif principal de ce modèle est de renforcer les dispositifs de gratuité afin de réduire les inégalités (Robert et al., 2015). Préoccupés par l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables, Dixon-woods et al. (2006) explorent une approche critique pour analyser l'accès aux soins des groupes défavorisés. Leur approche décrit comment l'éligibilité aux soins gratuits est négociée entre les individus et les services de santé. Les auteurs considèrent que les mesures classiques des politiques de santé sont insuffisantes et soutiennent une approche innovante en fonction du contexte pour réduire les inégalités. Quant à Malle Samb, Bélaid et Ridde (2013), ils ont également mené une revue systématique en tenant compte des facteurs économiques, sociales et culturelles pour analyser les interactions entre les femmes bénéficiaires de la gratuité et les soignants. Ils concluent que la gratuité des soins ne garantit pas une meilleure qualité des interactions entre bénéficiaires et soignants. Ce résultat contraste avec le processus d'intervention (niveau, 3), proposé par Robert et al. (2015).

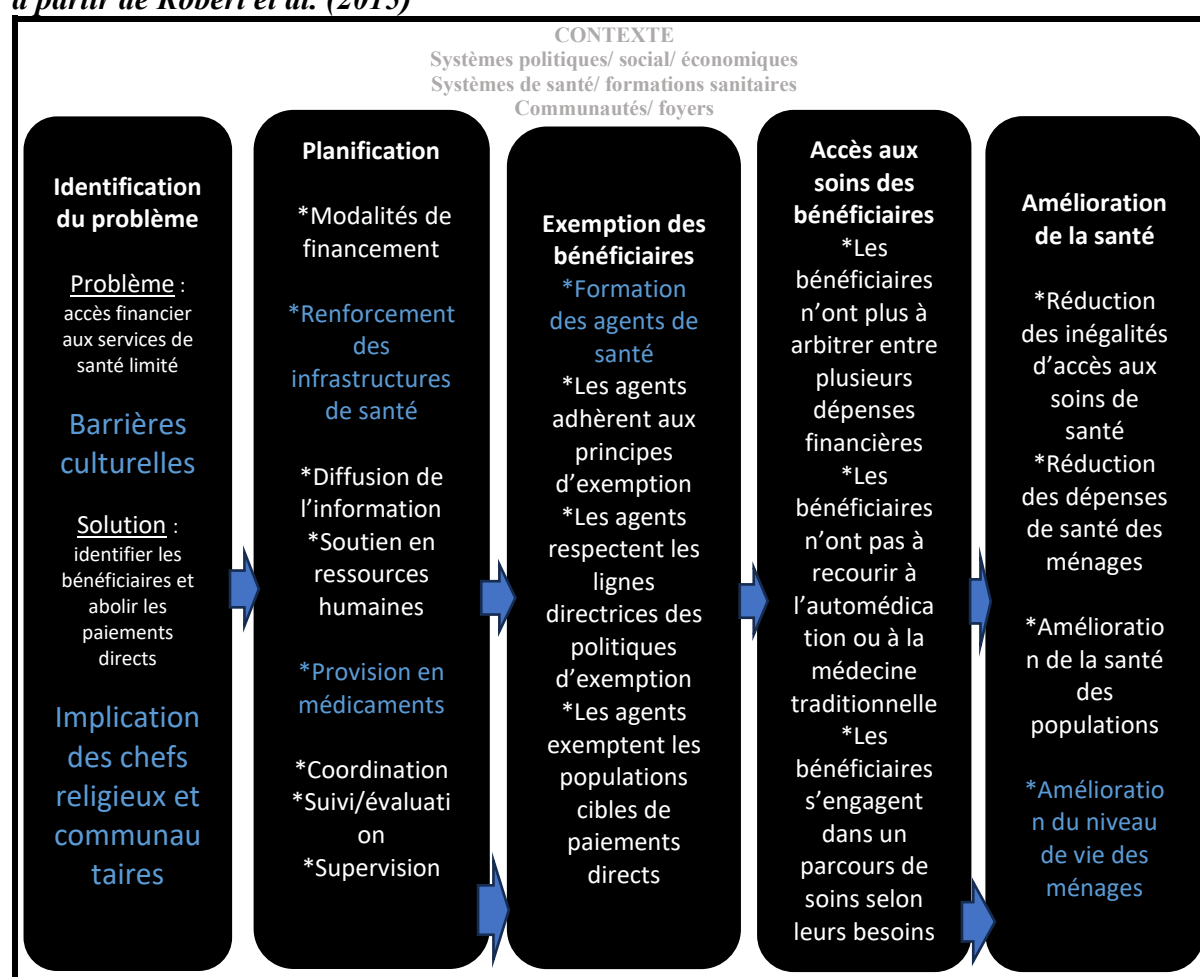
Tableau 14 : Description du processus des différentes étapes de la gratuité des soins par Robert et al. (2015)

Etapes du processus d'accès à la gratuité		
1	Identification du problème	<p>Problème : accès financiers de santé limité est aux difficultés rencontrées par les populations vulnérables. La suppression de barrières financières est l'un des objectifs principaux de la gratuité des soins. Plusieurs études ont démontré que les barrières financières constituent un obstacle important dans l'utilisation des soins malgré la gratuité.</p> <p>Solution : Identifier les bénéficiaires et abolir les paiements directs au point de services de santé est un objectif important qui permet de supprimer les coûts immédiats que l'usager doit payer lorsqu'il sollicite les services de soins de santé. Ce mécanisme est censé favoriser une utilisation plus équitable des soins et une accessibilité accrue chez les bénéficiaires. 86% des familles d'enfants non assurés ont connu des dépenses catastrophiques de santé contre 54% des familles d'enfants assurés. Cependant, 64% de toutes les familles ont connu des dépenses catastrophiques de santé (Stewart et al., 2020).</p>
2	Planification	<p>Modalité de financement fait référence aux enjeux et défis auxquels sont confrontés les politiques de gratuité. Il faut garantir un financement suffisant et stable pour assurer l'efficacité de la gratuité des soins. Une augmentation de la demande de soins peut engendrer une surcharge au niveau des structures de santé et affecter la qualité des soins. Face aux remboursements insuffisants des dépenses de prestations, l'État contractait une dette qui s'accumulait au fil du temps (Leye et al., 2013). D'après ces auteurs, cette situation oblige certains hôpitaux à restreindre les prestations, voire arrêter la prise en charge des personnes âgées au Sénégal.</p> <p>Diffusion de l'information est relative au partage de l'information auprès des bénéficiaires. Ils doivent comprendre les mécanismes d'accès aux services de soins, leurs droits, les soins disponibles. Les professionnels de santé doivent clairement expliquer les modalités et la disponibilité des services de soins.</p> <p>Soutien en ressources humaines est un défi crucial qui consiste à assurer la disponibilité des services de soins. Il faut renforcer la formation des professionnels de santé et améliorer les conditions de</p>

		<p>travail. Améliorer la répartition des professionnels de santé notamment dans les zones rurales. Au Niger, les résultats montrent un manque de personnel soignant, ce qui expliquerait les plaintes récurrentes des agents de santé sur la charge de travail (Antarou et al., 2013).</p> <p>Coordination désigne une gestion efficace du système de santé. Elle implique la collaboration de tous les acteurs de la santé pour une meilleure efficacité des services de santé. Mbaye et al. (2013) soulignent une gestion inefficace conduisant à un contraste entre la politique de gratuité de soins dédiée aux personnes âgées et l'état de sa mise en œuvre.</p> <p>Suivi et évaluation est lié à un processus qui permet de mesurer l'efficacité des programmes de gratuité afin d'apporter des ajustements.</p> <p>Supervision, essentielle pour suivre la mise en œuvre des dispositifs de gratuité et identifier les ajustements entre les objectifs fixés et le résultats atteints</p>
3	Exemption des bénéficiaires par les agents de la santé	<p>Les agents adhèrent aux principes d'exemption de paiement pour tous les bénéficiaires de la gratuité. Toutefois, la mise en œuvre dépendra notamment de la capacité à financer et, du financement à la disponibilité des services.</p> <p>Les soignants doivent respecter les lignes directrices des politiques d'exemption en accord avec les principes de justice sociale et d'équité. Le respect de ces principes contribuerait à une prise en charge juste entre les populations. Par ailleurs, l'application des mesures de gratuité peut varier en fonction de la disponibilité des services de soins de santé.</p> <p>Les agents exemptent les populations cibles des paiements directs pour le respect des principes de la gratuits. L'absence de coût entraîne le non-paiement en accords avec ces principes. Ridde et Diarra, (2009) ont constaté que certains agents font payer aux patients certains soins pourtant gratuits, en se faisant des revenus supplémentaires au Niger.</p>
4	Accès aux soins des bénéficiaires	<p>Les bénéficiaires n'ont plus à arbitrer entre plusieurs dépenses financières au regard de leurs conditions de précarité. La persistance des dépenses catastrophiques annihile les principes de la</p>

		<p>politique de gratuité. Malgré la gratuité, les dépenses catastrophiques liées à un recours aux services de santé n'ont pas diminué pour les plus démunis en Ouganda (Xu et Coll., 2005).</p> <p>Les bénéficiaires n'ont pas à recourir à l'automédication ou à la médecine traditionnelle, ils doivent opter pour les soins modernes dans les structures de santé. En milieu rural burundais, les accouchements à domicile sont plus fréquents dans les ménages ayant un faible niveau de vie, malgré la politique de gratuité (Nkurunziza, 2016).</p> <p>Les bénéficiaires s'engagent dans leurs parcours de soins selon leurs besoins pour recevoir des soins réellement appropriés pour sa santé. Cette dimension est fortement liée à la volonté individuelle du patient, évoquée par Levesque et al. (2013).</p>
5	Amélioration de la santé	<p>Réduction des inégalités d'accès aux soins de santé, liée aux l'objectifs de la politique de gratuité des soins pour favoriser l'équité et la justice sociale. La réduction des inégalités est une dimension pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030, fixés par les Nations Unis.</p> <p>Réduction des dépenses de santé des ménages, liée aux objectifs de la politique de gratuité pour encourager le recours aux services de santé, réduire la pauvreté, élargir le pouvoir d'achat des ménages et améliorer le niveau de vie des populations défavorisées.</p> <p>Amélioration de la santé des populations, liée à l'efficacité pour le bien-être des populations, améliorer la santé publique, le réduire les dépenses catastrophiques des ménages.</p>

Figure 10 : Cadre conceptuel d'intervention de la politique de gratuité des soins par l'auteur, à partir de Robert et al. (2015)



Source : Auteur

4.2. Présentation des variables additionnelles au concept d'intervention de la gratuité illustrées dans la figure 10

Notre théorie d'intervention de la politique de gratuité a été modélisée, à partir de (Robert et al., 2015). Nous avons intégré des facteurs que nous considérons importants (en couleur bleue) et susceptibles de contribuer aux résultats escomptés, à savoir la réduction des barrières culturelles et l'implication des chefs religieux et communautaires, le renforcement des infrastructures, la provision en médicaments et en matériels médicaux, la formation des agents de santé et enfin, l'amélioration du niveau de vie des ménages. Dans cette perspective, nous supposons que les bénéficiaires seront davantage enclins à recourir aux services de soins gratuits lorsqu'ils ressentent le besoin.

La réduction des **barrières culturelles** pour l'accès aux soins gratuits nécessite des approches inclusives en matière de communication et de sensibilisation, afin que le dispositif

soit perçu accessible, fiable et accepté. L'approche culturelle permettra de réduire les tabous et les stigmatisations et d'encourager les personnes à utiliser les services de soins de santé. Kolossvary et al. (2023) considèrent que les déterminants tels que l'âge, le genre, l'ethnie ou le handicap sont susceptibles d'impacter significativement l'accès aux soins de santé des populations. Ils supposent que les inégalités dans l'accès aux soins de santé dans certains contextes sont notamment influencées par des facteurs socioculturels.

L'implication des chefs religieux et communautaires dans les initiatives de la gratuité des soins peut avoir des effets importants sur la réduction des barrières culturelles et sociales. Ces leaders peuvent relayer facilement des messages sur les dispositifs de gratuité des soins, étant donné que les communautés accordent une confiance à leurs chefs coutumiers ou religieux. Ils peuvent jouer un rôle très important dans la sensibilisation. Par ailleurs, Olivier de Sardan (2007) souligne l'importance d'une approche qui prend en compte les interactions entre les populations et les pouvoirs publics. Il suggère de valoriser cette perspective pour la transformation sociale.

Le renforcement des infrastructures de santé notamment dans les zones péri-urbaines et rurales constitue un avantage déterminant pour le système de santé. La construction des infrastructures est essentielle pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités. Une distribution optimale des structures de santé de proximité permettra de répondre aux besoins des populations habitant en zones rurale et péri-urbaine. Au Burkina Faso, le personnel soignant estime ne pas pouvoir respecter à la lettre les normes de qualité requises, en raison du manque de matériels ou de la vétusté des infrastructures sanitaires, comme le révèlent Antarou et al. (2013).

La provision en médicaments dans les structures de santé favorise la disponibilité des soins. En 2010, certaines prestations ont été exclues pour limiter l'accroissement des dépenses de médicaments au Sénégal (Taverne, et al., 2023). Au Ghana, (Sana et al., 2019) ont montré que les médicaments représentaient plus de 2/3 des dépenses de soins dans le cadre de la gratuité. Les coûts associés aux dépenses de médicaments et de transports peuvent constituer des barrières à l'accès aux soins des ménages défavorisés.

La formation des agents de santé est cruciale pour garantir des services de santé de qualité. La formation des professionnels de santé en nombre suffisant à l'acquisition des connaissances en médecine, soins infirmiers et en pharmacie est essentielle. Les résultats de

Scheil-Adlung (2015) montrent des disparités dans la répartition des ressources et le manque de personnel soignants en milieu rural pour 174 pays en développement. La mise en œuvre de la politique de gratuité semble engendrer diverses difficultés au niveau des structures de santé. En effet, la disponibilité des ressources humaines dans les formations sanitaires constitue un élément essentiel du système de santé. La formation doit être adaptée aux enjeux sociaux et éthiques afin d'améliorer la compréhension des problématiques liées à la relation entre le patient et le professionnel de santé.

L'amélioration du niveau de vie des ménages peut être engendré par la suppression totale des dépenses de santé ainsi que par une meilleure accessibilité des soins de qualité. La gratuité effective permettra aux ménages d'affecter l'argent économisé sur les dépenses de santé à d'autres besoins essentiels, tels que l'alimentation, l'éducation, le logement et le loisir. Riumallo-Herl et al. (2019), en comparant l'indice de richesse et la consommation équivalente comme mesure du statut socioéconomique, montrent que l'état de santé est plus élevé chez les personnes ayant une consommation élevée en Afrique du Sud. En effet, l'état de santé s'améliore également avec l'indice de la richesse chez les personnes âgées.

Conclusion

Les dispositifs de gratuité des soins ont progressivement gagné en popularité au cours des dernières décennies principalement en Afrique de l'Ouest. A la lumière des constats selon lesquels le paiement direct entrave l'équité et compromet l'accès équitable aux soins, en excluant de facto du système de santé tous ceux qui ne peuvent pas payer. Il devenait nécessaire de mettre en place une politique de santé visant à garantir des services aux populations, indépendamment des capacités financières. Au Sénégal l'Etat articule les politiques de santé au développement économique dans le but de proposer des réponses cohérentes aux enjeux sociaux. Cependant, le revers de la médaille de cette politique opérationnelle se manifeste notamment dans son l'impact sur l'équité. A ce jour, les retours d'expérience sur le passage d'une politique de gratuité vers des réformes plus ambitieuses dans le champ du financement et de l'organisation du système de santé restent limités. Tout comme le manque de ressources budgétaires pour financer les politiques de gratuité implique des arbitrages au sujet de qui doit avoir accès aux soins. Ceux-ci requièrent des décisions importantes pour combler les failles et façonner les conditions de vie de la population. De ce point de vue, la gestion stratégique des enjeux s'avère important pour les décideurs publics, qui doivent instaurer des conditions

favorables, en vue d'engager des transformations durables dans le secteur de la santé. La question de la gouvernance du système national de santé, particulièrement les formes d'interactions des acteurs, incluant le rôle du citoyen dans l'élaboration des programmes de santé constituent également un pan important des politiques sociales.

Dans un contexte prégnant de crises sanitaires et de grands bouleversements économiques, l'intervention des pouvoirs publics pour stimuler et accompagner les innovations de demain semble devenue cruciale. Il semble de plus en plus difficile d'inciter uniquement à des innovations scientifiques et technologiques, dans la mesure où il faut prendre en compte des enjeux à la fois politiques et sociétaux de ces innovations dans un nombre croissant de domaines (Debref et al., 2022).

La santé, entendue dans une conception large, irrigue tous les secteurs de l'économie. Elle est, par ailleurs, devenue un élément d'accumulation du capital. Avec l'appui des États, les industries de santé sont devenues des industries majeures voire dominantes du capitalisme (Batifoulier et Da Silva, 2022). Selon Markus et Reichman (2005), le capitalisme, en contrepartie, devrait promouvoir les transferts technologiques vers les pays du sud, soutenir le développement industriel et faciliter l'accès aux innovations thérapeutiques.

Les dispositifs de gratuité des soins semblent montrer des limites financières à l'accès équitable aux services de santé. Au Sénégal, les résultats montrent une situation mitigée en termes de protection sociale et de réduction des inégalités d'accès aux soins. Les lacunes financières peuvent notamment impacter la contribution de ces dispositifs à la transition vers la couverture santé universelle. Au regard de la littérature, aucun pays en Afrique de l'Ouest n'a véritablement pu réussir cette transition.

Les dispositifs de gratuité des soins peuvent s'inscrire dans une vision plus large, constituant un bon point de départ vers la couverture santé universelle, s'ils sont bien conçus. Il est donc nécessaire de rendre les services de soins disponibles et accessibles à tous, en fournissant des infrastructures physiques et financières suffisantes et adaptées, afin d'éviter que la gratuité soit une promesse vaine. Autrement dit, l'introduction d'une telle politique sans l'augmentation des ressources nécessaires pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des soins, comme le soulignent Ridde et al. (2013).

Il apparaît que les politiques sélectives de soins semblent se baser principalement sur la lutte contre la précarité ou la pauvreté et non contre les inégalités sur les déterminants

sociaux. L'accès à certains soins repose des critères liés à l'indigence, soutenu par des dispositifs qui préconisent d'orienter le financement public vers la prise en charge des soins des indigents. Cette approche correspond à une conception rawlsienne de l'équité qui privilégie les individus défavorisés. Toutefois, l'application d'un tel principe peut remettre en question l'accès d'une partie de la population aux soins en fonction des seuils d'éligibilité. Ainsi, l'efficacité des dispositifs semble se heurter à la mise en œuvre de la justice sociale. A cet égard, une question clé est de savoir quelle politique sert au mieux les plus vulnérables ou l'ensemble de la population dans un contexte de contraintes financières, rendu difficile par les crises sanitaires et les affres de l'instabilité économique.

Les crises sanitaires répétitives auront entraîné une contraction de l'activité économique. Celle-ci génère des pertes de recettes fiscales, qui risquent de peser sur les décisions budgétaires des gouvernants, des entreprises et des ménages, et probablement sur les indicateurs de santé. D'après l'analyse de Posel et al. (2021), les crises sanitaires ont un impact direct sur la dégradation des conditions économiques et sur l'augmentation du chômage dans plusieurs régions du monde. Dans cette dynamique, la contraction économique limite l'accès aux ressources financières. Ce constat corrobore les conclusions de Riumallo-Herl et al. (2019), qui mettent en évidence le rôle déterminant des variables socioéconomiques dans l'analyse des inégalités en santé.

Tableau 15 : Synthèse bibliographique, une revue de littérature des politiques de gratuité sélective des soins (Annexes)

Référence d'article	Concepts abordés	Méthodologie	Résultats	Contribution scientifique
<p>« Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal Mbaye, E. M., Ridde, V., Kâ, O. (2013).</p>	<p>La vulnérabilité sociale des personnes âgées. L'article analyse le processus de mise en œuvre du plan Sésame, dédié à l'accès aux soins gratuits des personnes âgées.</p>	<p>La recherche repose sur un cas unique : le plan Sésame. L'enquête repose sur des données qualitatives collectées aux moyens de trois techniques : entrevues individuelle, groupe de discussions et documentations. Les entretiens furent effectués avec les représentants du ministère de la santé, les personnels de santé et les bénéficiaires du plan Sésame (personnes de plus de 60 ans).</p>	<p>Contradiction entre la politique de gratuité de soins dédiée aux personnes âgées et l'état de sa mise en œuvre.</p>	<p>L'étude offre une analyse holistique de la mise en œuvre du plan Sésame pour les décideurs publics au bénéfice des personnes âgées.</p>
<p>Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal Leye, M. M. M., Diongue, M., Faye, A., Coumé, M., Faye, A., Tall, B. A., Niang, K., Wone, I., Seck, I., Ndiaye, P., Dia A. T. (2013).</p>	<p>Le fonctionnement du plan Sésame au niveau des hôpitaux nationaux.</p>	<p>Une approche qualitative, réalisée par des entretiens individuels auprès des directeurs d'hôpitaux, les prestataires de soins, responsables du programme au niveau des bureaux d'entrées des hôpitaux, les contrôleurs de gestion et les bénéficiaires.</p>	<p>Après l'introduction du plan, le niveau de fréquentation des hôpitaux croissait d'année en année. Face aux remboursements insuffisants des dépenses de prestations, l'État contractait une dette qui s'accumulait au fil du temps. Cette situation obligeait certains hôpitaux à restreindre les prestations, voire arrêter la prise en charge des personnes âgées.</p>	<p>Cette étude édifie les décideurs publics sur les perceptions que les différents acteurs ont du plan Sésame. Son impact financier négatif traduit par des remboursements insuffisants des dépenses était le principal problème des hôpitaux.</p>
<p>Étude de l'utilisation des médicaments chez les enfants dans un contexte de gratuité des soins à Ouagadougou Sana, B., Kaboré, A., Hien, H., Zoungrana, B. E., Meda, N. (2019).</p>	<p>L'utilisation des médicaments chez les enfants de 0 à 5 ans dans un contexte de gratuité des soins.</p>	<p>Étude transversale, réalisée dans 20 centres de santé du 1^{er} niveau de contact à Ouagadougou. Le référentiel de l'OMS et du réseau international pour la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments (INRUD) a été utilisé pour l'analyse des données, avec des statistiques descriptives sous forme de moyenne et écart-type.</p>	<p>Les médicaments représentent plus de 2/3 des dépenses de soins dans le cadre de la gratuité. Les résultats ont montré que les indicateurs de l'utilisation des médicaments ne respectent pas les normes OMS.</p>	<p>Cette étude conclut que la prescription irrationnelle concerne principalement l'utilisation des antibiotiques. Cela traduit la nécessité de mener une réflexion sur le rôle et le profil des prescripteurs au Burkina Faso.</p>

<p>Évaluation de la mise œuvre de la stratégie de gratuité des actes et des médicaments dans le district sanitaire de Bourem au Mali en 2014 Sidibé, B., Berthé, I., Berthé, O., Berthé, M., Diabaté, M., Sanogo, B., Koné, A., Diall, T. (2019).</p>	<p>La mise en œuvre de la politique de gratuité des actes et médicaments dans le district sanitaire de Bourem.</p>	<p>Une étude rétrospective, effectuée aux moyens des collettes de données des rapports de 2011 et 2014, suivi d'un entretien avec les usagers et acteurs de la mise en œuvre du programme. Les données ont permis de comparer notamment certains indicateurs des périodes 2011 et 2014 avec un test de khi-deux, d'une part et d'analyser celle de 2014 d'autres part.</p>	<p>Les résultats montrent que la variable consultation médicale et des soins prénataux de 2011 moins satisfaisants, comparés à ceux obtenus en 2014. Les auteurs ont montré que la gratuité des frais d'actes médicaux dans le district sanitaire de Bourem (Mali) a significativement augmenté la fréquentation de la structure de santé locale. Par ailleurs, les résultats ont montré un effet négatif de la variable qualité sur les soins.</p>	<p>L'évaluation des auteurs a mis en évidence la spécificité du district sanitaire de Bourem. Ainsi, le suivi-évaluation serait une étape importante pour la réussite de cette politique dans cette localité.</p>
<p>Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins : le cas du milieu rural Burundais Nkurunziza, M. (2016).</p>	<p>L'effet de la gratuité de l'accouchement en milieu rural au Burundi.</p>	<p>Les données utilisées proviennent de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2010 et de l'enquête qualitative effectuée en 2011. Celle-ci touchant 8.387 femmes âgées de 15 à 49 ans en milieu rural. Les données quantitatives ont été complétées par des entretiens semi-directifs.</p>	<p>Les résultats des analyses montrent qu'en milieu rural burundais, les accouchements à domicile sont plus fréquents dans les ménages ayant un faible niveau de vie. Des facteurs, tels que le niveau d'instruction de la femme, sa faible autonomie financière, sa préférence des services des accoucheuses traditionnelles sont également mis en évidences.</p>	<p>Outre la présence physique d'une infrastructure sanitaire, il est important que celle-ci soit en mesure de produire des services qui répondent aux attentes des utilisateurs.</p>
<p>La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité de soins au Burkina Faso et au Niger Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., Queuille, L. (2013).</p>	<p>L'augmentation de la charge de travail perçue par les personnels soignant est due notamment à l'accroissement de la demande des services de santé de première ligne à la suite de la mise en œuvre de la gratuité des soins.</p>	<p>L'étude s'est réalisée dans quatre districts sanitaires du Burkina Faso et du Niger. La méthode WISN (Workload Indicator of Staffing Need), utilisée dans ce travail a été développée par l'OMS pour calculer la répartition optimale et le déploiement du personnel de santé. Le WISN est un outil de gestion RH qui détermine le nombre de personnel pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé et évalue la pression de la charge de travail auprès des agents de santé de cet établissement.</p>	<p>Au Burkina Faso, le personnel soignant estime ne pas pouvoir respecter à la lettre les normes de qualité requises à cause du manque de matériels ou de la vétusté des infrastructures sanitaires. Les auteurs soulignent que le manque de personnel soignant expliquerait les plaintes récurrentes des agents de santé sur la charge de travail.</p>	<p>L'effectif en infrastructure ne s'est pas adapté à la situation prévue au Burkina Faso. Dans le contexte nigérien l'effectif du personnel de santé semble insuffisant, si l'État mettait en place la gratuité correctement. Cette étude révèle que la surcharge du personnel de santé entrave le bon fonctionnement du système sanitaire dans son ensemble</p>

<p>Analyse du programme national de santé des personnes âgées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso Berthé-Sanou, L., Berthé, A., Drabo, M., Banidi-Kinda, F., Somé, M., Ouadraogo, M., Macq, J. (2013).</p>	<p>La pertinence, la cohérence et la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées.</p>	<p>Une étude qualitative transversale s'est déroulée à Ouagadougou. Cette étude a intégré une phase d'analyse du cadre logique du PNSPA (les priorités, les stratégies, les objectifs, ainsi qu'une collecte de données sur le terrain.</p>	<p>Le Programme National Santé des Personnes Agées au Burkina Faso consiste à prise en charge des besoins essentiels de soins des seniors. Toutefois, ce dispositif a présenté des incohérences dans la mise en œuvre à cause de son caractère succinct et sa courte durée de (4 ans), ou du manque de ressources pour son financement.</p>	<p>Cette étude montre qu'il paraît important de reconduire le PNSPA. Par ailleurs, les contre-performances du programme ne s'expliquent pas toujours par un manque ou d'insuffisance de ressources mais plutôt de leur utilisation non rationnelle et non optimale ou par une faible motivation des acteurs.</p>
<p>Complications post césarienne et gratuité de la césarienne au Mali – cas d'un centre de santé de district Diawara, A., Sangho, H., Tangara, I., Cissé, M. O., Traoré, M. N., Konaté, S. (2014).</p>	<p>L'impact de la gratuité de la césarienne sur les soins obstétricaux d'urgence.</p>	<p>Une étude transversale descriptive chez les parturientes dans le district sanitaire de San. Le recueil des données s'est réalisé avec l'utilisation d'une fiche d'enquête remplie à partir des supports utilisés dans le cadre de la référence-évaluation (cahiers de référence-évaluation, registres d'accouchement, de protocole opératoire, de décès et de partogrammes. Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel EP16 INFO version 3.3.2.</p>	<p>Les résultats ont montré que plus de la moitié des parturientes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans. Les dystocias 37,40% (accouchement laborieux, pénible) sont les motifs les plus observés. L'hémorragies 3^{ème} trimestre 18,42% occupe la 2^{ème} place.</p>	<p>Cette étude montre qu'il apparaît important d'apporter plus de rigueur dans la production pour améliorer la qualité des soins par la formation du personnel et augmenter le niveau du plateau technique.</p>
<p>Injured and broke: The impacts of Ghana National Health Insurance Scheme (NHIS) on service delivery and catastrophic health expenditure among seriously injured children Stewart, B. T., Giedu, A., Goodman, S. K., Boakye, G., Scott, J. W., Donkor, P., Mock, C. (2020).</p>	<p>L'effet du régime national d'assurance maladie sur la rapidité des soins, la mortalité et les dépenses de santé catastrophiques chez les enfants ayant subi des blessures graves à l'hôpital universitaire de Komfo Anokye de 2015 à 2016.</p>	<p>Stewart et al. (2020) réalise une étude rétrospective auprès des enfants qui ont subi une intervention chirurgicale. Cette étude examine des événements passés afin de tirer les conclusions. Le revenu et les dépenses de santé ont été retenus comme des variables d'intérêt Les résultats montrent des différences de prise en charge favorisant des enfants assurés par rapport aux non assurés.</p>	<p>Les enfants non assurés étaient plus susceptibles d'avoir un retard dans les soins pour des raisons financières que les enfants assurés, et les familles des enfants non assurés ont payé en moyenne 1,7 fois plus de frais de leurs poches que les familles des enfants assurés. 86% des familles d'enfants non assurés ont connu des dépenses catastrophiques de santé contre 54% des familles d'enfants assurés. Cependant, 64% de toutes les familles ont connu des dépenses catastrophiques de santé.</p>	<p>Selon les auteurs, le régime national de l'assurance maladie (NHIS) n'a pas amélioré la rapidité des interventions médicales, Bien que le NHIS ait fourni une certaine protection financière, il n'a pas supprimé certaines dépenses de soins pour les ménages assurés.</p>

<p>Health inequalities in the South African elderly: The importance of the measure of social-economic status Riumallo-Herl, C., Canning, D., Kabudula, C. (2019).</p>	<p>Mesure des inégalités d'accès aux soins de santé auprès des séniors, basée sur les biens durables des ménages comme indicateur du statut socioéconomique.</p>	<p>Riumallo-Herl et al. (2019) ont adopté trois mesures sommaires d'accès aux soins de santé dans la population enquêtée. Les auteurs ont évalué des variables d'état de santé. En effet, chaque mesure a représenté une moyenne pondérée d'état de santé parmi les enquêtés, où toutes les pondérations sont positives. Cette approche a permis de combiner des variables d'état de santé en une mesure synthétique afin d'estimer la santé latente d'un individu.</p>	<p>Les résultats comparant l'indice de richesse et la consommation équivalente en tant que mesure du statut socioéconomique montrent que l'état de santé est plus élevé chez les personnes ayant une consommation élevée. L'état de santé s'améliore également avec l'indice de la richesse. Toutefois, le gradient de santé est beaucoup plus marqué pour la consommation équivalente que pour l'indice de richesse. Cela montre à quel point le gradient est plus marqué lorsqu'il est mesuré par la consommation équivalente que lorsqu'il est mesuré par l'indice de richesse et d'actifs.</p>	<p>Cet article permet d'évaluer si le choix de la mesure du bien-être fait une différence dans l'estimation des gradients de santé pour les personnes âgées en Afrique du Sud. Les auteurs soulignent l'importance du choix de l'indicateur socioéconomique lors de la mesure des inégalités en matière de santé des adultes et que les politiques qui réduisent les inégalités de consommation ont le potentiel d'atténuer ces inégalités de santé.</p>
<p>Enquête médicosociale auprès des personnes âgées du centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam au Sénégal Kâ, O., Coumé, M., Diop, C. T., Ngom N. F., Faye, A., Leye, M. M. M., Gaye, A., Ndiaye, A. A., Sow, P. G., Seck, I. (2017).</p>	<p>Le statut médicosocial des personnes âgées adapté au contexte économique et culturel.</p>	<p>Une étude transversale et descriptive. L'enquête s'est effectuée à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré sur la situation familiale et économique, sur leur perception de l'accueil lors de la consultation et sur leurs suggestions pour améliorer leur prise en charge. Les variables étudiées étaient : le sexe, l'âge, la profession, l'occupation actuelle, le nombre d'enfants en charge, la pension de retraite, propriétaire ou locataire, les soins traditionnels, le type d'handicap, l'état de l'accueil au sein de la structure sanitaire, suggestions pour la prise en charge.</p>	<p>Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient principalement des pathologies ostéoarticulaires, des pathologies hypertensives, buccodentaires, les paresthésies, les pathologies oculaires, prostatiques, le diabète, les syndromes anémiques et digestifs. Parmi les personnes enquêtées 90% n'exerçaient plus d'activités rémunérées ou génératrices de revenus. Les enquêtées ont suggéré la valorisation de la pension de retraite et la gratuité des frais de consultations et de soins.</p>	<p>Cette étude a permis de cerner les problématiques du vieillissement dans la zone sanitaire de Ouakam (Dakar). Les séniors sont confrontés par des difficultés financières dans les pays à développement (soit ils sont à retraite, soit ils ne travaillent pas).</p>

Partie 2 : Analyse des inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité des soins : une étude empirique au Sénégal

Les inégalités en santé représentent un enjeu significatif en Afrique subsaharienne. Malgré les avancées réalisées, les inégalités d'accès aux soins de santé restent une préoccupation majeure dans les pays en développement. De nombreuses populations continuent de souffrir d'une mauvaise qualité de vie, des services de santé de faible qualité et d'un accès très limité aux soins de santé. Ces inégalités ne sont pas seulement le reflet des différences individuelles, mais semblent résulter des facteurs socioéconomiques (pauvreté, genre, éducation), politiques (système de santé) ou géographiques (zone de résidence).

L'objet de cette partie, consiste à analyser les inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité des soins de santé entre les personnes vulnérables (enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les personnes âgées de plus de 60 ans) au Sénégal.

Les dispositifs de gratuité des soins constituent une stratégie d'extension de la couverture santé. Le chapitre 4 étudie, en effet, le dispositif spécifique (plan Sésame) destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans. Il examine les déterminants socioéconomiques qui favorisent ou entravent l'accès aux soins gratuits dans le cadre de ce dispositif.

Après avoir évalué l'influence des déterminants socioéconomiques à l'accès au plan Sésame, il apparaît que les inégalités dans l'accès à ce programme ne relèvent pas seulement de déterminants isolés, mais peuvent résulter des conditions économiques de l'individu. Il convient donc, d'étendre notre analyse de manière approfondie sur les inégalités d'accès aux soins à l'ensemble des trois couches vulnérables (gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, gratuité pour les femmes enceintes, gratuité pour les personnes âgées) en fonction des déterminants de la demande. Dans cette optique, le chapitre 5 aborde l'influence des déterminants socioéconomiques de la demande des soins gratuits au Sénégal, à partir des données empiriques.

Les études dans les chapitres précédentes ont permis de dégager les grandes lignes des inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité des soins au Sénégal. Toutefois, elles ne suffisent pas à en saisir des dynamiques particulières à certains contextes territoriaux. C'est dans cette optique qu'une étude de terrain a été réalisée dans la commune rurale de Bambaly au Sénégal, combinant méthodes qualitatives et quantitatives afin d'explorer de manière approfondie les barrières et les perceptions liées à l'accès aux soins gratuits en milieu rural.

Le sixième chapitre propose ainsi les résultats de cette enquête de terrain, en présentant l'échantillon, les choix méthodologiques, les caractéristiques des bénéficiaires de la gratuité des soins, ainsi que les principaux enseignements tirés de cette étude.

Chapitre IV : La politique de gratuité des soins et inégalités : analyse d'impact du plan Sésame

Introduction

Dans les pays en développement, les systèmes de santé se caractérisent d'une manière générale par une insuffisance de protection sociale notamment contre les risques sanitaires (OMS, 2023). Ce qui peut entraîner des inégalités en matière de santé. Selon Dion et al. (2020), le domaine de la santé se révèle très mouvant, marqué principalement par le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques. Par ailleurs, Mathonnat (2010), développe l'idée que la progression de l'espérance de vie entraîne une hausse des besoins de santé et des dispositifs d'accompagnement. Dans ce contexte, les systèmes de santé seront appelés à renforcer leurs ressources, dans un environnement marqué par une augmentation significative des dépenses de santé.

Dans le contexte de l'Africain subsaharien des années 1980 et 1990, le recouvrement des coûts a été au cœur de nombreux débats, comme l'ont montré Tizio et Flori (1997). Pour de nombreux auteurs, l'introduction du paiement direct réduit considérablement la fréquentation des structures de santé notamment des personnes démunies (Akin et al., 1987 ; Tizio et Flori, 1997), même si d'autres considèrent que le recouvrement améliore la qualité des soins (Soucat et al., 1997). Toutefois, des études ont mis en évidence les limites du paiement direct principalement la baisse de la fréquentation des services de santé surtout parmi les personnes démunies et l'augmentation des dépenses catastrophiques des ménages, en général. L'intérêt de ce débat scientifique, comme le montrent Olivier de Sardan et al. (2017), explique l'engouement suscité par les politiques de gratuité des soins, initiées vers les années 2000 dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

A la différence de la politique d'exemption, la politique de gratuité sélective des soins est dédiée aux personnes vulnérables : les enfants, les femmes enceintes, les pauvres, les personnes âgées. Dans de rares cas, elle concerne l'ensemble de la population.

Mbaye et al. (2013), avancent que certaines décisions politiques, telles que l'abolition des frais d'utilisation pour certaines populations, relèvent souvent de logique électorale, excluant toute participative. Ce qui explique en partie les nombreux obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation de ces dispositifs de gratuité des soins, comme

le soulignent Ridde et Olivier de Sardan (2013). L'enjeu n'est pas des moindres, si l'on y ajoute, outre les défis organisationnels et économiques que suppose le système de santé, les besoins sociaux et environnementaux sont également considérables. Selon Gardon et al. (2020), cette vision holistique de la santé permet de construire une véritable articulation sectorielle autour de l'intérêt des populations.

Plusieurs auteurs ont évalué les dispositifs de gratuité sélective des soins, en termes de qualité, d'accès aux soins ou de dépenses de santé. Bien que des obstacles aient été relevés, les travaux de Mbaye et al. (2011) et d'Olivier de Sardan et Ridde (2013), mettent en évidence deux avancées significatives : l'abolition des frais de soins a considérablement augmenté la fréquentation des services de santé tout en réduisant en partie les dépenses des ménages. Selon Ridde et al. (2012), au Burkina Faso, la politique de gratuité en faveur des femmes enceintes a contribué à baisser les dépenses de santé chez les femmes vivant dans les zones rurales et périurbaines. Penfold et al. (2007) soulignent qu'après l'implémentation de la gratuité des soins de santé la probabilité d'accoucher dans une formation sanitaire s'est significativement accrue dans les régions du centre au Ghana. Une étude similaire, menée au Sénégal par Ka et al. (2016), montre que le dispositif de gratuité des soins au profit des personnes âgées a entraîné une augmentation du recours aux services de santé et a eu un effet positif sur la réduction des inégalités d'accès aux soins, même si, sur la durée, elle a davantage profité aux retraités ou aux séniors vivant à proximité des centres de santé.

A l'analyse, il apparaît que cette hypothèse ne semble toujours pas se confirmer en faveur des plus démunis en Afrique subsaharienne. En dépit des résultats positifs constatés, De Allegri et al. (2012, ainsi qu'Antarou et al. (2013) concluent que la gratuité des soins a pu, dans certains contextes, engendrer des iniquités et que l'initiative en question a échoué à réduire les dépenses de santé des bénéficiaires. El Khoury et al. (2012) soulignent qu'au Mali, une proportion significative, environ 58% des femmes bénéficiant de la césarienne gratuite est considérée riche.

Rosay-Notz, (2005) met en évidence que, malgré la centralité du débat sur l'accès aux dispositifs de gratuité des soins, les préoccupations se déplacent progressivement vers ses effets concrets dans les pays en développement, notamment en matière de traitement et de prise en charge des personnes âgées.

Garantir la satisfaction des besoins de santé de la population dans son ensemble, et de chacun en particulier, quel que soit son appartenance sociale ou géographique est un objectif largement affirmé dans les textes fondamentaux. C'est dans cette logique que s'est inscrit l'objectif de promouvoir le bien-être des personnes âgées, déclaré par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 16 décembre 1991. L'idée est d'encourager les gouvernements à incorporer des principes fondamentaux dans leurs programmes nationaux : l'indépendance, la participation, l'épanouissement personnel et la dignité. Dans le même ordre d'idées, le protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes âgées, (article 18, 4) dispose que « les personnes âgées ou handicapées ont également droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins économiques, physiques ou moraux ».

Selon les projections démographiques de la division de la population des Nations Unies (DAES, 2022), le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait quadrupler en Afrique, d'ici à 2050, constituant un défi social supplémentaire à relever. En Afrique subsaharienne, les personnes âgées représentent encore une faible proportion de la population. En moyenne, les plus de 65 ans) constituent 3% de la population de ces pays (INED, 2022).

Par ailleurs, la politiques de gratuité des soins reposent en grande partie sur les solidarités centrées sur les femmes et les enfants. Selon Burger et Samuel (2017), la transition démographique et la hausse de l'espérance de vie se poursuivent grâce aux progrès réalisés dans la lutte contre les maladies. Ces avancées en matière de survie, comme le soulignent également Sajoux et al. (2015) et Golaz et al. (2013), contribuent à un vieillissement démographique. Ce phénomène démographique, conjugué aux transformations économiques, rend nécessaire la mise en place de nouvelles politiques de santé, ainsi que l'extension de la couverture santé. Plus largement, il appelle à des politiques de développement économique et social au bénéfice de la société. Conscient de ce phénomène, l'État du Sénégal a décidé de mettre en place un système de prise en charge et d'exonération des frais de soins au profit des personnes âgées. De la même manière, l'article 2 du décret présidentiel n° 2008381 du 7 avril 2008 instituant que le « Plan Sésame³⁰ » donne droit aux personnes âgées à la gratuité ou à la réduction des prestations médicales sur toute l'étendue du territoire national et applicable à tous les niveaux de la

³⁰ Le plan Sésame est un dispositif de gratuité des soins destiné aux plus de 60 ans, mis en place par le gouvernement sénégalais depuis 2006.

L'adhésion au plan Sésame se fait auprès des structures de santé. L'individu doit se présenter muni de sa carte d'identité sénégalaise.

pyramide sanitaire du secteur public. Ce dispositif ne couvre que les actes médicaux chirurgicaux et les hospitalisations (Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle). Malgré les progrès réalisés, la vulnérabilité reste élevée, comme le souligne l'OMS (2021). Ce constat prolonge les analyses de Golaz et al. (2013), qui mettaient déjà en évidence une augmentation des besoins de soins aux grands âges et la nécessité d'adapter les politiques de santé. Du point de vue sanitaire, ce dispositif se justifie également par les risques élevés de vulnérabilité liés notamment aux maladies hypertensives telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, les maladies respiratoires chroniques, l'arthrose, la cataracte, aussi d'autres maladies liées à l'âge.

Selon la répartition de la population du Sénégal par groupes d'âges spécifiques, les personnes de plus de 60 ans représentent 5,53% de la population totale (ANSD, 2022), dont la majorité ne bénéficie d'aucune couverture sociale, vivant souvent en zone rurale ou périurbaine où les conditions économiques et sanitaires sont très précaires. Pour faire face à ces problèmes, l'État a décidé de créer l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANCMU, 2015), visant à renforcer la couverture de la protection financière en matière de santé. Comme le décrivent Daff et al. (2020), le Sénégal a mis en place des régimes de protection sociale destinés aux employés du secteur formel, les dispositifs de gratuité sélective des soins, ainsi que le régime d'assurance maladie dans lequel l'assurance maladie communautaire a été choisie comme principale approche pour atteindre le secteur informel et les zones rurales. Toutefois, l'efficacité de ces politiques reste limitée : comme le constatent Ridde et al. (2024), les dispositifs de gratuité des soins n'ont pas permis de couvrir la majorité des personnes ciblées.

Ce travail essaie d'étudier les déterminants socioéconomiques influençant l'accès aux soins gratuits dans le cadre du plan Sésame dédié aux personnes âgées, afin d'évaluer dans quelle mesure la gratuité pourrait profiter aux plus vulnérables. L'objectif est de mieux comprendre les déterminants qui favorisent l'accès aux soins gratuits. Ceci participe aussi à l'effort de mettre à la disposition des pouvoirs publics des résultats sur les déterminants de l'accès aux soins des personnes vulnérables et de soulever de manière plus claire les inégalités existantes entre les bénéficiaires de ce dispositif.

L'étude s'appuie sur les données de l'enquête démographique et de santé de 2017, portant sur les conditions de vie des ménages sur une période d'un an. Ainsi, la première section retrace les méthodes de mesure de l'inégalité, la seconde présente les données et l'échantillon retenu, la dernière expose les principaux résultats.

Section 1 : Méthodes de mesure de l'inégalité

Les méthodes d'analyse des inégalités demeurent nombreuses. Certaines sont nécessairement plus explicites ou plus précises que d'autres. Du point de vue statistique, Begué, Fouguet et Thélot (1982) proposent deux méthodes pour établir des échelles de mesure des inégalités : les critères de disparité et les critères de dispersion. En fonction de la motivation, ces mesures contribuent à répondre à la question de recherche, notamment en permettant de vérifier l'évolution d'un phénomène pour diverses raisons, telles que la mesure de l'efficacité d'une politique publique ou la mise en œuvre d'un dispositif d'assistance.

Les critères de disparités

La détermination des inégalités par les critères de disparités repose sur des écarts entre les valeurs d'une variable et entre deux ou plusieurs variables catégorielles. Ces écarts peuvent être exprimés en valeur absolue (revenu, kilos, mètres). En effet, les disparités peuvent aussi être mesurées en valeur relative. Celle-ci est généralement mesurée sous la forme d'un coefficient multiplicateur, de pourcentage ou d'indice. Selon Couffinhal et al. (2004), les différences de niveau de développement économique et social auxquelles l'on se réfère fréquemment pour traduire des inégalités sont souvent appréhendées comme révélatrices d'une situation de déséquilibre, voire d'injustice. Dans ce débat, Murray et al. (1999) rappellent que la façon la plus globale d'approcher l'inégalité est d'observer la distribution de la variable d'intérêt. Observons, par exemple, les disparités dans la productivité, résultant d'inégalités propres au critère permettant de distinguer la capacité et la qualification de l'individu.

Selon Mornet et al. (1996), l'analyse sous forme de coefficient permet une lecture synthétique, exprimée en pourcentage ou indice pour traduire des niveaux d'inégalités, de sous-développement ou des caractéristiques quelconques. Elle peut notamment contribuer à mettre en évidence des facteurs structurels lorsque les analyses sont effectuées avec des données couvrant une longue période. Quant à Legendre (2012), il soutient que les variables statistiques utilisées sont souvent des moyennes qui expriment les dimensions sociales ou économiques avec leurs multiples variantes. Malgré les procédés mathématiques rigoureux, cette façon de lecture a l'inconvénient de synthétiser l'information dans l'échelle des inégalités, au point d'occulter de véritables particularités des lieux analysés, comme le souligne Cottineau (2022). Si cet exemple est caricatural, les difficultés posées par la représentativité des variables liées aux déterminants de la santé demeurent néanmoins sérieuses. En effet, le choix de l'échelle de

mesure peut impacter sur les résultats de l'analyse, car il détermine le niveau de précision et le degré d'utilité.

L'accent mis sur la réduction des inégalités dans l'accès aux soins de santé a fait l'objet d'une attention internationale. De nombreuses démarches politiques ont été entreprises pour étudier ce phénomène, visant à y apporter des solutions concrètes. Toutefois, dans le contexte socioéconomique actuel, marqué par des contraintes financières, l'accent est de plus en plus mis sur l'efficacité économique, ce qui entre souvent en conflit avec la doctrine de l'équité sur laquelle de nombreuses politiques ont été élaborées, d'après les travaux de Bellanger et al. (2017).

Les critères de dispersion

D'Haultfoeuille et Givord (2014), soulignent que les critères de dispersion s'intéressent à l'étude des écarts entre deux groupes de quantiles (quartile, quintiles, déciles, centiles) de taille égale. Ils permettent de mesurer l'écart entre les valeurs extrêmes ou les écarts par rapport à la valeur centrale. Les principales mesures de dispersion d'une distribution ou d'un échantillon sont la variance, l'écart type et la moyenne. Il ressort des estimations que, l'intervalle inter quantile et le rapport inter quantile peuvent être des dimensions pertinentes pour analyser les inégalités. Le premier s'obtient en mesurant la différence entre les quintiles extrêmes, le second, en faisant le rapport entre ces derniers. L'utilité de ces mesures est indéniable pour des comparaisons temporelles et spatiales du degré d'inégalité au sein de la population ou d'un groupe social.

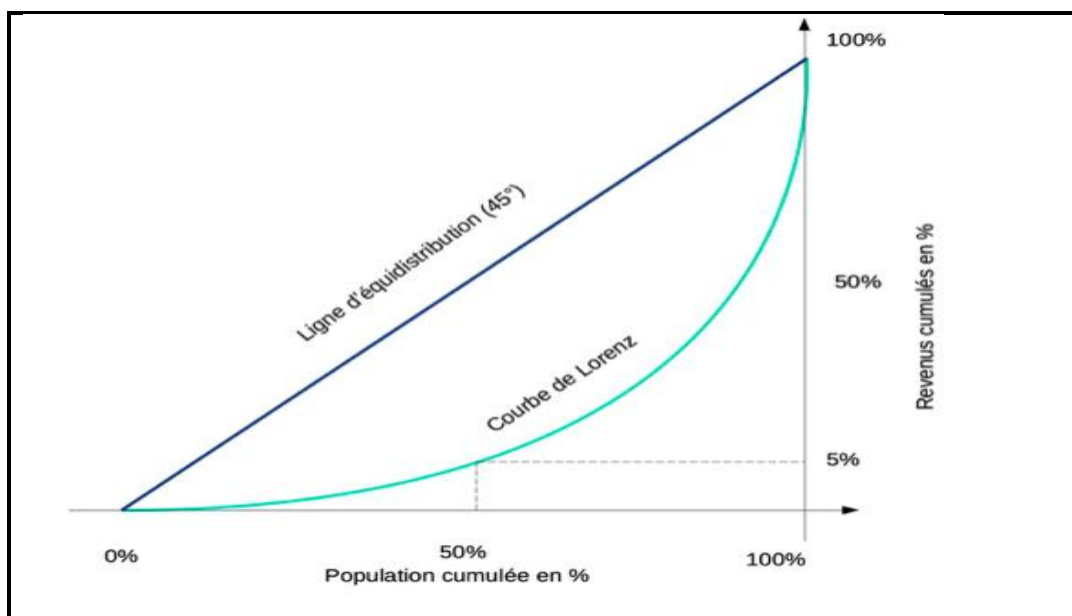
Par ailleurs, les travaux de Gérardin et Pramil (2023) sur l'indice de Theil permettent d'analyser simultanément la ségrégation de l'ensemble des groupes sociaux sans se focaliser sur les groupes sociaux extrêmes. Cette étude vise à prendre en compte la contribution de certains sous-territoires à la ségrégation totale, ainsi que sa décomposition selon les groupes sociaux, en analysant l'influence d'un groupe donné dans la ségrégation multi-groupes. Selon ces auteurs, le terme « ségrégation » renvoie à un état de fait qu'il importe de quantifier et d'analyser les inégalités économiques, sociales et environnementales dans leurs dimensions temporelles. En effet, la mesure de Theil repose notamment sur la notion d'entropie (une fonction mathématique utilisée pour mesurer l'état de désordre d'un système).

L'inconvénient de la mesure de dispersion par un seul nombre ou chiffre tel qu'un écart, réside dans le fait qu'une même valeur de l'indicateur de concentration utilisé peut correspondre

à des réalités différentes, notamment en ce qui concerne les inégalités sociales de santé en Afrique. Ainsi, l'analyse de la dispersion entre groupes sociaux, fondée sur des quantiles peut être enrichie par la prise en compte des disparités (exprimées en valeurs absolue ou relative). Ces techniques de mesure proposent un guide de lecture très riche et conduisent à des appréciations différentes selon le critère d'analyse pris en compte.

Parmi les familles d'outils qui permettent de mesurer les inégalités en matière de santé, il semble utile de distinguer celles proposées par l'économiste Max Lorenz (la courbe de Lorenz) et le statisticien Corrado Gini (indice de Gini). Le concept de la courbe de Lorenz consiste à mesurer la représentation d'une variable et la réalité de sa répartition. Elle s'appuie notamment sur la méthode des déciles pour proposer une représentation graphique des inégalités sociales de santé (revenus ou patrimoine). Dans le graphique, l'axe des abscisses représente les pourcentages cumulés de la population, tandis l'axe des ordonnées montre les pourcentages de la variable étudiée. En effet, la distribution est parfaite si la pente de la droite d'équidistribution est égale à 1. Plus celle-ci s'éloigne de la droite d'équidistribution plus la présence d'inégalités est grande.

Figure 11 : Courbe de concentration de Lorenz



Source : European Datalab 2019

Quant au coefficient de Gini, il permet de synthétiser le degré des inégalités en un seul chiffre, permettant d'appréhender l'ampleur des inégalités liées aux politiques de distribution au sein d'une population afin de déterminer le niveau des inégalités sociales autrement que par

l'interprétation graphique. Il mesure les inégalités de revenu et la concentration d'une distribution, et possède la particularité d'être issu de la courbe de Lorenz. Sa valeur est comprise dans l'intervalle de 0 à 1. 0 représente une faible inégalité, 1 correspond à un niveau d'inégalité élevé.

Selon Dauphin (2013), une autre solution envisageable est de mesurer les inégalités en tenant compte de leur évolution dans le temps et selon les groupes sociaux, en comparant les générations et en établissant des corrélations. Cette approche permet de mesurer la transmission des inégalités entre les générations. Par exemple, une analyse de la corrélation entre l'origine sociale et le niveau de vie des individus pourrait constituer une démarche pertinente.

Section 2 : Spécification du modèle économétrique

L'évaluation de l'effet de la gratuité des soins pour les personnes âgées dans cette étude exploite l'expérience naturelle de la politique de santé dédiée à ce groupe populationnel, réalisée au Sénégal en 2017. Les estimations issues de la régression logistique ont été réalisées à partir des données d'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2017). En effet, nous estimons l'accès aux soins gratuits du dispositif « plan Sésame » en fonction des déterminants socioéconomiques. Le choix du modèle en logistique permet de mesurer l'effet des facteurs prédictifs sur les résultats de soins.

En considérant $\text{logit}(\rho)$, la fonction logit de la probabilité (ρ), β_0 représente la constante (intercept). La constante correspond à la valeur de la logit, lorsque toutes les variables explicatives sont égales à zéro. En d'autres termes, elle exprime la valeur initiale de la logit lorsqu'aucun des prédictifs (variables explicatives) n'a d'effet sur la variable expliquée. Celle-ci est binaire, elle prend la valeur 1 si l'individu a bénéficié de la gratuité et une valeur nulle sinon. Ainsi, le choix du modèle de régression logistique repose sur la nature binaire de la variable expliquée. Afin d'évaluation l'impact de la mesure de gratuité sur l'accès aux soins de santé de l'individu au cours de la période t . Ainsi, nous estimons le modèle suivant :

$$\text{Logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \sum_k \beta_k X_k + \varepsilon_i \quad (1)$$

$$\text{Logit}(p) = \beta_0 (\text{intercept}) + \beta_1 \text{Indice de richesse} + \beta_2 \text{Niveau d'éducation} + \beta_k \text{Zone de résidence} + \varepsilon_i$$

Ainsi, β_0 , β_1 , β_2 et β_k sont les coefficients des variables explicatives de X_1 , X_2 et X_k , à estimer, ε_i représente le terme d'erreur. Les variables explicatives renseignent les déterminants socioéconomiques de (p). Pour prendre en compte l'influence des déterminants exogènes permettant l'individu de bénéficier de la gratuité à la période t , le vecteur de variables additionnelles X est introduit dans le modèle dont le coefficient pourrait influencer l'accès à la gratuité des soins.

Le modèle (1) prend en compte des variables des variables socioéconomiques et contextuelles, telles que l'indice de richesse, le niveau d'instruction, la zone de résidence et l'assurance maladie. Ainsi, nous ajoutons progressivement à ce modèle les caractéristiques d'état de santé, qui expriment les indicateurs de symptômes (modèle 2).

L'équation peut être réécrite ainsi :

$$\text{Logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \sum_k \beta_k X_k + \varepsilon_i \quad (2)$$

$$\text{Logit}(p) = \beta_0 (\text{intercept}) + \beta_1 \text{Indice de richesse} + \beta_2 \text{Niveau d'éducation} + \beta_3 \text{Zone de résidence} + \beta_k \text{Maladie} + \varepsilon_i$$

2.1. Explication des données et échantillon

Comme précédemment mentionné, cette étude s'appuie les données secondaires extraites de l'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDSC) réalisée au Sénégal en 2017 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en collaboration avec le ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal. Pour identifier les déterminants socioéconomiques de l'accès au dispositif de gratuité, nous sélectionnons toutes les personnes âgées ayant eu recours aux services de santé les 12 derniers mois précédant l'enquête.

L'échantillon principal est composé de personnes couvertes et non couvertes par le dispositif. L'enquête exploite une question binaire, indiquant si l'individu a bénéficié ou non de la gratuité des soins. Afin de disposer des informations sur le niveau de vie des individus, nous avons comparé le bien-être économique et le niveau d'instruction des enquêtés.

Bien que l'individu ait utilisé les services de santé, il ne peut être considéré comme bénéficiaire de la gratuité que s'il n'a supporté aucun coût au point de service des soins. Au-delà de la simple éligibilité, nous prenons en compte le panier de soins offert aux bénéficiaires. En effet, l'individu éligible à la gratuité peut utiliser les services de soins, mais avoir eu recours à des services hors panier de soins. Ce recours à des soins non couverts génère des coûts

indirects³¹ pour les ménages. Étant donné que notre échantillon d'analyse économétrique se limite aux seuls usagers des services de soins gratuits, nous considérons que seuls les individus n'ayant pas payé les services de soins ont effectivement bénéficié du programme.

Par ailleurs, les individus bénéficiaires de dispositifs d'assurance institutionnalisée ne sont pas soumis au paiement direct et peuvent utiliser les services de santé sans payer, en raison de leur couverture en tant que retraités et non par le biais du dispositif plan Sésame. Nous analysons donc ce facteur dans notre échantillon. À l'aune de ces mesures, la sélection d'une référence pour chaque variable dans les régressions logistiques est indispensable. L'analyse des résultats de régression se fera en fonction de la référence.

La variable de référence est la modalité ou catégorie par rapport à laquelle les autres catégories d'une variable catégorielle sont comparées dans le modèle pour évaluer leurs effets relatifs. La variable de référence est omise dans la régression afin d'analyser une ou plusieurs modalités. Ainsi, dans le cadre du traitement des données, les catégories (très pauvre et pauvre) ont été recodées en une seule modalité (pauvre), afin de faciliter l'analyse statistique. Ainsi, la variable niveau d'instruction comprend trois modalités : pas d'instruction, primaire et une modalité réunissant niveau secondaire et supérieur. Par ailleurs, l'assurance maladie est définie par la présence simultanée du fonds national de retraite, de la prévoyance retraite et la mutuelle de santé, regroupés en une seule modalité.

Tableau 16

Les critères de référence des variables attendues

Variables	Références
Indice de richesse	Pauvre
Niveau d'instruction	Aucun niveau
Zone de résidence	Rurale
Assurance maladie	Pas de couverture
Maladie	Non

Source : Auteur

³¹ Les coûts indirects correspondent en grande partie aux frais connexes aux soins gratuits à la charge du patient. Ces coûts relèvent principalement des achats de médicaments, des frais d'examens non disponibles non couverts, les dépenses liées à la nourriture et des frais de transport à la charge du bénéficiaire du dispositif de gratuité plan Sésame.

Les coûts directs peuvent être principalement liés aux paiements informels pour accéder aux soins censés être gratuits, des paiements accélérés pour une prise en charge rapide, achat de médicaments revendus illégalement ou tout autre produit médical censé être gratuit à l'intérieur ou à l'extérieur des structures de santé.

2.2. Méthodologie

Les politiques de santé doivent non seulement améliorer l'état de santé global mais aussi promouvoir l'égalité dans l'accès aux services de santé comme le rappellent Ridde et Sardan (2013). En effet, notre analyse consiste, dans un premier temps, à comparer l'évolution des variables entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la gratuité. Cette approche vise à identifier l'impact de deux variables explicatives (niveau d'instruction et revenu), en distinguant les évolutions propres à chaque groupe au moment de l'enquête³². Dans le cadre de cette hypothèse initiale, nous supposons que ces deux variables pourraient avoir impact significatif sur l'accès aux soins. Ensuite, nous adoptons une approche cross-sectionnelle qui permet d'examiner les inégalités observables en odds ratio (OR) entre les populations étudiées. Par conséquent, cette méthode offre une lecture comparative des effets d'une politiques publique, en l'occurrence une mesure de gratuité des soins appliquée aux personnes vulnérables. Ainsi, les résultats mettent en évidence, de manière transversale les inégalités dans les réponses des enquêtés à la gratuité des soins.

Pour mesurer les inégalités d'accès à la gratuité du plan sésame, nous analysons les déterminants de l'accès aux soins grâce au modèle logit. L'échantillon est composé de personnes âgées de plus 60 ans qui ont utilisé les services de soins. La variable d'intérêt est binaire, indiquant si un individu a bénéficié de la gratuité des soins au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Ce type d'analyse contribue à relever les caractéristiques susceptibles d'expliquer les inégalités dans l'accès aux soins. Quant à Fairlie (2006), il utilise la méthode de décomposition pour expliquer les écarts d'état de santé entre deux groupes sociaux, en distinguant les effets des caractéristiques. Dans la même optique, Berchet et Jusot (2010) ont étudié la contribution du capital social à l'explication des différences d'état de santé en France. En effet, la méthode logit permet d'estimer les déterminants de l'accès aux soins et donne lieu à une analyse descriptive visant à mettre en évidence les différences socioéconomiques qui contribuent à la construction des inégalités. Dans cette perspective, la variable d'état de santé (maladie) a été retenue et intégrée au modèle 2, afin d'en évaluer l'effet explicatif.

³² Cette étape permet de formuler des hypothèses sur les effets potentiels de ces variables. Ces hypothèses seront ensuite confrontées aux résultats du modèle.

2.3. Statistiques descriptives

Le tableau 17 présente les caractéristiques des enquêtés, que Sandon (2015) assimile à des déterminants relevant du niveau socioéconomique dont la position sur l'échelle sociale et les conditions économiques. Ces caractéristiques sont représentées dans l'échantillon par l'indice de bien-être économique³³, ainsi que le niveau d'instruction atteint par l'individu.

La variable éducation joue un rôle central, englobant une réalité très diversifiée, qui va de l'obtention d'un emploi pérenne, de la nécessité d'être informé et de comprendre les enjeux. Quant au milieu de résidence, il est illustré par les zones urbaine et rurale. Du point de vue économique, (Onadja et al., 2023), soutiennent que les personnes âgées vivant dans les zones urbaines ont souvent une occupation et, ceux résidant en milieu rural continuent à travailler aux champs tant qu'ils le peuvent physiquement. Nous considérons, par ailleurs, l'impact que peut avoir la prévalence des maladies fréquentes chez les personnes âgées, notamment à travers les effets directs de la maladie chez les personnes pauvres, notamment à travers ses effets directs sur l'accès au dispositif de gratuité des soins.

Une analyse exploratoire présentée au tableau 17 montre que le taux de couverture du plan Sésame est très faible. En effet, nos estimations indiquent que 51% de la population étudiée sont couverts par le dispositif, tandis que 49% n'étaient pas couverts. Selon Mbaye et al. (2013), une des raisons principales de cette limitation est liée au manque de financement.

³³ L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) utilise les quintiles de bien-être économique, incluant notamment les variables de consommation (revenus, dépenses, conditions de logement, accès aux biens et services) permettant de classer les ménages en groupes selon leur niveau de vie (très pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche).

Tableau 17

Caractéristiques des personnes âgées bénéficiaires et non bénéficiaires du dispositif de gratuité du plan Sésame en 2017 en %

Variables	Plan Sésame	
	Non couverts	Couverts
	49%%	51%
Indice de richesse		
Pauvre	22,34	77,66
Moyen	37,32	62,68
Riche	75,09	24,91
Très riche	80,35	19,65
Niveau d’instruction		
Pas de niveau	45,12	54,88
Primaire	55,86	44,14
Secondaire/Supérieur	48,52	51,48
Zone de résidence		
Rurale	83,48	16,52
Urbaine	18,09	81,91
Assurance maladie		
Non couvert	41,67	58,33
Couvert	49,16	50,84
Maladie (hypertension)		
Non	13,38	86,62
Oui	76,35	23,65

Source : Auteur à partir des données EDSC 2017

Les résultats montrent un écart positif en moyenne de 6,8 points dans le niveau d’instruction (enseignement secondaire et supérieur) en faveur des individus bénéficiant de la gratuité (tableau 18). Par ailleurs, le tableau 19 ci-dessous montre un écart de 116,02 points dans la probabilité d’accès à la gratuité entre les riches et les pauvres.

Tableau 18

Comparaison des proportions de gradient social de santé des plus de 60 ans par niveau d'instruction, en %.

Niveau d'enrôlement	Aucun niveau	Secondaire/Supérieur	Différence
Couverts	54,88	51,48	3,4
Non couverts	45,12	48,52	-3,4
Différence	9,76	2,96	6,8

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

Tableau 19

Comparaison des proportions de gradient social de santé des plus de 60 ans par le revenu, en %

Niveau d'enrôlement	Pauvres	Riches	Différence
Couverts	77,66	19,65	58,01
Non couverts	22,34	80,35	-58,01
Différence	55,32	-60,7	116,02

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

Comme le soulignent Lopez et al. (2011), l'éducation semble être à la fois une expression et un motif déterminant des inégalités en santé, tant elle est liée à d'autres domaines. En effet, elle contribue au développement de la santé et la santé procure aux conditions nécessaires à l'apprentissage, soutient Loton Bidal (2023).

De nombreux travaux montrent qu'il existe un lien positif entre l'instruction de la femme et l'accès aux soins (Singh et al., 2012 ; Yanagisawa, 2006). L'absence du diplôme ou de qualification peut aggraver les risques de précarité. Selon Wayack Pambè et Moussa (2014), les écarts de rémunération entre hommes et femmes se justifient, pour une part importante, par les différences de qualification. En effet, le choix porté sur les deux variables (éducation et revenu) équivaut à évaluer leur effet causal sur les résultats du dispositif de gratuité pour les personnes âgées. Bien que ces questions de cause à effet soient récurrentes, il n'est toujours pas évident d'établir une causalité absolue, notamment en raison des facteurs individuels non observables au sein de la population étudiée, ce qui limite leur prise en compte dans les calculs de régression logistique.

Section 3 : Les déterminants de l'accès à la gratuité des soins

Cette section présente les résultats de l'estimation des déterminants de l'accès aux soins gratuits. L'analyse de l'impact de la mesure est portée au niveau des déterminants socioéconomiques et sociodémographiques qui influencent positivement ou négativement la probabilité d'accéder au dispositif de gratuité.

Sur la base de notre modèle économétrique, nous présentons les effets attendus des différentes variables catégorielles sur l'utilisation des soins. Celle-ci est la variable expliquée binaire, mesurant l'accès aux soins, obtenue par une cohorte de questionnaires permettant de regrouper les bénéficiaires de soins gratuits et les non bénéficiaires. Les variables explicatives catégorielles sont des facteurs qui influencent la variable d'intérêt, en l'occurrence l'accès à la gratuité des soins. Elles dépendent notamment des caractéristiques socioéconomiques et politiques.

Gratuité des soins : La gratuité des soins pour les personnes de plus de 60 ans est la variable dépendante. Cette variable encode une réponse binaire : « avez-vous payé les soins au cours des 12 dernière mois », (1 pour oui, 0 pour non). Les patients ayant répondu non ont bénéficié de la gratuité des soins. L'utilisation des soins gratuits est donc captée à travers cette réponse. Toutefois, en Afrique, la documentation sur les dispositifs de gratuité reste encore insuffisante, occultant trop souvent la dimension économique. Par exemple, les études sur le ciblage sont encore rares et demeurent insuffisamment évaluées, notamment en ce qui concerne leurs effets socioéconomiques liés aux conditions de vie, aux valeurs et aux préférences des communautés, comme l'ont montré Coady et al. (2004) et Ridde (2013).

Revenu : Le revenu est la variable utilisée pour capter le niveau de richesse du ménage. L'intégration de cette variable à la mesure de l'inégalité permet de rendre compte du niveau de vie des individus. De nombreuses études indiquent une corrélation entre richesse et espérance de vie. Preston, (1975) a démontré qu'il existe une relation positive non linéaire entre l'espérance de vie et le revenu par habitant dans les années 1900, 1930 et 1960. Il conclut qu'au moins une partie des variations dans l'espérance de vie chez les personnes à revenu élevé était attribuable à leur niveau de vie favorable. Il est donc important d'analyser le lien entre le revenu et l'accès aux soins, non seulement en termes de comparaison entre individus, mais également au sein de chaque groupe social.

Niveau d'éducation : Plusieurs auteurs ont intégré l'aspect éducation dans l'explication de l'utilisation des soins. Ross et Wu (1995) établissent les explications de cette association par le travail et les conditions économiques ainsi que le mode de vie sain. Gary-Bobo (2006) considère qu'une formation incomplète se caractérise par l'inégalité d'origine informationnelle. Cette inégalité est expressive, tant elle est liée à l'emploi formel, facteur important de protection sociale. En effet, Linn et al. (1985) ont souligné que, malgré l'effet positif de l'emploi sur le bien-être social, le chômage demeure fréquemment associé à une dégradation des conditions de vie.

Zone de résidence : Il ressort des études que de fortes inégalités de santé existent en fonction de l'origine. Cette variable se prête à mettre en évidence la façon dont les populations spécifiques sont affectées par les inégalités d'accès aux soins. Elle permet de comparer les différentes zones de résidence. Selon Baker et Schuler (2004), les conditions sanitaires dans les habitats précaires peuvent être particulièrement mauvaises pour la santé, étant donné qu'elles se caractérisent par une absence d'infrastructures. Nous suivons donc la littérature et prenons en compte la désagrégation entre zone urbaine et rurale comme approximation des inégalités en matière de soins de santé.

État de santé : Nous avons pris en compte l'hypertension artérielle comme variable proxy à l'explication de l'état de santé. À supposer que le traitement de symptômes occasionne l'enrôlement du malade à la gratuité des soins. D'après les travaux de Rode et al. (2010), les populations précaires sont celles pour qui persistent les difficultés dans l'accès aux services de soins, alors que leur état de santé se dégrade. Ces constats renforcent l'approche d'Aquino (2012), qui soutient que les politiques publiques en gérontologie doivent permettre au plus grand nombre de vivre sans incapacité et assurer la meilleure qualité de vie.

Mutuelle de santé : A la différence de l'assurance maladie, la mutuelle est souvent d'initiative citoyenne ou d'ONG sur des objectifs particuliers. Elle peut être une bonne alternative aux défaillances de l'assurance maladie notamment dans les zones rurales. Cette transition doit être soumise à des changements politiques à la fois sur les plans juridique et opérationnel. L'approche systémique de la santé, selon Boidin (2012), constitue un levier stratégique pour la réussite des dispositifs d'extension de l'assurance maladie.

Assurance maladie : Elle est considérée comme un instrument de protection sociale et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Son impact est attendu sur l'accès aux services

de santé et donc sur la réduction des inégalités d'accès aux soins. En effet, comme l'ont souligné Dourgnon et al. (2001), l'efficacité de l'assurance maladie doit se jouer sur l'augmentation et la disponibilité des soins et l'amélioration de l'état de santé des populations. Les auteurs estiment que l'assurance maladie peut agir de manière indirecte sur les inégalités sociales de santé, non seulement par le biais de consommations des soins mais par le biais d'autres types de besoins vitaux.

Les résultats de l'impact des déterminants sur l'accès aux soins gratuits sont exprimés en odds-ratios dans le tableau 20 ci-après. Il ressort du modèle 1 que le revenu a un effet significatif et négatif sur l'accès à la gratuité des soins. En effet, les groupes socioéconomiques : moyens (OR = 0,543), riches (OR = 0,403) et très riches (OR = 0,276) présentent une probabilité significativement plus faible de bénéficier de la gratuité que les individus appartenant à la catégorie pauvre. Par ailleurs, le niveau d'instruction montre également un effet significativement négatif pour le primaire (OR = 0,817), tandis que la catégorie secondaire/supérieur reste négative et non significative (OR = 0,915). En revanche, l'introduction de la variable maladie dans le modèle fait apparaître une interaction : la catégorie de revenu (moyen) devient significativement associée à une probabilité d'accès aux soins gratuits (OR= 1,544), alors que les catégories riches restent avec des odds-ratios inférieurs à 1 (non significatif pour les riches, OR = 0,938 et significatif et négatif pour les très riches, OR = 0,498). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les riches perçoivent les soins gratuits comme de qualité inférieure ou les jugent inopportuns, en raison de la saturation des structures publiques de santé, des ruptures fréquentes de médicaments ou de consommables, ce qui pourrait les pousser à se tourner vers des alternatives privées.

La zone de résidence apparaît comme un facteur déterminant de l'accès aux soins. Les individus résidant dans les zones urbaines présentent une chance fortement élevée d'accéder au dispositif de gratuité, avec un odds ratio de (14,138). Ce résultat met en évidence l'influence du contexte territorial sur les inégalités d'accès aux soins. En effet, il suggère que le lieu de résidence peut conditionner l'accès aux soins, notamment en raison de la disponibilité des infrastructures, la proximité des services de santé, l'accès à l'information. En outre, les services de santé sont souvent concentrés dans les grandes villes ou mieux équipés pour répondre efficacement aux besoins de santé des populations. Par ailleurs, les résultats montrent que la variable assurance maladie exerce un effet significatif sur la probabilité d'accéder aux soins. En effet, les individus bénéficiant d'une assurance maladie présentent un odds-ratio de (2,049

à 3,405), indiquant qu'ils ont plus de deux fois plus de chance d'accéder aux soins par rapport aux non assurés.

Tableau 20

Contribution des déterminants de la gratuité des soins de santé (odd-ratio)

Caractéristique	Modèle 1	Modèle 2
Indice de richesse	Référence = pauvre	
Moyen	0,543*** (0,056)	1,544*** (0,200)
Riche	0,403*** (0,045)	0,938 (0,125)
Très riche	0,267** (0,032)	0,498*** (0,069)
Niveau d'instruction	Référence = pas d'instruction	
Primaire	0,817*** (0,082)	1,004 (0,105)
Secondaire/Supérieur	0,915 (0,082)	1,068 (0,101)
Zone de résidence	Référence = rurale	
Urbaine	14,138*** (1,245)	5,724*** (0,591)
Assurance maladie	Référence = non	
Oui	2,049 (1,455)	3,405* (2,132)
Maladie (hypertension)	Référence = non	
Oui	-	0,144*** (0,018)
Constant	0,246** (0,176)	0,393 (0,247)
Observations	4801	4801

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

*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

Tableau 21

Statistiques globales du modèle logit

Indicateurs	Valeur
Nombres d'observations	4801
Test de Wald χ^2	2633
Test Prob> χ^2	0,0000
Pseudo R^2	0,3552

Source : Calcul de l'auteur

Les inégalités dans les politiques de santé peuvent être examinées sous l'angle plus spécifique de la performance des régimes de couverture maladie institutionnalisée. Ainsi, le développement des systèmes de couverture maladie en Afrique illustre une volonté d'inclusion, en considérant l'accès aux soins gratuits comme un levier d'équité sociale. Selon Tizio et Flori, (1997), des progrès institutionnels ont été accomplis en Afrique, en vue d'une meilleure prise en compte de la décentralisation et de la gestion des politiques de santé à travers une succession de programmes et d'initiatives, visant à instaurer la couverture sanitaire universelle.

La couverture sanitaire universelle est loin d'être atteinte dans plusieurs pays du continent africain, comme le suggère Ridde (2021). De nombreuses initiatives en faveur des personnes âgées sont en cours. Cependant, les résultats ne semblent pas correspondre aux besoins de ce groupe populationnel. Les politiques revendiquées d'inclusion ou d'équité souffrent de leur faible institutionnalisation et de leur manque de financement (Banque mondiale, 2016a). L'offre de services n'est pas adaptée dans la fréquentation des structures de santé, comme le soulignent Mbaye et al. (2013).

Des inégalités peuvent naître du caractère désordonné des politiques de santé appliquées par les institutions comme celles liées au manque de complémentarité institutionnelles abordée dans la littérature par Aoki (2001) et Bambra et al. (2010). En effet, Boidin (2018) soutient que la politique de santé devrait être associée à un système de santé économiquement et géographiquement accessible à tous afin d'assurer une couverture universelle efficace. Il considère ce changement de paradigme comme une condition essentielle du développement économique et social.

Le soutien aux personnes âgées est nécessaire et utile, en raison de leur santé fragile. Au Sénégal, elles apportent assurément un soutien au ménage. Mais leur prise en charge

sanitaire implique des conséquences économiques pour les ménages et la société. Les personnes âgées, selon Duthé et al. (2010), seraient plus enclines à recourir à la médecine traditionnelle, notamment dans les zones rurales. Les auteurs considèrent que l'offre de soins dans les structures de santé, toujours centrée sur la santé reproductive, n'est pas adaptée aux problèmes de santé des personnes âgées en Afrique.

Plusieurs régimes de couverture santé existent au Sénégal pour les seniors. Le Fonds national de retraite (FNR) couvre les retraités de la fonction publique, l'institut de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) est consacré aux retraités du secteur privé. Le plan Sésame a été institué en complément de ces dispositifs, dédié à l'ensemble des personnes âgées de plus 60 ans, couvrant, ainsi celles qui ne bénéficiaient pas des mécanismes de couverture formelle préexistants. Dans la suite de ce travail, nous tâchons de mesurer l'effet des régimes de couverture santé dédiés aux personnes âgées. Cette d'analyse permet de déterminer l'impact des différents régimes sur l'accès aux soins gratuits pour les personnes âgées.

Discussion et conclusion

Le dispositif de gratuité destiné aux personnes âgées a été mis en œuvre en projet pilote en septembre 2006 au Sénégal afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et la vulnérabilité économique des seniors. Les études dédiées à ce groupe populationnel restent très peu documentée comparée aux dispositifs de gratuité des soins aux profits des femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans.

La présente recherche contribue à la littérature sur les inégalités dans l'accès au dispositif de gratuité, en évaluant son effet sur les personnes âgées au Sénégal, en vue de tester son efficacité. Étant donné que le dispositif est en application depuis plus de deux décennies. Une telle évaluation permet donc de comprendre les réussites et les échecs de cette politique. En effet, nous nous inscrivons ici dans le cadre de l'analyse économique et politique de la santé afin d'identifier les facteurs qui influencent la probabilité de bénéficier des soins dans les structures publiques de santé. En effet, l'assurance maladie et la zone de résidence demeurent des facteurs déterminants à l'accès au plan Sésame.

Les facteurs d'exclusion sanitaires sont légion au Sénégal. En considérant, les facteurs coûts, il existe des barrières financières qui entraînent des renoncements aux soins dans les hôpitaux indépendamment du niveau d'instruction. Plusieurs auteurs dont (McPake et al., 2011) ont intégré le revenu à l'explication de l'effet négatif des soins entre les coûts et l'accès aux

soins de santé. Ils expliquent que les ménages pauvres sont très sensibles aux prix même pour des besoins vitaux tels que les soins de santé. Par ailleurs, les conclusions de Faye (2022) montrent que les enfants issus des ménages riches bénéficient davantage des soins gratuits que ceux provenant des familles pauvres.

En considérant la vieillesse comme une période de vulnérabilité, la situation d'indigence place l'individu dans une situation de précarité majorée. Au Sénégal, il existe des formes d'exclusion financières auxquelles est confrontée des personnes âgées, tenant au fait que la majorité ne dispose pas de ressources financières suffisantes.

S'agissant des déterminants sociodémographiques, nos résultats montrent que l'accès aux services de soins gratuits est concentré en zone urbaine. Par ailleurs, l'absence d'infrastructures et de personnels de santé en zones rurales explique en grande partie ces inégalités. Les effectifs insuffisants de personnels qualifiés, les financements inadaptés ou les coûts élevés peuvent aggraver les inégalités malgré la gratuité des soins. Selon les travaux de Hatt et al. (2013), le coût des services afférents nécessaires aux traitements ne sont pas souvent couverts par la politique de gratuité ou ne sont simplement pas disponibles. Par exemple, les coûts connexes tels que la nourriture, les transports restent substantiels pour les ménages pauvres, ce qui apparente à des obstacles majeurs à l'accès aux soins de qualité notamment dans les zones péri-urbaines et rurales.

Dans son rapport au gouvernement britannique Marmot (cité par le HSP, 2009) considère qu'il existe des formes d'inégalités auxquelles est confrontée la majorité de la population dans les zones rurales, tenant au fait que certaines habitudes culturelles, qui, par leurs conséquences négatives sur l'éducation à la santé et à l'accès à la bonne information influent sur les comportements à risque et à l'efficacité de la prise en charge médicale. Il convient donc de souligner que les politiques de gratuité se heurtent à des contraintes qui rendent l'accès difficile aux plus démunis et aux vulnérables. Les lacunes liées à la mise en œuvre peuvent aussi expliquer les inégalités identifiées dans nos résultats. Par ailleurs, les effets de la gratuité sur l'accès aux soins ont été importants bien que leur soutenabilité soit remise en cause.

Les mutuelles de santé communautaires sont considérées comme le principal outil d'inclusion sanitaire. Cependant, le système mutualiste est peu développé dans les zones rurales. Mbaye et al. (2013) suggèrent que, parmi les obstacles, il faut tenir compte des

difficultés liées à la pérennisation du financement et d'accompagnement techniques. En particulier, l'enrôlement à la gratuité est devenu payant à travers l'adhésion aux mutuelles à l'échelle communautaire au Sénégal.

Ridde et al. (2024) examinent les efforts du Sénégal pour étendre la couverture maladie universelle à travers les unités départementales d'assurance maladie au Sénégal en réponse aux échecs des mutuelles de santé à l'échelle communautaire. Le principal défi est donc d'étendre l'assurance maladie aux plus vulnérables et au secteur informel.

Enfin, il est nécessaire de réduire les inégalités qui aboutissent à des inégalités de santé, en agissant sur les principales barrières qui expliquent le faible niveau d'accès aux soins de santé sur toute l'étendue du territoire sénégalais.

Chapitre V : Déterminants socioéconomiques de la demande de soins dans un contexte de gratuité sélective au Sénégal

Introduction

L'accessibilité aux soins de santé et les nombreuses difficultés qu'elle présente pour certains citoyens sont au centre des inquiétudes des pays d'Afrique subsaharienne. Ces inquiétudes sont ravivées par la progression des inégalités économiques, les risques épidémiologiques, les défis du dérèglement climatique, de l'insuffisance alimentaire et de l'urbanisation rapide et incontrôlée, comme l'ont souligné Moleux et al. (2011). À cela s'ajoutent les défaillances du système de santé, que Jacquemot, (2020) considère comme des obstacles à franchir pour les populations vulnérables peinant à accéder aux soins de base.

Les années 2000 ont été marquées par d'importants progrès dans la distribution des services de santé à travers de nombreux États africains. Certains Etats ont mis en œuvre des politiques de santé novatrices, visant à réduire les inégalités d'accès aux soins. Ces mesures sont adoptées dans plusieurs pays africain, s'inscrivent dans un contexte marqué par une faible couverture santé pour une grande partie de la population. Dans ce contexte, Demoutiez (2017) souligne que le taux de couverture santé demeure très limité, essentiellement concentré dans le secteur dit formel, lequel ne regroupe qu'une faible proportion de travailleurs. D'après les données du PNUD (le programme des nations unies pour le développement), en 2022, le Sénégal était classé 170^{ème} sur 191 (avec 0,511 de score) en matière d'indice de développement humain. Face à des besoins énormes en matière d'accès aux soins de santé, le pays s'engage depuis plusieurs années dans l'extension de la couverture maladie à travers deux mécanismes complémentaires visant à réduire le paiement direct et fournir un accès universel aux soins de santé : le développement des mutuelles de santé et la mise en place d'initiatives des dispositifs de gratuité des soins pour les personnes vulnérables (personnes âgées, enfants de moins de 5 ans, femme enceinte).

Les dispositifs de gratuité mis en place s'appuient principalement sur les soins primaires et secondaires, définis à la conférence d'Alma Ata et renforcés par l'Initiative de Bamako en 1987. Pour rappel, cette initiative vise à renforcer les systèmes de santé tout en améliorant l'efficacité, notamment par la mise en place des mesures de recouvrement des coûts, et la participation communautaire à la gestion des structures de santé. Le recouvrement des coûts s'inscrit principalement dans un cadre de participation à la santé, impliquant à la fois les

pouvoirs publics et les citoyens. Salama (1989) met en évidence les effets pervers de ce système, notamment à travers une surmultiplication des inégalités entre les individus et entre groupes sociaux, souvent au détriment de toute logique de politique de santé. Cette dynamique, en retour, s'accompagne d'une libéralisation accrue des systèmes d'assurance maladie.

Par ailleurs, il existe aussi des recours thérapeutiques traditionnelles très diversifiées. Dans ce contexte, le chevauchement des recours aux soins du système formel et informel fait partie des stratégies populaires pratiquées notamment en milieu rural. Pour se soigner, les individus utilisent souvent ces formes de recours de manière concomitante. Ce phénomène bien qu'individuel, s'inscrit dans un réseau d'interactions socioéconomiques, ce qui suggère que le comportement des individus en matière de demande de soins peut être caractéristique de l'organisation socioculturelle de la population. Ce constat soulève la question de l'articulation entre la demande de soins et la mise en œuvre des politiques de santé. Le succès de cette interaction semble dépendre d'une compréhension fine des enjeux de la vulnérabilité des populations et de l'hétérogénéité de leurs problèmes de santé.

L'objectif de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des déterminants de la demande de soins, afin d'aider les pouvoirs à mieux orienter les politiques publiques, en vue d'améliorer l'accès aux soins au Sénégal. L'étude se propose d'évaluer la demande des services de soins de santé dans un contexte de gratuité sélective. De ce fait, le chapitre est structuré comme suit : la première section présente la littérature empirique sur les déterminants de la demande de soins, la seconde retrace la méthodologie, la troisième expose les statistiques descriptives, la quatrième présente les résultats et enfin la conclusion et discussion.

Section 1 : Revue de littérature

La première dimension qui vient à l'esprit quand il s'agit de « demande de soins de santé » concerne les dimensions de l'accessibilité (volet offre), interagissant avec les dimensions de la capacité des patients (volet demande), définies par Levesque et al. (2013). Ce cadre d'analyse décrit l'interface de l'accessibilité de l'offre de soins et la capacité des ménages à y répondre. Il est généralement reconnu dans ce contexte qu'il y a demande lorsque la personne identifie ses besoins de soins, de les rechercher pour se voir proposer des services à ses besoins de santé. Or, ces besoins ne sont toujours pas satisfaits, en raison des circonstances particulières, qu'elles soient sociales, économiques ou culturelles. La perception des besoins et

le désir de recourir aux soins peuvent être influencés par ces facteurs, eux-mêmes, susceptibles de déterminer la probabilité qu'un individu recherche les services de santé, ainsi que l'évaluation de leur pertinence. Dans cette dynamique, l'accès aux soins de santé ne relève pas uniquement d'un besoin identifié, mais implique également une capacité à recourir aux soins. Il faut, pour cela, être capable de franchir différentes barrières socioéconomiques. Ainsi, de multiples facteurs peuvent empêcher les individus à recourir aux soins : indisponibilité financières, statut social, raisons politiques, raisons culturelles. Il ressort de la littérature que certaines normes traditionnelles ou religieuses peuvent être porteuses d'une dynamique intrinsèque d'inégalités et d'exclusion systémique à l'accès aux soins. Ces contraintes révèlent les défis de veiller à ce que les politiques publiques répondent aux besoins de différentes populations socialement, économiquement et culturellement défavorisées.

Comme nous le montre la littérature, plusieurs travaux ont évalué la problématique de la demande de soins en Afrique subsaharienne, en termes de qualité ou de dépenses, suscitant un intérêt particulier, notamment après l'instauration et le développement des systèmes de paiement relatifs aux frais de soins aux usagers. Ainsi, Darbon et Letourmy (1983) s'intéressent à la problématique économique adaptée à la spécificité des déterminants de la demande de soins. Les auteurs considèrent que les dimensions spécifiques du champ de la santé exercent une influence extrêmement importante sur la demande de soins. Pour appréhender cela, nous suggérons l'introduction des caractéristiques socioéconomiques du consommateur dans la fonction de demande des services de soins de santé. L'argument avancé est que le revenu, le statut social, le milieu de résidence donnent une image approximative des conditions de santé, susceptibles de déterminer le recours aux soins. Bien que les estimations des modèles soient sujettes à des variations d'un auteur à l'autre et que les capacités prédictives de la théorie restent limitées. Ainsi, l'importance que nous pourrions attachée ici à ce type d'analyse n'aurait de ce sens que par rapport à un contexte circonscrit.

Par ailleurs, la prise en compte de l'hypothèse d'induction de la demande par l'offre se développe principalement dans des contextes où les principes de libéralisme sont strictement préservés, intégrant la santé dans les logiques capitalistes. D'ailleurs, la nature du fonctionnement des marchés de soins reste très monopoliste, susceptible d'influencer l'offre et la demande de soins. Ainsi, Batifoulie et Da Silva (2022) montrent que le capitalisme sanitaire n'est pas seulement une extension du capitalisme classique, mais un nouveau stade de ce dernier, où la santé devient un modèle d'accumulation du capital. Guennif (2018) souligne que

ce type d'accumulation prend ampleur particulièrement dans l'industrie pharmaceutique, en raison des stratégies de rente, où la logique d'accumulation du profit entre en conflit direct avec la protection sanitaire des populations. Le rôle de l'État serait donc décisif pour installer de nouveaux cadres réglementaires, favorisant l'équilibre et la justice sociale au bénéfice de ces populations. Ces analyses mettent en évidence le rôle de l'Etat et sa capacité à dynamiser ses politiques sectorielles pour la protection et le bien-être des populations.

Les comportements en santé peuvent en effet s'expliquer par des comportements individuels économiques et sociaux. Cependant, la littérature dominante s'intéresse notamment à l'influence des déterminants tels que l'éducation et le revenu. Ces facteurs semblent intervenir dans la prise de décision de la demande de soins. D'autres auteurs soulignent la diversité des facteurs explicatifs de la demande. Ainsi, Chauvin et al. (2013) montrent que la demande de soins résulte à la fois des organisations socio-spatiales de l'offre et des logiques individuelles et culturelles. Outre les déterminants individuels et sociaux, Amable (2005) s'intéresse sur l'influence des institutions sur les comportements des individus. D'après l'auteur, il existerait une sorte de demande induite par les institutions publiques. Cette hypothèse d'induction de la demande participe à l'explication du fonctionnement du système de santé encadré par les pouvoirs publics.

Les écrits scientifiques concernant l'impact de la tarification sur la demande de soins de santé notamment pour les plus démunis foisonnent et demeurent très controversés. Dans une approche micro, la décision de recourir ou ne pas recourir aux soins de santé peut être analysée comme relevant des dimensions de la demande déterminées par les dimensions d'offre de soins, ainsi que le suggèrent Levesque et al. (2013). Ainsi, Chambaretaud et Hartmann (2004) suggèrent que la demande est dépendante de l'offre de soins, car le patient, seul, ne dispose pas de connaissances médicales nécessaires pour juger de l'opportunité des soins en fonctions de ses besoins. Par ailleurs, Fargeon (2014) considère qu'en l'absence d'une offre adéquate, les choix individuels restent les principaux déterminants de la demande de soins. Dans de telles situations, il existe donc une part de subjectivité qui doit être prise en compte dans les analyses.

La théorie néoclassique propose une cadre d'analyse axée sur le fonctionnement du marché des services de santé, en s'appuyant sur des interactions entre l'offre et la demande de soins. Elle s'inscrit dans une dynamique évolutive, participant à la compréhension de ces interactions dans l'accès aux soins de santé, considérés comme un investissement. En effet, Darbon et Letourmy posaient déjà en 1983, l'hypothèse que l'approche néoclassique reposait

sur plusieurs principes fondamentaux, parmi lesquels, la valeur du bien et l'équilibre du marché, introduisant à des considérations plus réalistes par rapport aux choix et aux comportements individuels dans un environnement dynamique et compétitif de marché. Pour Arrow (1963)³⁴, les conditions de l'offre et le coût des soins influençaient la demande. En outre, il soulignait que le marché des soins de santé était caractérisé par des dysfonctionnements liés à l'asymétrie de l'information et à l'imperfection des services qui impactaient sur le marché de l'assurance maladie et sur les soins appropriés. De leur côté, Chambaretaud et Hartmann (2004) appuyèrent l'idée selon laquelle les patients sont relativement peu informés sur la qualité des biens et services médicaux qu'ils utilisent.

Les premières études empiriques (Grossman 1972)³⁵ s'intéressaient à des approches d'optimisation dynamique qui consistaient à montrer que les individus cherchaient à maximiser leur utilité, considérant la santé comme un investissement en capital humain. Par ailleurs, Zweifel (2012) suppose que la santé d'un individu dépendra de deux approches complémentaires : le recours aux soins médicaux (consulter un médecin et suivre les traitements prescrits) et les efforts personnels consentis (alimentation équilibrée, pratique du sport, éviter les habitudes nuisibles à la santé).

Becker (1962)³⁶ a abouti à la conclusion que l'augmentation des revenus avait un effet sur la demande, permettant aux individus de consacrer davantage de ressources à la santé, en fonction d'un « raisonnement coût-bénéfice ». Gertler et Van Der Gaad (1990), de leur côté, examinent la manière dont les individus perçoivent et paient pour les soins de santé dans les pays en développement. En effet, chaque facteur peut interagir avec les autres, créant ainsi une dynamique complexe susceptible de déterminer comment les individus accèdent et utilisent les soins de santé. Sur un autre plan, Ventelou et Rolland (2009) ont évalué l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. Ils ont montré que

³⁴ Arrow attira l'attention sur les spécificités du marché des soins médicaux, sur le caractère instable et imprévisible de la demande individuelle et l'utilité des soins qui en dérive. Béjean (1997) critique et souligne qu'Arrow (1963) prend partiellement en compte le rôle des institutions dans la demande de soins de santé (système de santé, sécurité sociale, régulations des professions de santé), ce qui constitue une limite considérable de son analyse.

³⁵ Grossman considère que les individus ont la capacité de posséder des informations sur leur état de santé et d'entreprendre des mesures nécessaires pour maximiser leur capital santé. Sepehri (2015) conteste cette approche, car il considère que les individus ne maîtrisent pas tous les mécanismes influençant leur état de santé. L'auteur estime que Grossman ne tient pas compte des interactions multidimensionnelles des déterminants de la santé (influences sociales, contexte économique, environnement, etc.).

³⁶ Becker suppose que les individus sont des agents qui agissent en fonction « d'un calcul coût-bénéfice rationnel ». Sen (1977) remet en question l'hypothèse d'agents parfaitement rationnels. Il la juge irréaliste, car les individus disposent d'une « rationalité limitée » et adoptent souvent des comportements complexes.

l'information sur les risques de l'automédication est moins suivie (46,1%) dans la région de PACA en France.

D'après une étude de Bouba-Olga et Vigé (2015), la demande de soins est influencée par une combinaison de facteurs économiques, sociaux et comportementaux et qu'elle varie selon les régions. Les variables explicatives de la demande de soins sont en effet déterminantes dans les études sur l'accès aux soins dans les pays en développement. Le choix des variables explicatives à l'explication de la demande de soins fait l'objet de beaucoup de débat dans la littérature. Parmi les facteurs, figurent des variables telles que le prix, le revenu et la qualité. Le choix des variables est déterminant, car il s'explique par des raisons méthodologiques. Cette question fait l'objet de nombreux travaux, notamment empiriques impliquant différentes approches dans des contextes variés.

Dieng et al. (2014) examinent l'effet prix sur la demande de soins dans un contexte de subvention sélective. L'effet prix sur la demande est susceptible d'influencer le choix des individus lorsqu'ils décident de consommer ou non les services de soins. Les travaux de McPak et al. (2011) montrent que les ménages pauvres sont généralement très sensibles à de petites modifications des prix même pour des biens nécessaires tels que les soins préventifs. De son côté, Gilson (1997) insiste sur les approches du modèle de l'Initiative de Bamako mises en œuvre dans les pays africains pour estimer le prix sur le niveau d'utilisation des soins. D'après les travaux de Akin et al. (1986) la variation des prix n'entraîne pas de changements significatifs sur la demande de soins. À l'inverse, les résultats de Gertler et Van Der Gaad (1990) ont montré que le prix influençait les choix de soins lorsque les modèles économétriques plus robustes étaient utilisés.

Les approches développées dans la littérature concernant les facteurs influençant la demande de soins varient d'un auteur à l'autre. Cette disparité pourrait expliquer que les estimations de la fonction de demande soient sujettes à de fortes variations, en fonction de la manière dont ces facteurs sont définis. Després et al. (2011), de leur côté, met en exergue le rôle du revenu sur la demande de soins. Le rôle du revenu dans l'accès aux services de santé apparaît central dans la littérature. Ainsi, Liu et al. (2018) appuient cette perspective, en identifiant le revenu comme un facteur clé dans la demande de soins, ainsi que dans l'explication des inégalités sociales de santé. S'inspirant du modèle de Grossman, Jayaraman et al. (2008), considèrent que la demande de soins est influencée par des variables telles que la qualité, le revenu et le coût des soins.

Un certain nombre d'auteurs ont suggéré l'introduction des caractéristiques des services médicaux, conduisant à interpréter l'effet-qualité. Selon Backer et al. (2020), la perception de la qualité des soins par les patients joue un rôle déterminant dans leurs choix de recourir aux soins. Ainsi, Donabedian (2015) insiste sur trois dimensions de la qualité : la structure de santé, le processus des soins et les résultats perçus après les soins. Linndelow (cité par Kioko, 2016) met en lumière l'importance de la qualité perçue et la qualité réelle. La première correspond à ce que le patient croit ou ressent des services de santé (subjectivité des perceptions des patients), le second implique les indicateurs comme la présence de personnel qualifié ou la disponibilité de médicaments (objectivité, fondée sur des critères mesurables). L'origine de ces variations renvoie aussi aux problèmes de mesure et de définition de la qualité.

Les études qui se sont développées dans les pays en développement notamment depuis l'adoption de la participation financière des usagers, ont mis l'accent sur l'accès aux soins. Les résultats de ces études soulignent plusieurs défaillances structurelles qui entravent l'accès aux soins notamment pour les populations les plus vulnérables. Selon un rapport de la Banque mondiale (2016), les barrières financières sont un facteur déterminant dans la prise de décision de recours aux soins. Au-delà des études empiriques, l'accès aux soins de santé est devenu une question cruciale pour l'atteinte des ODD, 2030. Il convient donc de s'interroger sur les principes d'équité notamment la question de l'accès aux soins des plus démunis.

Section 2 : Méthodologie

2.1. Données

L'étude réalisée dans ce chapitre repose sur une base de données issue d'une enquête portant sur les conditions de vie des ménages. L'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages, (EHCVM) est réalisée au Sénégal en 2018-2019. Elle met en exergue les liens potentiels qui existent entre environnements socioéconomiques et géographiques des individus et leurs comportements de santé, étant donné qu'elle comprend des variables pluridisciplinaires (sociologiques, économiques, culturelles, psychologiques, environnementaux, et.).

Dans le cadre de cette enquête, l'échantillon initial comprenait 7176 observations totales. Afin de réaliser nos estimations, un sous échantillon aléatoire a été sélectionné, représentant 20% de l'effectif total, soit environ 1.435 individus. Ainsi, le sous échantillon conserve les principales caractéristiques de la population étudiée, assurant la représentativité. Ainsi, les données comprennent celles recueillies lors des deux passages d'enquêtes. Sont

notamment disponibles des informations concernant la santé physique des individus, leur itinéraire thérapeutique (recours public, privé, traditionnel, automédication), la zone de résidence et les caractéristiques économiques et démographiques. Par ailleurs, d'autres déterminants peuvent intervenir dans l'analyse du recours aux soins médicaux. L'argument avancé est que ces caractéristiques individuelles donnent une image approximative des conditions de santé qui déterminent la probabilité du recours aux services de santé. Darbon et Letourmy (2004) considèrent qu'à l'origine de la demande des services de santé se trouve la notion de « besoins » de santé, définis comme la différence entre l'état de santé constaté et l'état de santé souhaité. Au niveau individuel, cette différence peut résulter d'une exacerbation des inégalités sociales de santé.

2.2. Modèle

Le modèle utilisé est un modèle de type logistique dans lequel la variable expliquée est le lieu de recours aux soins : elle est égale à 1 si l'individu a eu recours aux soins dans une structure publique de santé, et est 0 sinon. Pour garantir la continuité analytique, le modèle statistique appliqué dans le chapitre précédent est repris dans ce chapitre.

2.3 Définition des variables

La demande de soins, selon Arrow, est irrégulière et imprévisible en ce qu'elle concerne l'utilité individuelle de recourir aux soins. L'utilité perçue se traduit notamment par une demande de soins qualifiés, comme le montrent Chambaretaud et Hertmann (2004). Au-delà de la distance géographique, Forzy et al. (2021) montrent que les facteurs socioéconomiques jouent fortement sur la demande de soins. En effet, l'analyse de variables socioéconomiques permet de mesurer la probabilité de recourir aux soins, ce qui justifie aussi le choix de la variable expliquée et des variables explicatives dans notre modèle.

2.3.1. Variable expliquée

Lieux de recours aux soins : Dans notre analyse, la variable expliquée est le lieu du recours aux soins des personnes enquêtées. La variable a été construite à partir des réponses à la question suivante : « Lorsque vous avez été malade ou blessé pour la dernière fois, vers quel type de structure de santé avez-vous consulté pour solliciter les soins ». Cette question regroupe plusieurs composantes de réponses : « structure publique de santé, structure privée ou chez le guérisseur traditionnel. Ainsi, les modalités : « structure privée de santé » et « le guérisseur

traditionnel » ont été regroupés afin de constituer une catégorie unique, sous l'intitulé (structure privée de santé = 0), opposée à celle de (structure publique de santé = 1)³⁷.

Selon Jusot (2013), le recours aux soins désigne l'acte par lequel l'individu sollicite les services de soins de santé en vue répondre à un besoin médical perçu ou réel. Les travaux de Forzy et al. (2021) mettent en évidence qu'entre les besoins de santé et la demande de soins interfèrent des facteurs économiques, sociales, environnementaux, géographiques, politiques et culturels, influençant le recours aux soins. Yoro (2012), de son côté, examine comment les patients combinent ou alternent entre différentes options de soins, telles que la médecine moderne et les pratiques traditionnelles dans un contexte africain. Dans un contexte de transitions multiples, marqué par le passage d'une prédominance de maladies chroniques, les recours aux soins changent en fonction de plusieurs facteurs socioéconomiques.

2.3.2. Variables explicatives

Les variables explicatives sont susceptibles d'expliquer ou de prédire les variations de la variable expliquée. Elles peuvent dépendre des caractéristiques personnelles, du contexte social, économique et géographique. Les analyses issues des travaux de Ezzrari et al. (2022) prennent quant à elles en compte les déterminants de l'offre et de la demande, notamment à travers une analyse parallèle visant à étudier les inégalités dans le recours aux soins selon les conditions socioéconomiques et géographiques de l'individu. Par ailleurs, les études menées par Bouba-Olga et Vigé (2015), ainsi que Desprès (2013) analysent ces inégalités en modélisant les variables de renoncement aux soins. Or l'ampleur de ces inégalités peut varier d'une variable à l'autre, ce qui invite à une lecture différenciée des déterminants socioéconomiques.

Revenu : Les inégalités de recours aux soins entre groupes sociaux relèveraient notamment des différences socioéconomiques. Cette acception, comme le suggère Jusot (2013), pourrait être liée à l'existence des barrières financières, ce qui expliquerait que les personnes pauvres et moins instruites aient un recours aux services de santé moins fréquent et plus tardif. Ainsi, de nombreux dispositifs ont été mis en place afin de réduire ces inégalités à travers les

³⁷ En effet, les structures privées de santé et le guérisseur traditionnel partagent certaines caractéristiques communes, notamment le fait d'être des alternatives au système public de santé.

dispositifs sélectifs des soins. Cette variable a pour but de déterminer le rôle du niveau de vie dans le recours aux soins³⁸.

Assurance maladie : L'assurance maladie en tant que mécanisme de protection destinée à couvrir les dépenses de santé, constitue une variable pertinente du niveau de couverture des soins au sein des ménages. Son existence peut influencer significativement le choix du lieu de recours aux soins. La relation entre ces deux variables permet d'évaluer comment l'assurance maladie influence les comportements de recours aux différentes structures de santé. Selon Champetier de Ribes (2018), l'assurance maladie joue un rôle actif dans l'identification des besoins de soins à l'échelle locale, ainsi que dans la lutte contre le renoncement aux soins.

Zone de résidence : Elle influence le recours aux soins ainsi que les comportements des individus. Des déterminants tels que la transparence et l'information sur les traitements et services disponibles peuvent contribuer à rendre les services de santé plus accessibles aux populations dans les territoires ruraux et périurbains. Ces services peuvent être plus ou moins connus au sein de certains groupes sociaux ou dans certaines zones géographiques. Par ailleurs, Levesque et al. (2013) soulignent que les services de soins sont inéquitables dans la manière dont ils sont organisés, et que les abus et négligences découragent les minorités de se faire soigner. Ainsi, les groupes sociaux défavorisés peuvent juger différemment de l'adéquation et de la qualité des soins.

Sexe : Le sexe constitue un facteur sociodémographique susceptible d'influencer les choix de recours aux soins. L'analyse de la relation entre le sexe et le lieu de recours aux soins permet de mettre en évidence d'éventuelles inégalités fondées sur le genre, et d'appréhender la manière dont les normes culturelles influencent les décisions des ménages en matière de santé. Ainsi, Polton (2016) souligne la nécessité d'une prise en compte du genre dans les politiques publiques, afin de garantir une égalité de traitement. Dans certains contextes, les femmes peuvent avoir une plus grande fréquence de recours aux soins, en raison des besoins spécifiques liés à la santé reproductive.

Les études réalisées sur la demande de soins sont souvent modélisées à l'aide d'outils statistiques et mathématiques pour analyser les relations causales et prédire des choix et

³⁸ Dans le cadre du traitement des données, les catégories (très pauvre et pauvre) ont été recodées en une seule modalité (pauvre), afin de faciliter l'analyse statistique.

comportements des ménages. Ainsi, le tableau 22 présente les caractéristiques générales des ménages et les lieux de recours aux soins, complété par le tableau 25 qui décrit les variables retenues.

Tableau 22

Caractéristiques générales des ménages selon le revenu et le lieu de recours aux soins

	Privé	Public
Pauvre	31,74	68,26
Moyen	13,19	86,81
Riche	12,97	87,03
Très riche	16,58	83,42
Total	20	80

Source : Auteur, à partir des données d'EHCVM de 2018-2019.

Par ailleurs, les choix des lieux de recours aux soins tendent à être influencés par le type de besoins, ainsi que par des facteurs personnels, économiques, sociaux et contextuels. L'interaction de ces facteurs peut varier d'un individu à l'autre. Ainsi, au Sénégal, le choix du lieu de recours aux soins peut dépendre notamment de la disponibilité des soins, de l'accessibilité géographique et financière du patient, ainsi que des facteurs culturels. En effet, le choix de la structure peut être déterminé par la capacité financière du patient, de sa perception et de l'utilité du service. Kolossvary et al. (2023) considèrent que la question la plus importante consiste à déterminer quels effets sanitaires ces interactions engendrent. Ainsi, les patients ont la liberté de choisir leur établissement de soins, qu'il soit public, privé ou encore chez un tradipraticien. La différence résulterait du niveau de vie de l'individu. Par ailleurs, la disponibilité des services de soins et le niveau des dépenses de santé peuvent également influencer les décisions liées aux soins. Selon Levesque et al. (2013), la capacité à percevoir la maladie ou ses symptômes influence l'individu à rechercher les services de soins concernés, à atteindre et à les payer.

Le tableau 23 fournit une description statistique des caractéristiques des ménages en fonction du lieu de recours aux soins (privé ou public). Il ressort que 80% ont eu recours à une structure de santé publique, tandis que 20% ont privilégié une structure privée. La proportion du recours aux soins publics augmente avec le niveau de revenu. De 68,26% pour les plus pauvres, elle passe à 83,42% pour les plus riches. A l'inverse, le recours aux soins privés

concerne 31,74% des ménages les plus modestes contre seulement 16,58 parmi les plus riches. Ainsi, une variation du lieu de recours aux soins s'observe selon le sexe. Les hommes sont plus nombreux à fréquenter le public (83,91%) que les femmes (75,76%), tandis que ces dernières recourent davantage à la structure privée (24,24%), contre (16,09%).

Tableau 23

Statistique descriptive

Variables	Recours aux soins	
	Public (80%)	Privé (20%)
Revenu		
Pauvre	68,26	31,74
Moyen	86,81	13,19
Riche	87,03	12,97
Très riche	83,42	16,58
Assurance maladie		
Non-couvert	70,61	29,39
Couvert	86,28	13,72
Milieu de résidence		
Rural	80,81	19,19
Urbain	79,25	20,75
Sexe		
Femme	75,76	24,24
Homme	83,91	16,09

Source : Auteur, à partir des données d'EHCVM de 2018-2019.

Par ailleurs, Kolossvary et al. (2023) souligne le rôle de l'éducation dans recours aux soins chez les personnes atteintes de maladies artérielles périphériques. Ils considèrent qu'un bon niveau d'éducation favorise la capacité à évaluer les risques pour la santé de manière objective, ce qui peut influencer positivement la décision de recourir aux services de santé.

Les dispositifs ciblant certains groupes sociaux s'inscrivent dans une logique de ciblage. Toutefois, les modalités de ce ciblage peuvent refléter des inégalités. Ainsi, il apparaît que les individus adultes pauvres regroupés en bas de l'échelle sociale et ne bénéficiant d'aucun dispositif de gratuité des soins, se trouvent fréquemment exclus de toute forme de protection en

matière de santé. Ce phénomène peut s'expliquer, en partie, par un modèle politique de santé peu engagé dans les principes d'équité, centré notamment sur la santé reproductive et infantile.

En dépit des efforts d'équité en santé, le coût croissant de l'accès aux soins dans les structures publiques de santé soulève des interrogations quant à sa soutenabilité pour les populations pauvres. Cette problématique prend une dimension particulière dans le contexte sénégalais, où le financement de la santé repose, en partie, sur des paiements directs effectués par les ménages, et ce malgré l'existence des dispositifs de gratuité. Selon Mbaye et al. (2013), si la gratuité couvre des dépenses de santé, elle laisse néanmoins à la charge du patient des montants importants. Par ailleurs, Ridde et Blanchet (2008) explorent cette problématique en mettent en lumière les inégalités engendrées par les dépenses catastrophiques des ménages. Cette réalité met en lumière des inégalités supplémentaires, révélant que les ménages exclus des dispositifs de gratuité ou d'assurance maladie se trouvent confrontés à une charge financière totale, compromettant ainsi leur accès aux soins.

Section 3 : Déterminants socioéconomiques de la demande de soins

Le tableau 24 présente les résultats sur le lieu de recours aux soins. L'analyse de la relation entre ce recours aux soins et les circonstances socioéconomiques permet de mettre en évidence les dynamiques structurelles qui influencent significativement les conditions d'accès aux soins dans les structures publiques de santé.

Les résultats de l'estimation montrent que la variable revenu influence positivement l'accès aux soins. Il en ressort que les individus appartenant aux quintiles de bien-être économique (moyen, riche et très riche) présentent une probabilité élevée de recourir aux soins au sein des structures publiques de santé comparativement au groupe de référence (pauvre). Ces résultats corroborent en partie ceux trouvés dans l'étude menée par Jusot et al. (2019). Selon ces auteurs, les individus à faibles revenus recourent moins aux soins, même lorsqu'ils bénéficient de la gratuité. Autrement dit, le revenu apparaît comme un facteur explicatif déterminant dans la variation des comportements de recours aux soins.

Par ailleurs, les résultats indiquent que la variable assurance maladie constitue un facteur amplifiant la probabilité de recourir aux soins ($OR = 2,128$). Ce phénomène met en évidence le rôle de l'assurance maladie dans l'explication des différences observées. Ce rôle d'intermédiation est confirmé par Champetier de Ribes (2018), qui considère la couverture maladie comme un levier d'accès privilégié aux structures de santé, notamment publiques. En

outre, la zone de résidence, notamment, le fait d'habiter dans une zone urbaine, constitue un facteur favorable au recours aux soins dans le public. Cette différence, bien que faible (OR=1,258) met en évidence les inégalités géographiques qui peuvent refléter les écarts économiques et contextuels. Ce résultat vient confirmer les travaux de Ezrari (2022) sur le recours aux soins au Maroc. Selon l'auteur, le recours aux soins varie en fonction des circonstances socioéconomiques, en particulier, selon la zone de résidence. Par ailleurs, Sidibé et al. (2014) considèrent que, malgré les inégalités d'accès aux soins, certains dispositifs de gratuité contribuent à améliorer le recours aux soins chez les populations pauvres, notamment par une diminution des paiements direct au point de service.

Tableau 24

Déterminants de recours aux soins (modèle Logit)

Variables	Odd ratio
Revenu	Référence = Pauvre
Moyen	2,607*** (0,546)
Riche	2,473*** (0,509)
Très riche	1,905*** (0,343)
Assurance maladie	Référence = Non
Oui	2,128*** (0,325)
Milieu de résidence	Référence = Rural
Urbain	1,258 (0,182)
Sexe	Référence = Femme
Homme	1,103 (0,169)
Constant	1,378*** (0,217)
Observations	1,435

Source : Auteur, à partir des données d'EHCVM 2018-2019.

***p<0.01, **p<0.05, *p<0.1

Tableau 25

Statistiques globales du modèle logit

Indicateurs	Valeur
Nombres d'observations	1,435
Test de Wald χ^2	88,07
Test Prob> χ^2	0,0000
Pseudo R^2	0,0613

Source : Calcul de l'auteur

Robert et al. (2015) soulignent que les dysfonctionnements du système de santé entraînent parfois le retour du paiement direct, malgré la gratuité. Ainsi, dans un contexte de gratuité, la perception des dépenses connexes, compte tenu des capacités financières limitées des usagers peut constituer une barrière à l'accès aux services de santé dans les structures publiques. Cette contrainte financière s'ajoute à un ensemble de difficultés structurelles, particulièrement marquées dans les territoires ruraux et périurbains, où les populations sont souvent confrontées à un manque d'infrastructures de santé, à une pénurie de professionnels de santé et à une précarité économique. Ces conditions affectent les populations dont la maladie constitue un facteur de risque susceptible de rétroagir sur les activités rémunératrices de l'individu et de l'entraîner dans une spirale d'exclusion.

Par ailleurs, même informés des mécanismes de gratuité, certaines personnes peuvent néanmoins renoncer à en bénéficier, en raison des dépenses connexes associées aux dispositifs de gratuité. De ce fait, les ménages peuvent juger que le bénéfice apporté par la gratuité est trop faible au regard des dépenses nécessaires pour l'obtenir. C'est notamment le cas des dépenses additionnelles liées à l'achat des tickets d'entrée, aux médicaments et au transport.

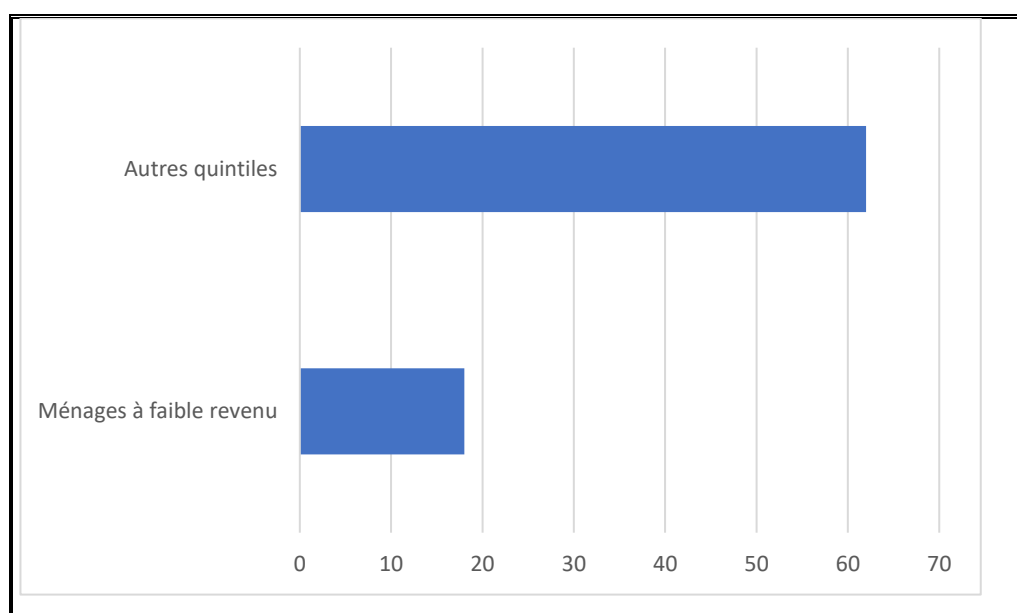
La réduction des inégalités d'accès aux soins est une priorité des pouvoirs publics. En dépit des avancées considérables, les inégalités demeurent. Elles résultent notamment de facteurs socioéconomiques tels que le revenu, le lieu de résidence ou encore les mécanismes de couverture santé. L'interaction de ces facteurs peut produire des inégalités entre les individus et entre groupes sociaux. Or, comme le souligne la commission des déterminants sociaux de l'OMS dans son rapport de 2025, « l'équité est un principe stratégique visant à réduire les inégalités ».

Par ailleurs, Bodenmann et al. (2022) explorent les mécanismes d'accompagnement et de prise en charge des groupes vulnérables dont le niveau de vie est précaire. Ils soutiennent une approche systémique des déterminants socioéconomiques (revenu, éducation, logement, environnement, pauvreté) pour remonter aux racines de la vulnérabilité. Non seulement le faible niveau de revenu réduit la capacité d'un individu à répondre à ses besoins de santé, mais il l'expose également à une accumulation de vulnérabilité. Ce cumul de désavantages est susceptible d'avoir des effets délétères sur le niveau de vie des groupes exposés. Ainsi, Moquet et Potvin (2011) appellent à supprimer ces inégalités de ressources à la base de la « stratification sociale », afin de promouvoir l'équité.

Comment les inégalités ont-elles variées au cours de la période étudiée ? Le graphique 11 montre la variation des taux de recours aux soins selon les quintiles de revenus. Les ménages les plus pauvres concentrent environ 18% du recours aux soins, contre 62% pour les plus riches (autres quintiles). Ces variations sont très inégalitaires dans la mesure où les ménages aisés, bien que minoritaires enregistrent un taux de recours supérieur de 30%. Elles peuvent s'expliquer par le fait que les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu sont davantage confrontées à des difficultés, notamment les barrières financières, le manque d'informations ou l'influence des normes culturelles. Ces résultats corroborent ceux trouvés dans l'étude menée par Jusot (2013)³⁹.

³⁹ Par ailleurs, elle considère que ces « différences de recours seraient dues à une moindre connaissance des filières de soins, d'un rapport différent au corps et la maladie, et des préférences différentes vis-à-vis du temps, du risque et de la place accordée à la santé » (Jusot, 2013).

Graphique 11 : Inégalités de recours aux soins selon le revenu ⁴⁰



Source : Auteur, à partir des données d'EHCVM de 2018-2019.

Les inégalités de revenu impactent directement l'accès aux soins, même lorsqu'ils sont gratuits. Le coût des soins non couverts par les dispositifs de gratuité pèse davantage sur les populations pauvres. En effet, plus un individu dispose d'un revenu faible, plus il est susceptible de rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins.

Les dispositifs représentent une avancée considérable, mais ils ne suffisent pas à garantir l'équité dans l'accès aux soins. En outre, les inégalités persistent, notamment en ce qui concerne la répartition inégale des infrastructures de santé et des personnels soignants sur les territoires ruraux.

Conclusion

Les politiques de gratuité des soins ont largement contribué à l'extension de la couverture santé pour les populations vulnérables. Cette étude permet d'analyser la demande de soins parmi les populations étudiées. Ainsi, nous avons utilisé un modèle de régression logistique, ce qui nous a permis de comparer des déterminants socioéconomiques susceptibles d'influencer la demande de soins. Il ressort de nos résultats que 80% des recours aux soins sont effectués dans les structures publiques de santé, ce qui semble corroborer les statistiques de

⁴⁰ Parmi les 40% des ménages à faible revenu (Q1 et Q2), 18% ont eu recours à un service de santé contre 62% pour les autres quintiles (Q3, Q4 et Q5).

Mané (2012), lesquels indiquent une évolution de la productivité des structures publiques de santé au Sénégal.

Par ailleurs, l'accès aux dispositifs de gratuité des soins peut dépendre des modalités de mise en œuvre de ces dispositifs. Sur un autre plan, Ndiaye et al. (2023) soulignent que la pauvreté ne se limite pas au revenu mais touche des dimensions sociales du bien-être. Dans un contexte de précarité et de hausse des dépenses de santé, il est important de veiller à la prise en charge des plus pauvres, tout en renforçant l'efficacité des dispositifs de gratuité. En somme, en dépit de la volonté politique affichée, les résultats obtenus restent en deçà des attentes en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Plusieurs pistes peuvent être analysées pour tenter de réduire les inégalités d'accès à la gratuité des soins. Une première mesure pour les personnes éligibles serait l'enrôlement automatique pour toute personne vulnérable. La suppression des tickets d'entrée et l'instauration de la « gratuité universelle » serait une autre voie plus inclusive et non sélective tant pour les soins que pour les individus. Ce faisant, elle introduirait une nouvelle approche dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Chapitre VI : La gratuité sélective des soins et ses coûts connexes à la charge des usagers en milieu rural : une étude auprès des patients du centre de santé de Bambaly au Sénégal

Introduction

La gratuité des soins pour les personnes vulnérables a été une réalité historique dans les pays d'Afrique subsaharienne depuis les années 2000. Selon un rapport de l'OMS (2009), la situation au regard des besoins sanitaires du monde rural est préoccupante et grande. Pour répondre à cette problématique, certaines actions ont été entreprises par les pouvoirs publics afin d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé, notamment par la diffusion des soins curatifs et préventifs (politiques de santé communautaire, gratuité des soins pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées).

Le Sénégal, à l'instar de nombreux pays d'Afrique subsaharienne a instauré des mécanismes de gratuité des soins en faveur des populations vulnérables, dans le but de réduire les inégalités sociales de santé, en particulier en milieu rural. Selon Tizio et Flori (1997), les initiatives de gratuité portées par une volonté de justice sociale engendrent des coûts importants à la charge du patient. Ces coûts semblent constituer un obstacle structurel significatif à la concrétisation des politiques de santé visant à réduire les inégalités sociales.

Les dépenses connexes aux soins gratuits à la charge des usagers peuvent limiter leur accès à des droits fondamentaux tels que la santé et l'éducation, notamment en milieu rural. Ce phénomène s'explique notamment par le fait que certains services de soins ne sont pas couverts par les dispositifs de gratuité ou par les mutuelles communautaires de santé. Par conséquent, les patients bénéficiaires se retrouvent souvent confrontés à des dépenses catastrophiques, malgré l'existence de cette mesure de solidarité et d'équité. D'après les travaux de Bouba-Olga et Vigé (2015), les restes à charge liés aux soins et le coût du transport constituent des barrières importantes à l'accès aux soins gratuits.

Dans de nombreux pays en développement, les infrastructures de transport sont insuffisantes ou défectueuses, obligeant les patients à éprouver des difficultés pour atteindre une structure de santé. Ainsi, les ménages supportent une charge financière non négligeable liée aux transports, même si certains soins sont gratuits. A cela s'ajoute le manque d'infrastructures de transport qui rend les déplacements difficiles et onéreux notamment dans les zones excentrées où les distances sont grandes et les options de transport sont précaires et limitées. En conséquence, les défaillances liées aux services de transports entraînent des coûts

supplémentaires en termes financiers, et ce bien avant même que le patient ne puisse recevoir les soins. Par ailleurs, l'accumulation de ces coûts connexes révèle que les services de soins de santé dits « gratuits » peuvent en réalité engendrer des charges significatives pour les ménages, compromettant ainsi leur capacité à accéder aux soins nécessaires.

Bien que précaires, les populations rurales doivent souvent assumer une part des coûts liés aux services de soins gratuits. Selon Millis et Hanefeld (2013), cette participation financière serait responsable de l'exclusion d'une partie de la population des services de santé. En pratique, les patients doivent acheter des tickets modérateurs, des médicaments ou assumer le coût de services annexes tels que les analyses de laboratoire. Par exemple, certains médicaments, bien qu'ils soient prescrits par un médecin du service public de santé, peuvent ne pas être disponibles ou couverts par les dispositifs de gratuité. Dans ce cas, le patient devra les acheter à ses frais ou payer une partie de leur coût. Ousseini et Kafando (2013) mettent en évidence que cette situation génère des coûts connexes, impactant principalement les ménages pauvres, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques, dont le traitement est complexe, long et coûteux.

Bien que les dispositifs de gratuité des soins visent à réduire les inégalités, leurs effets économiques restent peu documentés. Olivier de Sardan et Ridde (2017) soulignent que les failles dans leur mise en œuvre nuisent à leur efficacité, notamment en compromettant le ciblage des groupes sociaux susceptibles d'être éligibles (Olivier de Sardan et Ridde, 2017). Face à ce constat, une bonne connaissance des spécificités sanitaires en milieu rural est nécessaire pour établir un diagnostic pertinent de la réalité des pratiques de santé dans les espaces ruraux. Dans cette perspective, les enjeux socioéconomiques mobilisés dans ce chapitre pour répondre à notre objectif d'étude de terrain permettront d'examiner des facteurs à la fois micro et macro liés à la gratuité sélective des soins. L'objectif est donc d'évaluer les dépenses connexes aux soins gratuits dédiés aux personnes vulnérables en milieu rural et d'identifier les voies d'amélioration des performances du système de santé sénégalais à travers une étude qualitative et quantitative portant sur la question des inégalités d'accès aux soins gratuits au Sénégal.

Ce chapitre est structuré comme suit : la première section présente la méthodologie. Ensuite, nous introduisons notre travail empirique en exposant le modèle d'analyse dans la section 2, puis les résultats dans la section 3, avant de conclure.

Section 1 : Méthodologie

1.1. Contexte

L'étude s'est déroulée au Sénégal, précisément dans la commune de Bambaly qui dispose d'un centre de santé du district sanitaire de Sédhiou⁴¹, au sud du Sénégal. Le choix de ce site est déterminé par notre intérêt d'identifier les barrières financières rencontrées par les populations en milieu rural dans l'accès aux dispositifs de gratuité des soins.

La région sanitaire de Sédhiou est l'une des 6 régions couvertes sur 14, depuis janvier 2021 par le projet Investir pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'Adolescent (ISMEA)⁴², financé par la banque mondiale, en complément des dispositifs de gratuité des soins très controversés mis en œuvre par l'État du Sénégal (gratuité de la césarienne, depuis 2005, gratuité de soins pour les plus de 60 ans, à partir de 2006, gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, à partir de 2013).

Par ailleurs, dans le cadre des prises en charge plus complexes, les patients sont référés au niveau des hôpitaux. A cet effet, une lettre de garantie est remise au patient, attestant son inscription au dispositif de gratuité. En ce qui concerne les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, des antennes de références de la CMU sont installées dans les différents hôpitaux de la région, afin de faciliter les démarches administratives liées à leur prise en charge.

Dans le cadre du plan sésame, dédié aux personnes âgées, les frais liés aux médicaments et au transport ne sont pas couverts par la mesure de gratuité. Ainsi, ce dispositif consiste à exonérer les actes médicaux. Autrement dit, les frais de médicaments et de transport ne bénéficient d'aucune prise en charge et doivent être assumés par le patient. En effet, la gratuité accordée aux femmes correspond à une exonération de 80% sur les actes médicaux et les médicaments, tandis qu'elle est de 100% pour les enfants de 0 à 5 ans. Toutefois, il s'agit de critères descriptifs externes qui ne permettent pas de déterminer la manière dont les services de soins sont effectivement offerts. Il convient donc de souligner que, malgré la gratuité, l'obstacle financier n'est pas le seul le facteur à l'origine des inégalités d'accès aux soins entre les populations.

⁴¹ La région de Sédhiou est l'une des 14 régions administratives que compte le Sénégal. Elle se situe en moyenne Casamance, limitée au nord par la République de Gambie, au sud par la République de Guinée Bissau, à l'est par la région de Kolda et à l'ouest par la région de Ziguinchor. La région de Sédhiou est composée de 3 départements (Sédhiou, Goudomp et Bounkiling). Ainsi, la commune de Bambaly se situe dans le département de Sédhiou.

⁴² Le projet ISMEA, vient en renfort aux dispositifs de gratuité des soins déjà existants.

Ce travail met en lumière une classification des groupes sociaux en milieu rural, fondée sur leur précarité économique, souvent associée à des désavantages dans l'accès aux soins de santé. Cette classification repose notamment sur des facteurs sociaux, économiques, géographiques et politiques. Par exemple, un individu peut être classé vulnérable en raison d'une maladie, d'un revenu faible ou d'un cumul de risque.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé, et plus précisément les inégalités de soins mobilisent plusieurs facteurs socioéconomiques, appréhendés comme des instruments de catégorisation du risque, justifiant ainsi l'orientation ou assignation vers des dispositifs de gestion des risques tels que l'intervention sociale, les politiques de gratuité des soins, d'après Bambra et al. (2010).

1.2. Population d'étude

Il s'agit d'une étude sur l'impact des dispositifs de soins gratuits sur les dépenses de santé des personnes vulnérables (enfants de zéro à 5 ans, femmes enceintes, les plus de 60 ans). Les entretiens portent notamment sur des caractéristiques socioéconomiques des bénéficiaires de la gratuité. Ils sont effectués à domicile des patients, à partir d'un questionnaire administré en face à face. L'enquête s'est appuyée sur deux questionnaires complémentaires : l'un auprès des bénéficiaires de la gratuité sur une base volontaire au décours de leur consultation dans les structures de santé, en rapport avec les 12 derniers mois précédant l'enquête, qui a fourni des données quantitatives sur l'accès et l'utilisation des soins gratuits, et l'autre auprès de professionnels de santé, qui nous a permis de recueillir des verbatims illustrant leurs perceptions de la gratuité des soins. Dans cette étude, les groupes ciblés résident en zone rurale dans la commune de Bambaly⁴³, qui couvre 35 villages et est majoritairement peuplée de Balantes, Mandingues et Manjacs. L'économie locale est principalement de type agropastoral et halieutique : activités agricoles (culture d'anacarde, de banane, de riz, de mil, d'arachide, de manioc, de maïs, etc.), pêche et élevage. Les conditions de vie de la population locale sont influencées par les dynamiques socioéconomiques, marquées par une forte dépendance de la rente de la culture d'anacarde. La précarité économique influence non seulement le niveau de vie des individus, mais aussi leurs comportements et leurs choix en matière de santé.

⁴³ La commune de Bamabaly se situe sur la rive du fleuve Casamance au sud de la ville de Sédhiou. L'effectif des enfants de 0 à 5 ans est estimé : (Commune de Bambaly = 3693, Département de Sédhiou = 99724), les femmes de 15 à 49 ans : (Commune de Bambaly = 4254, Département de Sédhiou = 128910), les personnes âgées de plus de 60 ans : (Commune de Bambaly = 975, Département de Sédhiou = 25140) (ANSD, 2023).

Le tableau 27 recense les usagers des dispositifs de gratuité des soins et des acteurs impliqués dans le système de santé. Le tableau 28, de son côté, présente les services disponibles et les professionnels de santé intervenant au niveau du centre de santé de Bambaly.

Tableau 26

Profils des enquêtés

Catégories sociales	Autorités sanitaires	Bénéficiaires de la gratuité	Organisations non gouvernementales	Professionnels de santé	Autorités locale
Profil des répondants	Gestionnaire de la santé de Sédhiou	Usagers des dispositifs de gratuité des soins	Administrateurs d'ONGs	Médecin Infirmiers Gestionnaire d'hôpital	Maire de Bambaly ASC
Dakar			2		
Sédhiou	3	-	-	2	
Bambaly	-	77	-	2	2
Nguindir	-	69	-	1	
Samine	-	29	-	1	
Bouno	-	98	-	1	

Source : Notre enquête⁴⁴

Tableau 27

Services de soins au centre de santé de Bambaly

Professionnels de santé	Médecine	Maternité
Médecin (1)	Consultations médicales	Accouchement
Infirmiers (2)	Consultations dentaires	Hospitalisation
Sage-femmes (2)	Hospitalisation	Consultation prénatale
Laborantin (1)	Laboratoire avec hématologie et biochimie	Consultation postnatale
Chirurgien-dentiste (1)	Imagerie avec échographie et électrocardiogramme	Planification Familiale
Agents communautaires de santé (19)		Activités préventives et promotionnelles

Source : Notre enquête

⁴⁴ Note : Les entretiens avec les autorités et les professionnels de santé ont été enregistrés, puis retranscrits à l'aide du logiciel Whisper. Nous avons pu extraire des passages de phrases significatifs, que nous avons utilisés comme verbatims.

1.3. Collège des données et mode d'analyse

Les entretiens sont réalisés au moyen d'un questionnaire commun à tous les participants dans les structures de santé ou chez eux. Les critères d'inclusion sont déterminés par l'utilisation des soins gratuits au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Sont inclus dans l'échantillon, les patients qui ont bénéficié de la gratuité des soins et effectué des dépenses supplémentaires liées à l'achat de médicaments et aux transports ou non au décours de leurs consultations. Les individus sont sélectionnés selon une procédure de choix raisonné dans un objectif de diversification des sexes, âges, statuts sociaux, activité professionnelle, couverture de santé, dans le but de refléter la pluralité des points de vue, ainsi que l'indiquent Taverne et al. (2023). Pour chaque type de dépenses de santé (médicaments et transport pour se rendre à une structure de santé), le patient devrait préciser qu'il avait payé les dépenses lui-même et combien avait-il payé. Les données collectées permettront de calculer le coût et d'analyser l'impact du reste à charge supporté par le patient. Le calcul des coûts est basé sur les dépenses réelles liées aux ordonnances de médicaments et aux frais de transports engagées par le patient après intervention de la gratuité. Les coûts sont mesurés en FCFA ou XOF.

1.4. Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité National d'Éthique et de Recherche en Santé, SEN2024/128, ainsi que par une autorisation administrative délivrée par le Directeur régional de la santé de Sédhiou, n°009/DRSS/SDH. Le consentement libre et éclairé a été sollicité et obtenu. Ainsi, nous avons veillé à la confidentialité des données concernant les populations étudiées. Les informations recueillies donnent lieu à une analyse statistique.

Section 2 : Présentation du modèle et des variables

Nous détaillons le modèle, puis nous présentons la variable expliquée ainsi que les variables explicatives retenues, réparties en variables catégorielles.

2.1. Spécification du modèle

Il s'agit d'estimer la relation d'influence des dispositifs de gratuité des soins sur les dépenses de santé et prédire l'effet de la gratuité à partir de ces dépenses. Ainsi, sur une population de bénéficiaires de la gratuité, la probabilité que le patient puisse payer des dépenses supplémentaires de santé s'écrit sous la forme linéaire suivante : $Y = \beta_0 + \beta_1 X$.

Connaissant le type de soins de l'individu, l'équation permettrait de déterminer les dépenses supplémentaires y .

Ce modèle peut être réécrit en tenant compte d'autres variables ayant une influence sur la variable dépenses supplémentaires liées aux soins gratuits et qui ne sont pas prise en compte dans le modèle ci-dessus. Pour rendre compte de cette situation, nous réécrivons la relation entre les dépenses et les soins gratuits : $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$.

Pour une gratuité de soins donnée, les dépenses de santé d'un individu est la somme de deux termes : $(\beta_0 + \beta_1 X)$.

Nous pouvons ainsi étendre le modèle de manière à ce qu'il puisse prendre en compte plusieurs variables prédictives, ainsi que le terme d'erreur (ϵ). Celui-ci varie de façon aléatoire d'un individu à l'autre. Il est censé synthétiser l'ensemble des facteurs influant sur les dépenses de santé, y compris ceux qui ne sont pas pris en compte.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \epsilon_i$$

Y représente la variable expliquée, qui correspond aux dépenses de médicaments. Le coefficient β_0 décrit les variations moyennes espérées en l'absence des dépenses de soins de santé. Les coefficients X_1 , X_2 et X_3 sont des paramètres à estimer, où X_1 représente le soin gratuit, X_2 correspond aux revenus et enfin X_3 fait référence au sexe de l'individu.

2.2. Présentation des variables

Nous présentons la variable expliquée, de type binaire en détail et son rôle dans notre analyse, ainsi que les facteurs socioéconomiques qui l'influencent. En effet, les variables retenues permettront d'analyser la relation entre la variable expliquée (dépenses de médicaments) et les variables explicatives (caractéristiques socioéconomiques et démographiques des groupes étudiés) dans notre modèle de régression linéaire.

2.2.1. Variable expliquée

La variable expliquée correspond aux dépenses de médicaments liées aux soins gratuits dans les structures de santé. Elle permet de mesurer la relation entre la survenue d'un événement et les facteurs susceptibles de l'influencer. Cette variable, en l'occurrence, résulte de la question suivante : « Avez-vous payé au cours des douze derniers mois des médicaments indispensables à votre traitement médical ? ». Les réponses possibles à cette question sont de type binaire.

Ainsi, les individus qui ont répondu « non » n'ont pas pris en charge leurs dépenses de médicaments. Cependant, les personnes ayant répondu « oui » ont effectivement assumé le coût de leurs médicaments.

2.2.2. Variables explicatives

Elles constituent des facteurs susceptibles d'influencer la variable expliquée. Dans une régression linéaire, les variables explicatives fournissent des résultats dont l'analyse serait intuitive. Cette intuition pourrait s'expliquer par l'interprétation des coefficients fondée sur une relation linéaire directe. Ainsi, nous prenons en compte les variables liées aux soins gratuits, ainsi que les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des populations étudiées.

Gratuité des soins : Selon Robert et Samb (2013), la gratuité des soins est une exemption de paiement pour certains types de services de soins en faveur de certaines populations. Elle concerne trois types d'interventions : celle destinée aux femmes enceintes, aux personnes âgées et aux enfants de moins de 5 ans au Sénégal. Le point commun de ces dispositifs est qu'ils permettent une exonération partielle des coûts liés à l'accès aux soins et à leur utilisation au point de service (Robert et al., 2015). Ce sont des dispositifs qui ciblent des services spécifiques de soins, tels que des paquets de soins essentiels pour des populations identifiées. Les objectifs d'une telle politique de gratuité consistent à améliorer l'accès aux services de santé, l'utilisation des soins, ainsi que les résultats de santé et le niveau de vie des populations vulnérables. Dans ce modèle, la gratuité des soins est introduite comme une variable explicative catégorielle, indiquant si l'individu a bénéficié ou non de soins gratuits.

Revenu : Il représente la variable du niveau de vie des groupes étudiés, car il permet de classer et de comparer les écarts entre ménages. En effet, le revenu est une variable importante susceptible d'influencer l'accès aux soins. Les individus à faible revenu rencontrent souvent des difficultés à assumer les charges financières après l'intervention du dispositif.

Sexe : Les différences biologiques peuvent entraîner des inégalités dans l'accès aux soins de santé. Pour de nombreuses personnes vivant en milieu rural, les services de santé sont inaccessibles ou de mauvaise qualité. La sélection des prestations de ces services peut générer des coûts supplémentaires qui affectent principalement les femmes les plus pauvres. Ce facteur permet d'analyser les écarts de dépenses de santé entre les hommes et les femmes.

Section 3 : Présentation des résultats

Sur un total de 273 patients, 206 ont payés des dépenses au cours de leurs soins de santé, représentant 75,4% de bénéficiaires de la gratuité. Par ailleurs, 24,6% n'ont rien payé. Ainsi, 38,5% des enquêtés ont payé le reste à charge lié à l'achat de médicaments, et 36,6% ont assumé des frais liés au transport au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Sur notre échantillon, 76,2% ont accédé à la consultation, 18,7% sont admis aux examens/analyses et 5,1% à l'hospitalisation.

Tableau 28

Profils socioéconomiques et accès aux soins gratuits des groupes enquêtés

Variables	Définitions	Échantillon total	
Coûts connexes à la gratuité des soins	Non	24,6%	67
	Oui	75,4%	206
Bénéficiaires	Gratuité pour les plus 60 ans	8,4%	23
	Gratuité pour les enfants	44,7%	122
	Gratuité pour les femmes enceintes	46,9%	128
Prestation des services	Consultation	76,2%	208
	Examens/Analyse	18,7%	51
	Hospitalisation	5,1%	14
Variation des coûts	Médicaments	38,5%	105
	N'a rien payé	24,9%	68
	Transports	36,6%	100
Strates de revenus	Intermédiaire	18,7%	51
	Pauvre	54,2%	148
	Riche	5,9%	16
Sexe	Féminin	73,3%	200
	Masculin	26,7%	73

Source : Notre enquête

3.1. Les coûts connexes liés aux soins gratuits

Dans cette section, nous présentons la fluctuation des dépenses de santé lors du recours aux soins gratuits, en mettant l'accent sur le reste à charge lié à l'achat de médicaments et aux frais de transport. Ainsi, nous sélectionnons les montants des coûts connexes aux trois dispositifs de gratuité des soins (gratuité pour les femmes enceintes, gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans, gratuité pour les plus de 60 ans (tableau 30).

Les résultats montrent que les coûts connexes à la gratuité des soins liés à l'achat de médicaments et les frais de transports ont une variation significativement élevée. En particulier, les personnes âgées sont exposées à des coûts potentiellement importants, notamment en matière de médicaments. Nos résultats montrent que le coût médical pour ce groupe populationnel peut dépasser les 10.000 XOF. D'autant plus, ce coût peut augmenter pour les patients souffrant de comorbidité. Ce phénomène peut s'expliquer en grande partie par l'achat de médicaments non couverts par les dispositifs de gratuité.

Tableau 29

Dépenses de soins liées aux programmes de gratuité des populations enquêtées

Population	Dépenses de médicaments		Frais de Transports	
Femmes enceintes	< 500 XOF	32%	< 1 000 XOF	73%
	500 – 2 000 XOF	23%	1 000 – 2 000 XOF	27%
	> 2 000 XOF	45,1%	-	-
Personnes âgées	< 5 000	52%	< 3 000 XOF	35%
	5 000 – 10 000 XOF	26%	3 000 – 5 000 XOF	65%
	> 10 000 XOF	5%	-	-
Enfants de 0 à 5 ans	-	-	< 1 000 XOF	63%
	-	-	1 000 – 2 000 XOF	37%

Source : Calcul de l'auteur

Par ailleurs, les personnes âgées bénéficient d'une gratuité limitée aux actes médicaux. Cela confirme l'idée selon laquelle la suppression des obstacles financiers est nécessaire pour progresser vers la gratuité universelle, accessible à tous, étant donné que certaines personnes sont exposées au risque de renoncement aux soins pour des raisons financières.

Au Sénégal, la gratuité est appliquée dans toutes les structures de la pyramide sanitaires. Ainsi, les prises en charges pour les maladies graves sont référées au respect de la pyramide sanitaire, c'est notamment le cas pour les bénéficiaires du plan sésame. A partir du poste ou du centre de santé dont dépend le patient, un bulletin de référence et l'ordonnance de prescription sont remis au patient, lui permettant de poursuivre sa prise en charge dans une structure de santé de niveau supérieur. En pratique, cela rend difficile le parcours du patient, tenant au fait que les coûts du parcours de soins peuvent se multiplier. Les informations recueillies lors des entretiens ont mis en évidence que l'accès à certains services de santé dépend de la capacité financière du patient.

En ce qui concerne, les services de santé reproductive, plusieurs avancées ont été réalisées, aussi bien au niveau des consultations prénatales que des accouchements assistés aux structures de santé. Selon Dumont (2014), la gratuité pour les femmes enceintes bien que partielle (80% de subventions du prix) a eu un effet incitatif important pour les femmes d'accoucher dans les structures de santé. Nkoumou Ngoa (2020), de son côté, montre que la mesure de gratuité des soins a permis une augmentation significative des accouchements assistés par les professionnels de santé au Sénégal. Les résultats de nos enquêtes viennent appuyer cette hypothèse, en confirmant des effets similaires en matière de consultations et d'accouchements assistés au sein du centre de santé de Bambaly. En effet, la gratuité a permis de réduire les accouchements à domicile.

Par ailleurs, les barrières géographiques demeurent, rendant l'accès aux services de santé pratiquement difficile pour certains, notamment durant la saison des pluies. Les populations habitant des villages éloignés doivent se payer le transport pour se rendre à une structure de santé proche. Ces dépenses peuvent varier en fonction du lieu de résidence. Les habitants des villages éloignés du poste ou du centre de santé supportent des coûts qui varient entre 1.000 XOF et 2.000 XOF pour se rendre au centre de santé de Bambaly. A cela s'ajoutent des dépenses variées liées aux médicaments.

3.2. Effets de la gratuité sur les dépenses de santé liées aux médicaments au Sénégal

Le tableau 31 ci-après montre les résultats de la gratuité sur les dépenses de médicaments. L'estimation du modèle fournit des résultats intéressants quant à l'impact des dispositifs de gratuité. L'effet de la gratuité des soins sur les dépenses de médicaments reste faible et non significatif d'un p- valeur de (0,4). Nos résultats montrent que la gratuité des soins

n'a pas d'effet significatif sur les dépenses liées à l'achat de médicaments. Les travaux de Taverne et al. (2023) ont montré qu'à Dakar, les dépenses consacrées aux médicaments par les personnes âgées interrogées constituent une part significative du reste à charge, oscillant entre un tiers et la moitié de celui-ci. Ces résultats mettent en évidence le poids financier que représente l'accès aux soins pour cette tranche de la population.

Les obstacles ne se limitent pas à l'achat de médicaments mais aussi aux difficultés liées aux transports dues à l'éloignement des structures de santé, notamment le manque de moyens de transport adaptés. Les contraintes de mobilité sont susceptibles de provoquer des retards significatifs dans la prise en charge du patient. Ces contraintes peuvent aggraver les inégalités d'accès aux services de santé, et dans certains cas, favoriser le renoncement aux soins. L'ensemble de ces paramètres contribue à creuser les inégalités sociales de santé, restreignant davantage l'accès équitable aux soins gratuits pour les populations vulnérables, ce qui compromet les principes fondamentaux de justice sociale.

Les dépenses de santé, par exemple, touche bien plus souvent les pauvres notamment les populations vivant en zone rurale. Les résultats de la répartition selon les strates de revenus indiquent un effet décroissant de $(-0,86)$ de la gratuité sur les dépenses de médicaments pour les pauvres. Cette décomposition permet de voir (tableau 32) que l'effet décroissant de la mesure de gratuité se confirme significativement de $(-0,86^{***})$ auprès des populations enquêtées. Par ailleurs, ces résultats peuvent s'expliquer par des ruptures de stocks qui contraignent les patients à se tourner vers des alternatives payantes en raison de la non-couverture de certains médicaments par le dispositif, obligeant ainsi les ménages à supporter des coûts complémentaires.

L'absence d'effet significatif du sexe montre qu'il n'existe pas d'inégalités notables entre femmes et hommes en matière de dépenses de santé. Ce résultat remet en question l'hypothèse selon laquelle les différences biologiques influencent les dépenses connexes aux dispositifs de gratuité au point des services de soins. Même si les disparités dans les dépenses de santé ne sont pas apparentes, des inégalités sociales persistent au sein des ménages, où la domination masculine influence la répartition des responsabilités et des ressources. Ce sont des réalités sociales largement influencées par des dynamiques de pouvoir des normes culturelles au sein de la société, notamment en milieu rural.

Certes, les dispositifs de gratuité des soins entrent dans le cadre d'une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie et de la réduction des inégalités d'accès aux soins de santé, cependant, leur mise en œuvre présente des limites considérables. En effet, la mise en œuvre de ces dispositifs est variable et dépend notamment de la disponibilité des services de soins dans les structures publiques de santé. Celles-ci doivent donc proposer des services de soins gratuits pour la prise en charge des bénéficiaires de la gratuité. Toutefois, les réalités locales ne confirment pas cette interprétation. Au fond, l'impact de la mesure de gratuité sur l'accès aux soins apparaît plus nuancé, révélant certaines contradictions dans la commune de Bambaly. Cette tendance régressive est mise en évidence par nos calculs, présentés aux tableaux 31 et 32, ci-dessous.

Tableau 30

Effet de la gratuité des soins sur les coûts liés à l'achat de médicaments

Caractéristiques	Beta	95% IC	P-valeur
Gratuité des soins			
Non	-	-	-
Oui	0,06	-0,07 – 0,19	0,4
Strates de revenus			
Non pauvre	-	-	-
Pauvre	- 0,86	-0,99 – 0,73	<0,001
Sexe			
Féminin	-	-	-
Masculin	0,00	-0,08 – 0,09	>0,9

Abréviation : IC = intervalle de confiance

Note : $p < 0,05$ suggère que la variable explicative est significative, un $p > 0,05$ indique que l'effet observé est nul. L'effet nul fait référence à l'idée que la variable sexe n'a aucune influence sur la variable expliquée.

Tableau 31

Résultats de l'estimation du modèle logit

Caractéristiques	Beta	ET
Gratuité des soins		
Non	-	-
Oui	0,06	0,065
Strates de revenus		
Non pauvre	-	-
Pauvre	-0,86***	0,065
Sexe		
Féminin	-	-
Masculin	0,00	0,043
*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001		
Abréviations : ET = écart-type,		

Source : Calcul de l'auteur

Les barrières financières à l'accès aux soins sont susceptibles d'entraîner des retards de prise en charge des malades. En effet, les interventions tardives peuvent engendrer des charges financières importantes. Par ailleurs, les inégalités d'accès aux soins sont liées à des dysfonctionnements du système de santé (manque d'infrastructure de santé, insuffisance de personnels qualifiés, financement limité). Elles trouvent également leur origine dans des conditions sociales, échappant au contrôle direct du système sanitaires (une recherche de soins tardive, indigence, incapacité financière, pratiques coutumières ou absence d'informations).

Par ailleurs, d'autres obstacles peuvent être à l'origine de ces inégalités, tels que la méconnaissance des dispositifs par certains ménages ou une hiérarchisation des priorités, centrée sur la survie quotidienne, reléguant la santé au second plan.

Malgré les limites de ces dispositifs, y compris celles liées aux restes à charge, la majorité des personnes enquêtées témoignent de l'intérêt qu'elles y trouvaient.

3.3. Discussion

L'intervention des politiques de gratuité constitue un levier important d'équité sociale dans l'accès aux soins. En effet, la suppression des frais de soins contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins entre les groupes sociaux. « La mise en place des dispositifs de gratuité s'est révélée particulièrement adaptée au contexte du monde rural où le taux

d'utilisation des services de santé était très bas notamment à cause de la barrière financière et de l'insuffisance de l'offre médicale » soutient une autorité à la direction régionale de la santé.

Toutefois, les problèmes fondamentaux de la mise en œuvre de ces politiques semblent découler de la soutenabilité financière des dispositifs, d'un faible niveau de communication auprès des populations, ainsi que des incertitudes quant à la continuité des soins gratuits.

Le sous-financement des programmes de gratuité

Au Sénégal, les dispositifs de gratuité des soins sont financés à travers deux mécanisme : d'un côté, les fonds propres de l'État, d'autre part, une aide budgétaire accordée par les partenaires étrangers. Cependant, les crédits alloués à la santé demeurent insuffisants (5,13% du PIB en 2020), au regard des coûts liés aux des besoins de santé, d'après l'OMS (2021). Ce constat ne se limite pas au seul cas du Sénégal : en effet, les travaux de Ridde et al. (2011) ont montré que les dispositifs de gratuité des soins dans plusieurs contextes africains souffrent d'un manque chronique de financement.

Un gestionnaire d'une ONG internationale considère que « l'insuffisance du financement a un impact sur la capacité de couverture des besoins de soins, menant à une limitation de la provision des services de santé, en particulier par le manque de personnels qualifiés et la concentration de services dans le grandes villes ». Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Olivier de Sardan et Ridde (2017) soulignent que le financement de la gratuité des soins était insuffisant, ce qui limitait l'efficacité de ces politiques.

Ousseini et Kafando (2013) mettent en évidence que la lenteur et la complexité du circuit de remboursement des factures de soins constituent un frein à l'efficacité des dispositifs de gratuité. Une responsable de la CMU du département de Sédhiou, interrogée, indique que : « les factures peuvent rester plusieurs mois au niveau de l'unité départementale de la CMU avant d'être enrôler dans le circuit de remboursement ».

Effets des retards de remboursement aux structures de santé

Les problèmes liés aux retards de remboursement aux structures de santé se traduisent notamment par des ruptures d'approvisionnement de médicaments et d'instruments médicaux compromettant la continuité des services. En effet, les retards de remboursement peuvent avoir des effets non négligeables sur la capacité opérationnelle des structures de santé et sur la

continuité des prestations gratuites. « Il y a beaucoup de retards dans les remboursements et de paiements incomplets, ce qui décourage la mise en œuvre des stratégies comme le plan Sésame » soutient une autorité sanitaire à la direction régionale de la santé.

Par ailleurs, Pariyo et al. (2009) soulignent que les retards de remboursement ont placé les structures de santé dans l'incapacité d'assurer les services de soins gratuits en Ouganda. Au Sénégal, les tensions de trésorerie dans les structures de santé sont un phénomène récurrent : « Le coût des soins gratuits est assez élevé, par exemple, les factures du plan Sésame varient entre 2 à 6 millions de FCFA par mois, en attente de règlement par l'Etat. L'épuration de ces dettes ne se fait pas mensuellement. Nous sommes en 2025, depuis 2024 aucune facture n'a été payée » se rappelle une gestionnaire à l'hôpital régional de Sédhiou.

Au cours de ce travail d'enquête, un médecin explique que : « les retards de remboursement provoquent des ruptures de stock de médicaments et des consommables. Les patients n'auront d'autre choix que de faire recours aux pharmacies privées partenaires, où ils paient eux-mêmes, 50% du prix de médicament ». En cas de retards de remboursement : « Nous travaillons avec les moyens du bord, le peu de recettes que nous disposons permet de nous réapprovisionner en petite quantité de médicaments. Il nous manquait beaucoup de choses mais nous essayons de soulager les patients le plus possible que nous pouvons » souligne une infirmière cheffe de poste.

Les stratégies d'adaptation aux difficultés d'approvisionnement en médicaments peuvent provoquer trois types de comportements des usagers, en raison des difficultés financières et de transport. Le premier comportement consiste à changer de structure de santé pour aller vers des structures de santé qui peuvent disposer de médicaments mais plus éloignées. Le deuxième est celui du recours aux guérisseurs traditionnels. Le troisième est celui du renoncement aux soins dans les structures de santé. Les renseignements collectés auprès des bénéficiaires et des professionnels de santé concernant leurs perceptions de l'impact de la gratuité nous ont constitué une base de réflexion pour interroger l'efficacité et la continuité de ces dispositifs.

Les dispositifs de gratuité des soins pourraient être très favorables aux structures de santé si les remboursements étaient efficaces et ponctuels. La rapidité des remboursements pourrait contribuer non seulement à la stabilité financière de ces formations de santé, mais aussi à l'amélioration de la qualité des services de santé. En effet, l'efficacité du circuit de

remboursement peut contribuer à prévenir des pratiques informelles et les actes de corruptions, tout en renforçant la confiance dans le recours aux soins de santé en milieu rural.

En somme, le sous-financement et les retards de remboursement peuvent encourager des pratiques de contournement non conformes aux principes d'équité et nuire à la transparence du système de santé. Ainsi, « Si l'Etat ne rembourse pas, à la longue, l'hôpital ne sera plus en mesure d'assurer des soins spécialisés, comme la dialyse ou les pathologies ophtalmiques, fréquentes chez les séniors » rapporte une Directrice de services à l'hôpital régional de Sédhiou.

Le faible niveau d'informations sur la gratuité des soins

Le niveau d'information sur les contours de la gratuité des soins varie selon les parties prenantes (responsable de santé, personnel soignant, responsable communautaire, usager/bénéficiaire de la gratuité des soins) ou le milieu de résidence. Malgré les efforts de communications communautaires, l'information semble néanmoins insuffisante et imprécise sur les interventions de la politique de gratuité. L'imprécision sur certains points de soins peut être attribuée à des dysfonctionnements dans les pratiques administratives et managériales des acteurs de la santé.

L'accès à l'information constitue un levier important pour l'efficacité des initiatives de gratuité des soins au Sénégal. Cependant, la diffusion des informations sur les mécanismes de gratuité reste très limitée en milieu rural. Selon Mbaye et al. (2013), cette limitation est aggravée par la faiblesse des mesures de communication et d'accompagnement, qui affecte la mise en œuvre de la gratuité. Ainsi, « Nous recevons des personnes âgées ici au centre de santé, mais parfois, il arrive que certaines ne se présentent pas, notamment faute d'accompagnement, ce qui peut rendre difficile leur suivi médico-social », souligne un médecin.

Par ailleurs, Kolossvary et al. (2023) considèrent que le déficit de sensibilisation et le manque d'informations sur les déterminants socioéconomiques connus du grand public représentent un obstacle important à la prise en charge médicale des patients. « Beaucoup de bénéficiaires potentiels ne maîtrisent pas les mécanismes des dispositifs de gratuité des soins. Même lorsque les populations sont informées, elles rencontrent des difficultés, en raison de la lourdeur des formalités administratives. Face aux contraintes administratives, certains bénéficiaires peuvent éprouver un sentiment de découragement, remettant en cause la portée réelle du dispositif » disait un responsable d'ONG. Les incertitudes autour de cette politique peuvent amener les bénéficiaires à douter de l'efficacité des dispositifs de gratuité, en raison

d'expériences passées, telles que des ruptures de stock de médicaments ou de soins annoncés comme gratuits mais ne l'étant pas effectivement.

L'insuffisance de communication et le manque de clarté sur le droit des usagers constituent des freins dans l'accès aux soins : « Il existe des difficultés consistant à convaincre des ménages à recourir aux soins dans les structures de santé dès les premiers signes de symptômes. Certaines personnes préfèrent des soins traditionnels avant de recourir aux soins modernes tardivement. Les soins tardifs ne génèrent que des complications » soutient un infirmier.

La lourdeur administrative

La complexité des exigences administratives peut contribuer à décourager les usagers bénéficiant de la gratuité et à remettre en question l'efficacité et la sincérité de la politique de gratuité des soins. Une gestionnaire d'hôpital précisait que : « la complexité et la longueur des démarches imposées aux usagers bénéficiant de la gratuité peuvent alimenter un climat de doutes quant à la réelle accessibilité de la gratuité des soins, risquant ainsi de décourager certaines personnes, notamment les plus vulnérables ». Dans le cadre du parcours de soins encadré par le système, les patients doivent obligatoirement respecter une hiérarchie pyramidale, en consultant d'abord un poste ou un centre de santé avant d'être référé à un hôpital. Ainsi, « Un bulletin de référence et une lettre de garantie sont délivrés aux patients par la structure de santé dont ils dépendent, leur permettant d'accéder à une structure de santé de niveau supérieur » précisait une gestionnaire de santé à l'hôpital de Sédhiou. Ce phénomène peut, selon les cas, constituer un frein à une prise en charge directe et à un accès rapide aux soins spécialisés.

Les structures de santé rurales sont souvent moins équipées pour offrir des soins spécialisés. En conséquence, les patients doivent parcourir de longues distances pour accéder à ce type de soins dans les grandes villes. Une telle inégalité interroge sur l'équité dans l'accès aux soins. Par ailleurs, « Dans la commune de Bambaly, nous avons trois postes de santé, 1 poste de santé à Bouno, 1 poste de santé à Nguindir, 1 poste de santé à Samine et un centre de santé à Bambaly. Il faut noter qu'environ 80% de la population cible de la commune de Bambaly ont compris les dispositifs de gratuité des soins et savent que l'adhésion est gratuite » rappelle un agent communautaire.

Il convient de rappeler que les démarches administratives peuvent varier en fonction des circonstances et du niveau de prise en charge. « Plus la prise en charge est complexe plus les formalités administratives se multiplient », comme le rapporte un infirmier. Dans cette perspective, nos entretiens avec certains bénéficiaires ont mis en évidence que l'accès à l'information contribue à l'accès aux dispositifs de gratuité des soins. Ainsi, les ménages les moins informés sont amenés à rencontrer souvent des difficultés particulières, susceptibles d'entraîner des exclusions injustifiées des dispositifs de gratuité.

La pérennité des soins gratuits

La pérennité de la gratuité des soins suscite un intérêt croissant des pouvoirs publics, de plus en plus préoccupés de la continuité des services de soins gratuits, souvent financés en grande partie par les partenaires étrangers. La demande croissante face à une offre limitée de soins rend la gratuité intenable sur le long terme. Face à cette pression, la pérennité des soins gratuits implique de préserver la disponibilité des ressources nécessaires (financières, humaines et matérielles). Dans cette optique, se pose la question du maintien des dispositifs de gratuité après une éventuelle suspension des soutiens exogènes.

Les problèmes de mise en œuvre des dispositifs de gratuité s'observent principalement autour de la soutenabilité financière et de prestations des services. Selon Ousseini et Kafando, (2013), bien que la gratuité vise à améliorer l'accès aux soins, en particulier pour les personnes vulnérables, sa mise en œuvre a été mal préparée sur les plans financier et technique. Ainsi, la pérennité des soins gratuits devient alors un défi majeur, en raison de plusieurs facteurs structurels du système de santé, tels que la gouvernance, les infrastructures de santé et les ressources humaines.

L'État du Sénégal décentralise la gestion des services de santé, afin d'améliorer la prise en charge des citoyens, notamment les populations vulnérables. Toutefois, cette dynamique de décentralisation n'a pas toujours produit des effets escomptés, notamment dans le cas des mutuelles communautaires, dont l'implantation reste limitée. En réponse à ces difficultés, l'État a fait le choix d'une départementalisation de la gestion de ces mutuelles depuis 2022. Selon Ridde et al. (2024), le passage à l'échelle des unités départementales traduit une recentralisation de la gestion au profit des départements ou district, à la suite de l'échec des mutuelles de santé à base communautaire.

Au Sénégal, la gratuité des soins pourrait pourtant améliorer la stabilité financière des structures de santé si elle était suffisamment financée. « Personnellement, la gratuité est un système que j'aime, car il permet à beaucoup de personnes de se soigner dans les structures de santé. Elle attire les populations vers les postes de santé. Ce système offre la possibilité de ne pas toucher directement à l'argent, ce qui permet une plus grande transparence des ressources financières » affirme une infirmière cheffe de poste.

En effet, une politique de santé efficace et inclusive nécessite la mise en œuvre de solutions adaptées pour améliorer les conditions d'accès aux soins et la prise en charge des populations vulnérables, notamment en milieu rural.

La gratuité, un objectif désirable mais inégalitaire au Sénégal

Selon Ridde et al. (2009), la gratuité destinée à favoriser l'accès aux soins des populations vulnérables fait l'objet d'une certaine captation par les ménages non pauvres, réduisant ainsi son efficacité redistributive. Par ailleurs, les stratégies d'extension de la couverture maladie universelle, telles qu'elles sont mises en œuvre n'ont pas permis d'atteindre les résultats escomptés. En 2023, le taux de couverture est estimé à 53,6% contre environ 20% en 2012 (ministère de la Santé, 2024). Ainsi, le taux brut de couverture par les mutuelles communautaires est de 25% en 2022 (Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle).

Il convient de rappeler qu'au-delà des intentions politiques et les difficultés financières, les dispositifs de gratuité des soins peinent encore à inclure effectivement les populations les plus défavorisées, car certaines personnes ne bénéficient pas de ce droit, même s'il y a droit, pour des raisons économiques, culturelles ou géographiques.

Les résultats de nos enquêtes montrent que 75,4% des individus enquêtés déclarent assumer au moins une dépense liée à l'achat de médicaments ou aux frais de transports. Cela met en lumière une réalité financière qui concerne la majorité des ménages en milieu rural. En fait, la charge des dépenses de santé exerce une influence déterminante sur le niveau de vie des ménages, affectant leur capacité à accéder à d'autres besoins vitaux, tels que l'alimentation saine, l'éducation, le logement et le loisir.

Un médecin soulignait les difficultés de trésorerie, expliquant que les ruptures de stock de médicaments résultent directement à des contraintes financières à la charge de l'utilisateur : « Lorsque les médicaments ne sont pas disponibles le patient se voit contraint de les acheter en

pharmacie privée. En réalité, les médicaments ne sont pas couverts pour la prise en charge des personnes âgées, les obligeant à les acheter au prix courant, ce qui engendre des coûts supplémentaires susceptibles de peser lourdement sur leurs budgets et de restreindre leur accès aux traitements nécessaires ». Par ailleurs, « lorsque le médicament est indisponible, les bénéficiaires sont contraints de se tourner vers les pharmacies privées partenaires de la CMU, où ils doivent assumer 50% du prix du médicament » souligne une gestionnaire de la CMU. Le reste à charge constitue donc un fardeau financier important pour beaucoup de ménages.

La diversité des contextes doit être prise en compte par les pouvoirs publics pour faire face au caractère pluriel et multidimensionnel des inégalités à l'échelle communautaire. « Le facteur traditionnel et culturel est encore ancré dans cette zone. Les tradipraticiens occupent une place quand même importante. Les personnes préfèrent consulter d'abord un tradipraticien avant de se rendre à la structure de santé, ce qui retarde d'ailleurs la prise en charge de certaines pathologies » déclare une infirmière cheffe de poste.

Les facteurs d'exclusion aux soins sont une dure réalité au Sénégal. En dehors de la situation de précarité qui place les ménages dans une situation d'indigence accentuée. Il existe des formes d'exclusion saisonnières auxquelles est confrontée la majorité de la population en milieu rural, tenant au fait que certains ménages ne disposent pas de ressources suffisantes pour subvenir à leurs besoins alimentaires à certaines périodes de l'année. Dans cette situation, les ménages ne disposent pas de ressources financières pour assurer les frais supplémentaires.

Les professionnels de santé rencontrés considèrent que la gratuité favorise l'accès aux soins de santé des populations vulnérables. Cependant, les difficultés de trésorerie sont mises en avant : « Après les prestations fournies, le remboursement tarde à être effectué, tandis que le coût de certains médicaments reste particulièrement à la charge des bénéficiaires » disait un infirmier. De même que le déficit de personnel soignant est régulièrement pointé du doigt : « L'un des soucis que nous avons ici, c'est le déficit en personnel. Nous sommes un seul médecin et deux infirmiers pour tout le centre de santé, avec les dispositifs de gratuité, la demande est énorme » rappelle un médecin. Ces manquements engendrent ainsi des mécanismes aux effets contradictoires sur la gratuité des soins.

Conclusion

Cette étude nous a permis d'évaluer les dépenses de santé engagées par les usagers après l'intervention de la gratuité, ainsi que de décrire les perceptions qu'en ont les patients et les professionnels de santé. Il s'agit d'une étude transversale portant sur des bénéficiaires venus en consultation aux postes de santé de Samine, de Nguindir, de Bouno, au centre de santé de Bambaly et à l'hôpital régional de Sédhiou. Toutefois, il convient de souligner que ces dispositifs ne suffisent pas à garantir l'équité dans l'accès aux soins dans cette zone.

La gratuité accordée aux femmes enceintes et aux personnes âgées demeure partielle et insuffisante. En effet, l'impact économique de ces dispositifs reste insuffisant pour réduire les inégalités. Les retombées de ces dispositifs restent faibles, notamment, en raison du reste à charge que les patients doivent assumer dans un contexte de vulnérabilité géographique, sociale et économique. Les données recueillies auprès des bénéficiaires et des acteurs de la santé soulignent l'urgence d'instaurer une gratuité effective, garantissant un accès sans entrave financière à l'ensemble du parcours de soins, dans une logique d'équité. Par ailleurs, les résultats de nos enquêtes ont mis en évidence la nécessité de consolider les mécanismes de gratuité et d'en assurer le plein fonctionnement dans toutes les structures de santé.

Dans les zones rurales, il est essentiel de garantir aux populations des conditions sanitaires adéquates et d'agir sur les normes culturelles, souvent négligées dans l'élaboration des politiques publiques de santé. Cette situation met en évidence la nécessité de renforcer les campagnes d'informations et de sensibilisations, afin de permettre aux populations de mieux comprendre les mécanismes de la gratuité, ainsi que l'importance de l'accès aux soins dans les structures de santé. Cette dynamique ouvre la voie à un renforcement des dispositifs de gratuité, à travers des actions ciblées sur les facteurs aggravants les inégalités et une intensification des efforts visant à réduire la précarité affectant les conditions de vie des populations vulnérables.

Conclusion générale

- **Résumé des chapitres**

Le chapitre 1 « Inégalités sociales de santé et inégalités de santé » porte sur les concepts d'inégalité entre individus et entre groupes d'individus et de la variabilité de l'état de santé au sein d'une population. Il a pour objectif de définir de ce que l'on entend par inégalités en matière de santé. Cette définition dépend de la manière dont une société interprète et perçoit les inégalités. Selon les objectifs fixés, les pouvoirs publics accorderont une attention particulière à certaines inégalités observables à partir des différences de santé, d'éducation, d'emploi, de revenu et d'habitat. Lorsque les politiques publiques de santé font l'objet de mesures spécifiques en santé, elles visent plus souvent l'accès à la prévention et aux soins que les déterminants structurels de la santé. Il manque donc une vision holistique de la problématique des inégalités en santé qui permette de mieux relier les aspects structurels aux aspects d'état de santé. Il nous a paru important d'exploiter ce lien afin de relever davantage la connaissance des inégalités en matière de santé. Ce qui nous a conduit à structurer un schéma visant à expliquer les inégalités en santé.

Le chapitre 2 « Les inégalités sociales de santé au prisme des déterminants socioéconomiques au Sénégal » montre que les inégalités en santé découlent notamment des facteurs structurels. Le Sénégal fait partie des pays dont le système de santé est fragile, caractérisé par des inégalités sociales fortes malgré les politiques publiques de santé orientées vers la justice sociale. Ce chapitre a pour but d'exploiter la littérature en mettant l'accent sur des approches théoriques des déterminants de santé proposées dans la littérature. Les approches théoriques ont mis en évidence des déterminants extérieurs au système de santé, notamment le revenu, l'éducation, la profession, le comportement, l'âge, le sexe, l'ethnie, définissant ainsi une approche multidimensionnelle de la santé, au-delà du seul rôle du système de santé. Sur la base de la complémentarité entre Kolossvary et al. (2023) et Levesque et al. (2013), nous avons proposé un modèle conceptuel des déterminants de la santé adapté au contexte des pays d'Afrique subsaharienne, en mettant l'accent sur le facteur emploi formel, qui joue un rôle clé dans l'accès à la couverture maladie. Par ailleurs, ce chapitre a permis d'ajuster le modèle conceptuel des déterminants socioéconomiques de la santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2008) au contexte sénégalais. Ce cadre d'analyse emprunté suppose que les inégalités en matière de santé sont dans leur grande majorité évitables ou injustes. Face à cette

réalité, nous avons été amenés à analyser comment la politique de gratuité des soins est intégrée dans la société sénégalaise dans le chapitre suivant.

Le chapitre 3 « Les politiques de gratuité sélective de soins mises en œuvre au Sénégal » a permis d'analyser les dispositifs de gratuité des soins dédiés aux personnes vulnérables, lesquels ont pendant longtemps été au cœur des études scientifiques. Ce chapitre a contribué à présenter les dispositifs visant à abolir le paiement direct pour certaines personnes vulnérables et pour certaines catégories de soins. Il ressort de cette étude que l'Etat ne dispose pas les moyens d'appliquer la gratuité universelle (abolition de paiement pour tous les citoyens), alors même qu'il rencontre des difficultés à poursuivre une mise en œuvre appropriée de ces interventions ciblées. Partant de ce constant, Robert et al. (2015) ont proposé un modèle conceptuel de la logique d'intervention de la politique de gratuité des soins dans les pays en développement. Cette approche nous a permis d'identifier des déterminants socioéconomiques et de proposer notre modèle conceptuel de la logique d'intervention de la politique de gratuité, adapté au contexte sénégalais. Ce qui nous oriente vers une analyse populationnelle des inégalités de soins basée sur le plan sésame au chapitre 4.

Le chapitre 4 « La politique de gratuité des soins et inégalités : analyse d'impact du plan sésame » a contribué à l'analyse des inégalités existantes dans l'accès aux soins gratuits pour les personnes âgées. L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'impact des déterminants socioéconomiques sur l'accès aux soins gratuits. Les estimations à partir de la régression logistique, à l'aide du logiciel STATA ont été réalisées grâce aux données d'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2017) afin d'analyser les déterminants qui favorisent ou entravent l'utilisation des soins gratuits. Ils mettent en évidence des inégalités dans l'utilisation des soins gratuits entre zones urbaines et rurales, ainsi que des disparités à travers les régimes de couverture maladie. Cette étude s'est proposée d'évaluer l'effet causal du dispositif plutôt que l'évolution de la demande des services de santé. D'où la nécessité d'un cadre d'analyse portant sur la demande de soins dans un contexte de gratuité.

Le chapitre 5 « Déterminants socioéconomiques de la demande de soins dans un contexte de gratuité sélective au Sénégal » a permis d'analyser les déterminants de la demande de soins. L'étude s'est proposée d'évaluer l'évolution de la demande des services de soins. Les estimations à partir de la régression logistique, à l'aide du logiciel STATA ont été réalisées en utilisant les données d'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCM,

2018-2019) au Sénégal. Les résultats indiquent que la variable assurance maladie constitue un facteur amplifiant la probabilité de recourir aux soins (OR = 2,128). Ce phénomène met en évidence le rôle de l'assurance maladie dans l'explication des différences observées.

Le chapitre 6 « La gratuité sélective des soins et ses coûts connexes à la charge des usagers en milieu rural : une étude auprès des patients du centre de santé de Bambaly au Sénégal » est une enquête sur la chaîne des soins pour évaluer l'impact des dispositifs de gratuité sur les dépenses de santé des ménages en milieu rural en janvier 2025. La base de données est collectée à l'hôpital principal de Sédhiou et à la direction de la CMU départementale. Par ailleurs, les entretiens sont réalisés à domicile des patients, à partir d'un questionnaire administré en face à face (à Bamabaly, à Buno, à Nguindir, et à Samine). L'enquête mobilise des méthodes usuelles (entretiens sémi-directifs, entretiens informels et observations). Elle est proposée aux bénéficiaires des dispositifs de gratuité des soins au décours de leurs consultations durant les 12 derniers mois précédant l'enquête. Les résultats obtenus montrent que la gratuité des soins n'a pas d'effet significatif sur les dépenses de médicaments. L'effet décroissant de la gratuité se confirme significativement de (-0,86***) auprès de l'ensemble des groupes enquêtés.

La justification la plus solide de la gratuité des soins est fondée sur des considérations liées à la justice sociale, à l'efficience, au désir de réaliser collectivement une allocation optimale des ressources au bénéfice des populations vulnérables. Le faible niveau socioéconomique (pauvreté, exclusion sociale, localisation géographique) devient le principal facteur d'inégalité d'accès aux soins au Sénégal.

- **Les apports de la recherche**

L'apport de ce travail repose sur la mesure des inégalités dans l'accès aux soins gratuits au Sénégal. Compte tenu de l'abondance de la littérature consacrée à la politique de gratuité des soins, plusieurs travaux ont mis en évidence des différences dans l'accès aux soins gratuits entre groupes sociaux. En effet, ces inégalités viennent se superposer aux inégalités existantes face au revenu, à l'emploi, à l'éducation, qui en retour, rétroagissent sur les inégalités en santé. Il apparaît donc que la réponse aux problèmes d'inégalités de soins ne se limite aux seuls systèmes de santé. De fait, ce constat doit permettre aux pays en développement de développer des approches innovantes en matière d'intervention dans les politiques publiques.

Ce travail de recherche a contribué à une meilleure compréhension de la logique d'intervention de la politique de gratuité des soins proposée par Robert et al. (2015). Cette approche adaptée au contexte des pays en développement, nous a permis de conceptualiser notre modèle d'intervention de la politique de gratuité des soins, ajusté aux spécificités socioéconomiques du Sénégal. L'approche que nous avons développée, permet d'identifier les déterminants de l'accès aux soins gratuits. Ceci constitue notre première contribution à la littérature sur l'accès aux soins de santé.

Le deuxième apport de cette thèse réside dans l'application de la méthode logit et probit, afin de mettre en lumière les déterminants socioéconomiques qui favorisent ou entravent l'accès aux soins au Sénégal. Il ressort de nos estimations que le niveau de revenu et le niveau d'instruction n'ont pas d'effet significatif sur l'accès à la gratuité des soins. En revanche, l'introduction de la variable maladie dans le modèle fait apparaître une interaction : le revenu (moyen) et le niveau d'instruction (primaire et secondaire/supérieur) sont associés une probabilité accrue d'accéder aux soins, avec des odds ratio respectifs ($OR = 1,544$, $OR = 1,004$, $OR = 1,068$). Cette association suggère que, pour ces catégories spécifiques, la maladie constitue un facteur déclencheur du recours au dispositif de gratuité des soins.

Bien que l'hypothèse initiale suggérait un effet significatif des variables (revenu et niveau d'instruction) à l'accès aux soins gratuits. Les estimations économétriques ne permettent pas de valider cette anticipation. En effet, l'absence de significativité dans le modèle 1 et les effets faiblement positifs dans le modèle 2 montrent une influence possible mais modérée. Les enseignements tirés de la littérature ont souvent montré que l'accès aux soins est beaucoup plus difficile en zones rurales, en raison de la pénurie du personnel soignant, de médicaments, de la distance à parcourir pour se rendre dans une structure de santé ou encore de l'absence d'emplois formels permettant de disposer d'une assurance maladie. En effet, nous avons approfondi notre analyse, en démontrant que le revenu constitue un facteur clé dans les inégalités d'accès aux soins. Ces résultats mettent en évidence des inégalités dans l'accès aux soins gratuits entre les zones urbaines et rurales, ainsi qu'en fonction de la présence d'une assurance maladie, les assurés bénéficiant davantage de la gratuité que ceux qui ne le sont pas. Ainsi, il est important de relancer la lutte contre la précarité de qui affecte l'existence des personnes en situation de pauvreté.

La troisième contribution de cette thèse porte sur les inégalités de recours aux soins. Les résultats ont, en effet, montré que, même lorsque les soins existent, des inégalités de recours

persistent. Les travaux issus de la littérature scientifique ont montré que la politique de gratuité a largement contribué à l'extension de la couverture santé aux populations vulnérables dans les pays en développement, en leur permettant d'accéder à des soins gratuits. Les résultats confirment que les variables, telles que le revenu (moyen) et la présence d'une couverture maladie influencent significativement le recours aux soins gratuits. Ces résultats suggèrent que l'application d'un tel principe remet en question l'accès de certains individus aux soins, en fonction des critères d'éligibilité ou de revenu. Il nous semble en effet, que les mesures à mettre en œuvre doivent être structurées notamment autour de certains facteurs socioéconomiques, tels que le revenu, l'emploi et la formation. Cette intervention intersectorielle semble nécessaire dans les politiques publiques au Sénégal. Les déterminants à prendre en compte doivent porter à la fois sur les caractéristiques des systèmes et d'organisations de santé du côté de l'offre, et sur celles des populations vulnérables du côté de la demande. Dans cette perspective, plusieurs facteurs complémentaires méritent d'être pris en considération, tels que la transparence de l'information sur la disponibilité des services de soins gratuits et la sensibilisation des bénéficiaires peuvent faciliter leur recours aux soins. Par exemple, la capacité à percevoir le besoin de soins peut être influencée par des facteurs tels que la culture et les croyances liées à la maladie et à la santé. Il convient donc de veiller à ce que les services de santé soient adaptés aux besoins des populations culturellement socioéconomiquement défavorisées.

Le quatrième point mis en évidence par cette recherche porte sur les dépenses de santé liées aux soins gratuits dans un système de santé défaillant en milieu rural. Cette étude repose sur une enquête de terrain à Bambaly au Sénégal. Le Sénégal est un pays en développement dont le système de santé est fragile, caractérisé par des inégalités structurelles. Les dispositifs de gratuité tels qu'ils ont été mis en œuvre, n'ont pas atteint les objectifs escomptés auprès des populations vulnérables notamment en milieu rural. Nos résultats montrent une augmentation de dépenses connexes liées notamment à l'achat de médicaments après l'intervention des mesures de gratuité. Les facteurs explicatifs de ces dépenses de santé à la charge du patient sont notamment liés à la rupture du stock ou à l'exclusion de certains médicaments du dispositif de gratuité. Nous avons observé que les dépenses à la charge du bénéficiaire peuvent modifier son recours aux soins, le conduisant à rechercher les services d'un tradipraticien ou à renoncer aux soins.

Par ailleurs, aucune étude de terrain n'avait auparavant analysé les dépenses de santé liées à la gratuité, afin de comprendre le comportement des ménages face aux soins en milieu rural dans la région naturelle de Casamance.

- **Principales recommandations**

L'efficacité de la politique de santé est susceptible d'influencer l'accès aux soins et réduire considérablement les inégalités sociales et les inégalités d'état de santé. A partir de nos résultats, nous pouvons transmettre des informations sous forme de recommandations notamment aux décideurs, aux professionnels de santé et aux populations, afin d'améliorer les interventions, l'accès aux soins, ainsi que l'utilisation des soins en vue de réduire les inégalités.

Nos observations mettent en évidence que les décideurs ont besoin de comprendre les principaux déterminants de la santé qui favorisent ou entravent l'accès aux soins de santé. Une bonne connaissance de ces déterminants et leur influence sur la santé est un atout majeur pour orienter les politiques publiques de santé vers l'efficacité. Cela contribuera à garantir l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Les facteurs socioéconomiques, tels que le revenu, l'emploi influencent les conditions de vie des populations et par conséquent l'accès aux soins.

Il est indispensable d'adopter mesures fortes pour pallier les insuffisances existantes, en renforçant la résilience économique et en améliorant les formations adaptées aux compétences agricoles et entrepreneuriales des citoyens. La transition du secteur informel vers un cadre légal doit être une priorité stratégique. Dans les faits, l'intervention publique nécessite une mobilisation appropriée au contexte où elle s'inscrit. L'Etat est censé développer des politiques volontaristes sectorielles, afin de promouvoir l'inclusion sociale, notamment par des investissements publics en faveur d'une protection sociale efficace et effective. Il apparaît donc que la réponse aux problèmes de l'accès aux services de santé ne peut se limiter qu'au seul système de santé ou à la prévention des comportements défavorables. Compte tenu de ces observations, une bonne connaissance des spécificités culturelles et rurales est nécessaire, afin de mener une intervention efficace fondée sur les réalités et les besoins de santé dans les espaces ruraux au Sénégal. Cette approche suppose une harmonisation de la politique de gratuité des soins avec les valeurs communautaires. Elle est susceptible de conduire à une analyse approfondie, permettant d'identifier les mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès aux soins dans le monde rural, en considération de l'ODD3, tels que fixés par les nations unies.

Il conviendrait que l'Etat améliore la performance de mobilisation des ressources publiques afin de garantir les capacités de financements et d'investissements. Selon l'OCDE ⁴⁵, le ratio de recettes fiscales du Sénégal est estimé à 16,8% du PIB en 2020. Ainsi, l'assiette fiscale reste très faible et ne couvre qu'une petite partie de l'économie largement informelle. Les travailleurs de l'économie informelle ne sont pas assujettis aux impôts directs, ni aux cotisations sociales. Ce dysfonctionnement entraîne un effet restrictif de mobilisation des recettes fiscales. Par ailleurs, une faible performance de mobilisation des ressources souveraines contraint l'Etat à recourir à l'endettement pour combler le déficit budgétaire. L'endettement excessif est susceptible de compromettre les investissements dans les secteurs clés, tels que la santé et l'éducation, l'énergie et la sécurité.

L'élargissement de l'assiette fiscale constitue un enjeu crucial pour améliorer les recettes fiscales. Dans ce cadre, deux voies apparaissent incontournables : l'intégration progressive du secteur informel dans l'espace formel et le renforcement de la taxation des droits d'accises. Les droits d'accises (impôts indirects) consistent à taxer les produits de luxe et, notamment des produits dont la consommation peut présenter des risques pour la santé. Une imposition renforcée sur ces produits nuisibles à la santé (tabac, alcool, boissons sucrées et les hydrocarbures) représenterait une source efficace de mobilisation de recettes fiscales non négligeable. L'intégration du secteur informel s'appuiera sur une démarche administrative et juridique de régularisation. Cette démarche consisterait à accompagner les citoyens dans leur accès à la formation professionnelle, tout en encourageant le respect du civisme fiscal (enregistrement comptable des activités, sécurité sociale et contribution à l'impôt).

L'Etat doit s'engager à renforcer les infrastructures de santé et à promouvoir l'expertise de personnels qualifiés conformément aux normes OMS. Or, le Sénégal accuse un déficit de près de 73% en densité totale de professionnels de santé, compromettant ainsi la qualité et l'accessibilité des services de santé (voir tableau 10, chapitre 2).

Des mesures doivent être prises sur les conditions de l'offre de soins pour favoriser la demande. L'accès aux services de santé implique des transitions importantes, parmi lesquelles les bénéficiaires peuvent rencontrer des obstacles liés au système de santé. Les pouvoirs publics doivent instaurer des réformes efficaces pour améliorer le système de santé afin d'inciter la population à recourir aux soins dans les structures de santé. En effet, la dégradation de la qualité

⁴⁵ Ce chiffre correspond à la dernière actualisation.

des services de santé peut dissuader les citoyens de recourir aux soins de santé dans les établissements sanitaires. Il incombe aux décideurs de s'assurer que les soins proposés correspondent à l'accessibilité des populations vulnérables. Il s'agit d'un défi important, car les différents groupes sociaux peuvent avoir des perceptions différentes de l'adéquation et de la pertinence des soins. Au sein de certains groupes sociaux, le recours aux soins de santé n'est pas systématique. Par exemple, certains individus victimes de maladies honteuses (touchant des parties du corps, considérées comme taboues ou gênantes à évoquer) préfèrent de loin recourir aux services de soins des tradipraticiens, notamment en milieu rural. A ces personnes méfiantes s'ajoutent des femmes enceintes susceptibles d'opter pour un accouchement à domicile à la place d'un accouchement sous surveillance médicale, ce qui constitue des risques de mortalité maternelle et néonatale.

Afin de réduire les perceptions négatives que certaines personnes se font des services publics de soins, les acteurs de la santé sont appelés à améliorer la communication, en priorisant des interventions de proximité. Ces interventions peuvent contribuer à la compréhension des besoins de santé en milieu rural.

Les déterminants de l'offre et de la demande de soins peuvent interagir et avoir un impact à des moments différents au cours d'un épisode de maladie ou de soins. Par exemple, l'indisponibilité financière peut entraver l'accès aux soins exclus du dispositif de gratuité. Par ailleurs, les contraintes géographiques et environnementales peuvent également interagir avec les aspects financiers liés aux transports et influencer significativement l'accès aux services de santé. Si les barrières géographiques sont surmontées, il est important de considérer les enjeux liés à la gestion des soins de qualité.

S'agissant de l'évolution des coûts connexes aux soins gratuits, des mesures doivent être prises pour rendre les soins plus accessibles. Les dispositifs de gratuité peuvent jouer un rôle clé dans l'amélioration des performances sanitaires, en facilitant l'accès aux soins primaires, secondaire ou spécialisés, contribuant à l'amélioration du niveau de vie des ménages.

Par ailleurs, bien que présenté comme gratuit, les dispositifs de gratuité des soins semblent finalement impliquer un paiement direct, ce qui remet en question l'objectif de cette politique. La suppression du paiement au point de service soulève des interrogations.

Dans la recherche d'une meilleure complémentarité entre le droit et la justice sociale, l'Etat du Sénégal doit s'appuyer sur un fort développement des systèmes de protection sociale

plus solide et simplifier les démarches administratives. L'expérience brésilienne constitue un exemple intéressant à suivre, notamment en ce qui concerne le dispositif SUS (système unique de santé), qui garantit une gratuité intégrale aux soins dans le secteur public. Ce système permet un accès gratuit aux soins à tous les citoyens brésiliens, sans tenir compte des critères de revenu, de lieu de résidence ou du statut social. En pratique, il favorise un accès plus élargi aux services de santé et aux médicaments essentiels.

La réussite d'un tel dispositif repose principalement sur une politique de décentralisation cohérente, une gestion efficace des structures de santé et surtout un financement maîtrisé.

- **Limites de la recherche**

L'utilisation des données n'a pas été possible dans le premier chapitre afin d'évaluation les inégalités. Par la suite, nous avons mené une analyse des déterminants socioéconomiques de la santé, bien que certains puissent présenter des limites. Cette démarche analytique consiste à estimer les déterminants qui favorisent ou entravent l'accès aux soins gratuits. Les données sur les déterminants socioéconomiques de la santé sont majoritairement orientées vers les réalités des pays développés.

Une méthodologie spécifique a été adoptée, afin de répondre aux objectifs définis dans les chapitres 4 et 5. Elle consiste à collecter des données secondaires issues des enquêtes démographiques et de santé. Ces données secondaires ne répondent pas exactement à tous nos objectifs d'estimation, car elles présenteraient certaines incohérences susceptibles d'affecter les résultats ainsi que l'exactitude des estimations. Par exemple, les enquêtes n'ont pas pris en compte les données relatives aux déterminants régionaux et environnementaux. Cela peut nuire à la pertinence de nos analyses.

Les limites de la méthodologie ont été marqués par l'utilisation des variables catégorielle. La principale difficulté réside dans l'utilisation des données secondaires, issues des enquêtes de l'ANSD. Ces données peuvent être insuffisantes ou obsolètes. Cela peut être attribuable en partie, à des enquêtes qui privilégient notamment l'étude sur la santé reproductive, les soins préventifs et les maladies chroniques. Dès lors, il est donc utile de préciser que les résultats obtenus dans les régressions à l'aide du logiciel STATA ne garantissent pas une exactitude parfaite.

L'enquête de terrain menée au Sénégal dans le cadre du sixième chapitre se focalise sur une zone rurale. Les populations vivant dans cette zone partagent pratiquement des cultures ou des comportements similaires en matière de soins de santé. Cette étude de terrain aurait été plus complète si une enquête complémentaire avait été réalisée en milieu urbain afin de réaliser une étude comparative sur les dépenses associées au dispositif de gratuité des soins. Par ailleurs, les contraintes temporelles dues aux démarches administratives ne nous ont pas permis de réaliser tous les objectifs envisagés.

Ces diverses limitations nécessitent un raffinement du processus de collecte de données pour obtenir des mesures plus rigoureuses des inégalités.

- **Perspectives de recherches**

Cette étude propose une évaluation des politiques de santé portant sur la gratuité sélective des soins au Sénégal. L'analyse souligne l'existence d'inégalités dans l'accès aux services de santé au sein des populations bénéficiaires des dispositifs de gratuité. Plusieurs déterminants observés suggèrent que les inégalités d'accès aux soins restent hétérogènes selon le groupe social, la zone de résidence et la nature du dispositif (gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, gratuité pour les femmes enceintes, gratuité pour les personnes âgées). Dans le prolongement de cette analyse, une étude complémentaire consisterait à renforcer ces résultats afin d'élargir notre compréhension des mécanismes à l'origine de ces inégalités.

Quelles sont les variables socioéconomiques qui influencent l'accès aux dispositifs de gratuité des soins dans les pays en développement, en particulier au Sénégal ?

L'hypothèse selon laquelle, l'accès aux soins dépend notamment des variables telles que le revenu et la zone de résidence pourrait être explorée. Cette supposition présente un intérêt significatif et mérite une analyse plus approfondie.

La santé des individus ne dépend pas uniquement des facteurs biologiques ou des choix personnels. Elle résulterait significativement des déterminants socioéconomiques. Dans notre étude, le revenu apparaît comme un déterminant central dans l'accès aux soins. Il conditionne la capacité de l'utilisateur à supporter les dépenses de soins telles que les actes médicaux et l'accès aux médicaments exclus du dispositif de gratuité. Pour analyser cette relation, l'étude pourrait s'appuyer sur un modèle de régression logistique portant non seulement sur le revenu mais aussi sur d'autres variables complémentaires, non intégrées dans nos analyses, en raison de l'absence

de données, telles que la profession (emploi formel, emploi informel, sans emploi), la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, la croyance, les conditions de logement. Ainsi, les déterminants socioéconomiques peuvent se traduire non seulement par un accès inégal aux services de soins, mais aussi par des différences dans la prise en charge et la qualité des soins. Par ailleurs, les facteurs tels que le dérèglement climatique (sécheresse, prolifération d'espèces vectrices de maladies) et les crises sanitaires, contribueraient également à accentuer les inégalités entre les populations. Ainsi, il convient de dépasser l'approche centrée sur le système de santé pour intégrer l'approche territoriale et populationnelle de la santé, comme le suggèrent Schweyer et al. (2022).

En s'appuyant sur les travaux existants dans la littérature, nous avons mené une étude de terrain visant à analyser les inégalités dans l'accès aux soins gratuits en milieu rural au Sénégal. Nos résultats montrent que les bénéficiaires des dispositifs de gratuité font face à des dépenses significatives liées aux frais de transport et à l'achat de médicament au cours de leurs consultations, notamment pour les soins non couverts par la mesure de gratuité. Cette enquête s'appuie sur une méthode mixte, incluant des variables de santé (médicament, transport), sexe et statut social.

Face à la diversité des barrières et aux inégalités croissantes, quel modèle d'intervention de la politique de gratuité des soins au Sénégal ?

Le modèle d'intervention innovant de la politique de gratuité des soins trouve son efficacité dans sa capacité à répondre aux besoins de santé des populations. La mesure d'intervention de ces dispositifs ne devrait pas se limiter à la seule suppression des prix au point de service. Il serait pertinent de favoriser l'inclusion basée notamment sur la mise place des systèmes de protection sociale adaptés aux spécificités de besoins de santé des populations.

Un projet de recherche enrichissant serait de déterminer les barrières qui se cumulent et accentuent ces inégalités dans l'accès aux soins. Cette étude s'articulerait éventuellement autour d'une analyse comparative entre le milieu rural, périurbain et urbain visant à explorer la perception des bénéficiaires concernant les dispositifs de gratuité des soins. Le travail d'enquête reposerait sur des entretiens semi-directifs auprès des ménages bénéficiaires de la gratuité. Ainsi, il serait pertinent d'intégrer des variables centrées sur la qualité des soins, la confiance envers le personnel soignant, la perception face aux soins gratuits, la maladie, les croyances, les réseaux communautaires auprès d'un échantillon représentatif.

Passer d'une logique d'équité à une logique d'efficacité et de résilience.

La mise en place des dispositifs de gratuité des soins représente une avancée significative dans la réduction des inégalités d'accès aux soins. D'après Diallo (2023), une prise en compte du contexte territorial, des pratiques locales, de la perception des communautés est essentielle pour adapter les dispositifs politiques aux réalités du terrain. Par ailleurs, nous considérons que la rigidité du système de santé (lourdeur administrative, insuffisances d'infrastructures et de personnels de santé, dispositifs de gratuité des soins inadaptés aux besoins de soins des communautés) contribue aux inégalités dans l'accès aux soins gratuits.

Bien que la gratuité ait été instaurée dans les structures publiques de santé en faveur des populations vulnérables, la mise en œuvre de cette mesure de solidarité demeure marquée par des incohérences et des contradictions, comme l'ont analysé Olivier de Sardan et Ridde (2014) et Diallo (2023). Les intentions politiques proclamées restent souvent théoriques lorsque les services de santé sont inaccessibles (structure de santé éloignée, dépourvue de personnels soignants qualifiés, rupture de médicaments). Par ailleurs, l'opérationnalisation adéquate des intentions politiques constitue un enjeu crucial de la transformation du domaine sanitaire dans les pays en développement.

Même si les dispositifs de gratuité contribuent à améliorer l'accès aux soins, leur efficacité dépendrait de la qualité du système de santé (financement stable, disponibilité des ressources médicales et humaines, absorption de la demande accrue et réduction des inégalités d'accès aux soins). En effet, la gratuité ne pourrait produire de réels bénéfices aux populations vulnérables que si elle s'inscrit dans une approche systémique d'amélioration du système de santé afin de garantir l'accessibilité, la qualité et la pérennité des soins. Au contraire, les dysfonctionnements chroniques conduiraient à générer des effets pervers aux dépens des pauvres.

Les professionnels de santé interrogés dans le cadre de nos enquêtes soulignent de graves dysfonctionnements liés notamment aux retards de remboursement des prestations et l'insuffisance du personnel soignant. Ce constat ouvre une voie de recherche sur l'efficacité de l'Etat dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. L'efficacité réelle des mesures de gratuité alimente le débat, car leur succès dépend notamment de la capacité institutionnelle à satisfaire les besoins de santé des populations. Il deviendrait donc nécessaire de mesurer l'efficacité de l'Etat dans la mise en œuvre de ces dispositifs. Ainsi, Ane et al. (2021) soulignent

la nécessité d'une recomposition des systèmes de santé, dont l'évaluation serait basée sur des caractéristiques de l'offre et des insuffisances de celle-ci.

Au-delà de la soutenabilité du système de santé et de l'efficacité économique, l'Etat dispose du pouvoir de décider en vertu des dispositions juridiques. Cette intervention juridique apparaît comme un instrument pour assurer l'équilibre, réguler le marché de la santé et préserver l'intérêt général. Elle traduit l'idée que la santé est un bien commun. Selon Cailleteau (2022), la santé comme « bien commun » repose sur la dignité de la personne humaine. Cette approche suppose une remise en question du capitalisme marchand en santé au profit d'une ouverture plus solidaire.

BIBLIOGRAPHIE

A

Adejumo Akintoye, V. (2013) Foreign Direct Investments and Manufacturing Sector Performance in Nigeria (1970-2009) Australian Journal of Business and Management Research, Vol. 3, (4), pp. 39-56.

Aiach, P. (2010) Les inégalités sociales de santé : écrits, Paris : Economica ; Paris : Anthropos.

Aiach, P., Fassin, D. (2004) L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, La revue du praticien, Vol. 54 (20), p. 2221-2227.

Aiach, P. (2000) De la mesure des inégalités enjeux sociopolitiques et théoriques, La découverte, pp. 448.

Akin, J., Birdsall, N., De Ferranti, DM. (1987) Financing health services in developing countries: an agenda for reform, The World Bank, Washington, DC, USA.

Akin, J.S., Griffi, C.G., Guilkey, D.K., Popkin, B.M. (1986), The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Phillipines, Economic Development and Culcural Charge, (244), p. 755-782.

Alaya, M., Nicet-Ghenaf, D., Rougier, E. (2009) A quelles conditions les IDE stimulent-ils la croissance ? Dans mondes en développement, (148), p. 119-138.

Alenda-Demoutiez, J. (2017) Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs, Revue Internationale de l'économie sociale, (345), 69-83.

Alenda, J. (2015) La transition du système de santé sénégalais peut-elle agir sur les inégalités sociales ? Université Lille 1.

Amable, B. et Guellec, D. (1992) Les théories de la croissance endogène / The Theories of Endogenous Growth, Revue d'économie politique, Vol. 102, (3), p. 313-377.

Ane, M., Callens, S., Traoré, M.K. (2021) Les systèmes de santé face à la pandémie de COVID 19 : surmonter ferveur, optimisme et négligence, Dans Les services, Editions Marché et Organisation, (1), p. 137-157.

Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., Queuille, L. (2013), La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité de soins au Burkina Faso et au Niger, Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France.

Arow, K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vo. 53, (5).

Arnault, C. et Fassin, D. (2001) Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises, L'Homme. Revue française d'anthropologie. Éditions Karthala <https://www.karthala.com>.

Artus, P. et Kaabi, M. (1993) Dépenses publiques, progrès technique et croissance, Revue économique, Vol. 44, (2), p. 287-317.

Ashauer, D. A. (1985), Fiscal Policy and Aggregate Demand, The American Economic Review, Vol. 75, no 1, p. 117-127.

Ashauer, D. A. (1989) Does Public Capital Crowd Out Private Capital, Journal of Monetary Economics (24), p. 171-188.

Asante, K. A., Agusa, T., Subramanian, A., Ansa-Asare, O D., Biney, C A., Tanabe, S. (2007) Contamination status of arsenic and other trace elements in drinking water and residents from Tarkwa, a historic mining township in Ghana, Université Paris 13, Vol. 66, (8), p. 1513-1522.

Ataguba, J. E. O., Ichoku, H. E., Fonta, W. M. (2013) Multidimensional poverty assessment: applying the capability approach, International Journal of Social, Vol. 40, n°4, p. 331-354.

Ataguba, J. E., Ichoku, H. E., Nwousu, C. O., Akazili, J. (2019) An Alternative Approach to Decomposing the Redistributive Effect of Health Financing Between and Within Groups Using the Gini Index: The Case of Out-of-Pocket Payments in Nigeria, Economics and Health Policy (18), p. 747-757.

Amable, B. (2005), Les cinq capitalismes, Diversité des systèmes économiques et sociaux dans la mondialisation, Seuil, Paris.

Andersen, R. Anderson, O.W., Kravits, J. (1975), Equity in health services : Empirical analysis in social policy, Ballinger Publishing Company, Cambridge.

Arow, K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, Volume 53, (5).

B

Balme, R. (2010) Biens collectifs, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, p. 106-114.

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., Petticrew, M. (2010) *Epidemiol Community Health*, 64, p.284 – 291. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews.

Barro, R. (1990), Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth, *Journal of Political Economy*, Vol. 98, (5), part 2.

Barro, R. J. (1991), Economic Growth in a Cross Section of Countries, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 106, No. 2. p. 407-443.

Barro, R. J. et Lee, JW. (2001) International data on educational attainment: updates and implications, *Oxford Economic Papers*, Vol. 53, (3), p. 541–563.

Barro R J. and Sala-I-Martin, X. (2004) *Economic growth*, MIT Press, 2nd ed, p. 654.

Batifoulier, P. et Da Silva, N. (2022) L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire, *Économie et Institutions*, (30-31).

Barthélémy, J. C. (2008) Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté, *Science Direct*, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Barthélémy, J. C. et Seban, J. (2009), Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement, *Revue d'Économie du Développement*, Vol. 17 (1-2), pp. 33-71.

Barthélémy, J. C. et Thuilliez, J. (2013), Santé et développement : une causalité circulaire, *Revue d'économie du développement*, Vol. 21, (2), pp.119-147.

Bartel, A. et Taubmann, P. (1979), Some Economic and Demographic Consequences of Mental Illness, *Journal of Labor Economics*, Vol. 4, (2).

Baruwa, E., Lee E., Cheng X. (2011), Jigawa State's Free maternal and Child Health programmes, Costing and program assessment, Jigawa State Health sector.

Bates, S., Reeve, B., Trevena, H. (2020), A narrative Review of Online Food Delivery in Australia: challenges and opportunities for public health nutrition policy, Cambridge University Press, Vol. 26, (1), pp. 262-272.

Becker, G. S. (1974) A Theory of Social Interactions, Journal of Political Economy, University of Chicago and National Bureau of Economic Research, Vol. 82 (6).

Becker G. S., Murphy K. M., Tamura R. (1990) Human Capital, Fertility and Economic Growth, Journal of Political Economy, vol. 98.

Becker, G.S. (1962) Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis : Colombia University and National Bureau of Economic Research, Vol. 70, n°5.

Begué, J., Thelot, C., Fouquet A. (1982) La mesure des inégalités. Un point de vue de statisticiens, Un point de vue de statisticiens, Économie rurale, n°152, 1982. p. 14-25.

Béjean, S. (1997) Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé, Document de travail, Université de Bourgogne. <https://hal.science/hal-01526956>.

Belaid, L., Dgenais, C., Moha, M., Ridde, V. (2017) Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger, Human Resources for Health, 15.60.

Belaid, L., Ridde, V; (2015) Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? Health Policy and Planning, Vol. 30 (3), p. 309-321.

Bellanger, A., Belot, L., Braouezec, P., Mansat, p. (2017), Table ronde : Politiques et société face à l'équité, In : Villes en parallèle, Document, n° 5, p. 27-32.

Ben Ammar Sghari M., Hamammi, S. (2016) Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé, Éthique & Santé, Vol. 13 (4) p. 185-194.

Berchet, C., Jusot, F. (2010) L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France, Une analyse selon genre et l'origine, Revue économique, Presses et Sciences Po, Vol. 61, p. 1075 – 1098.

Berthé-Sanou, L., Berthé, A., Drabo, M., Banidi-Kinda, F., Somé, M., Ouadraogo, M., Macq, J. (2013) Analyse du programme national de santé des personnes âgées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso, Santé publique, Vol. 25, n° 4.

Besançon, Y. (2012) Le fait inégalitaire, des origines à l'aube du XXI^e siècle, Idées économiques et sociales, Vol. 170 (4), p. 56-60.

Bézy, O., (2009) La santé, c'est la vie dans le silence des organes, Éres, La revue lacanienne, Vol. 1 (3), pp. 47-50.

Bihr A. et Pfefferkorn R. (2008) Le système des inégalités : La Découverte, coll. « Repères », (104), p. 83-87.

Bleakley, H. (2010) Health, Human Capital, and Development, Annual Review of Economics, Vol. 2.283-310.

Bloom, D. E., Canning, D., Sevilla, J. (2004), The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach, World Development, Vol. 32, (1), p.1-13.

Blundell, R., Dias, M.C., (2009), Alternative Approaches to Evaluation and Empirical Microeconomics, Journal of Human Resources, Vol. 44, issue, 3. Boidin, B., (2012) Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise, Economie publique, 20-29.

Bodenmann, P., Jackson, Y.L., Vu, F., Wolff, H. (2022) Vulnérabilités, diversité et équité en santé, Centre Universitaire de générale et santé publique, RMS, éditions/Médecine et Hygiène

Bodenmannn, Green, (2012), Disparités en santé : Réalités locales et défis futurs, Revue Médicale Suisse, p. 5.

Boidin, B. (2005) Droit à la santé et coopération internationale : les déficiences institutionnelles, Mondes en développement, Vol. 129 (1) p. 75.

Boidin, B. et Zuideau, B. (2006) Socio-économie de l'environnement et du développement durable : état des lieux et perspectives, Mondes en développement, Vol. 135 (3), p. 7-37.

Boutayed, Abdesslam, Helmert, Uwe (2011) Social inequalities, regional disparities and health inequity in North African countries, International Journal for Equity in Health, Vol. 10,

(1), p. 23.

Bouba-Olga, O, Vigié, M. (2015) Le renoncement aux soins : Une analyse empirique de la base SHARE, Assurances et gestion des risques, 82 (1-2), 73–96. doi.org/10.7202/1091600ar.

Boccanfuso, D., Savard, L., Savy, B. (2009) Capital Humain et croissance : évidence sur données de pays africains. GRÉDI, Université de Sherbrooke.

Boidin, B. et Mathias, C. (2022) Capitalisme et santé au Sud : la finance mixte au cœur de la financiarisation de l'aide au développement, Économie et Institutions.

Bruno B. (2005), La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? Dans monde en développement, Vol. 3 (113), p. 29-44.

Browner, C H. (1989), Women, Household and Health in Latin America, Pergamon Plc, Vol. 28 (5), p. 461-473.

Boillot, J. J. et Lemoine (1992) Le financement de l'industrialisation, Économie Prospective internationale, (50), 2^{ème} trimestre.

Brady, D. and Lee, H. Y. (2014) The Rise and Fall of Government Spending in Affluent Democracies, 1971-2008, Journal of European Social Policy, Vol. 24 (1), p 56-79.

Brown, P., Zavestoski, S., (2004) Social movements in health: an introduction, Sociology of Health and Illness, Vol (26), n° 62004, p. 679-694.

Blouin, C., Chopra, M., Hoeven, R. V. D. (2009) Trade and social determinants of health, Trade and health, Vol. 373, Issues 9662, p. 502-507.

Browner, C H. (1989) Women, Household and Health in Latin America, Pergamon Plc, Vol. 28 (5), p. 461-473.

Burger, K., Samuel, R. (2017), The Role of Perceived Stress and Self-Efficacy in Young People's Life Satisfaction: A Longitudinal Study, J. Youth Adolescence.

Buchamann and Tullock, (1962) The Calculs of Cosent, Logical Fondations of Constitutional Democracy.

Busmeyer, M. R. (2009) Asset Specificity, Institutional Complementarities, and the Variety of Skill Regimes in Coordinated Market Econmic, Socio-Economic Review (7), p. 375-406.

Burguet, R. and Che, Y K. (2004) Competitive, Procurement with Corruption, The Rand Journal of Economics, Vol. 35, (1), p. 50-68.

C

Carey, G., Crammond, B., (2015) What Work in Joined-Up Government? An Evidence Synthesis, Public Health and preventive Medicine, International Journal of Public Administration, Monash University Melbourne.

Cecchini, S., Gilbert, R., Morales, B. (2018) Renforcer la protection sociale, L'expérience de l'Amérique latine et des Caraïbes, Commission Économique Pour l'Amérique Latine et les Caraïbes.

Couffignal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P.Y., Grignon, M., Jusot, F., Naudin, F. (2002) Protection sociale et développement économique, De la MiRe, CREDES.

Caballero, R. and Lyons, R. (1989) The role of External Economies in U.S. Manufacturing, NBER Working Paper, (3033).

Cadot, O., Munadi, E., Yan Ing, L. (2015) Streamlining Non-Tariff Measures in ASEAN: The Way Forward, Asian Economic Papers 14, (1).

Cailleteau, C. (2022) La santé: un bien commun? Quelques éclairages du droit de la sécurité sociale à la pensée des communs, Dans les communs en droit de l'environnement, Editions revue juridique de l'environnement, p. 31-38.

Catelinois, O., Rogel, A., Laurier, D., Billon, S., Hémon, D., Verger, P., Tirmarche, M. (2007) Evaluation de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France, BEH, Thématique.

Chambaretaud, S., Hartmann, L. (2004) Economie de la santé : Avancées théoriques et opérationnelles, Revue de l'OFCE, n°91, p. 235-268.

Chambaud, L. (2018) Accès aux soins : élément de cadrage, Dans de l'accès aux soins à l'accès aux services, Editions Regards, p. 19-28.

Champetier de Ribes, D. (2018) Les enjeux de l'accès aux soins pour l'assurance maladie et son réseau, Dans Regards, Edition EN3S-Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale, n°53, p.57-68.

Chavin, P., Vallée, J., Parizot, I. (2013) Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : Enseignement de la cohorte SIRS, Adsp, n°82.

Cogneau, D. et Dupraz, Y. (2015) Institutions historiques et développement économique en Afrique : Une revue sélective et critique de travaux récents, Histoire & mesure.

Coady, D, Grosh, M., Hoddinott. (2004), Targeting of Transfers in the Developing Countries: Reviews of Lessons and Experience, The International Bank Reconstruction.

Cornia, G. A., Stewart, F. (1995) Two errors of targeting. Dans Stewart, Adjustment and poverty: options and choices. London: Routledge.

D

Dahlgren, Goran, Whitehead, Margaret (2021) The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows, Public Health, Vol. 199, p. 20-24.

Sen (2002) Health Economics, Guest Editorial, Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006) European Strategies for Tackling Social in Health: Levelling up Part 2. World Health Organization Regional office for Europe.

Daff, B.M., Diouf, S., Diop, E.S.M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M.M., Tobe, S., Togawad, S., Ngom, M., (2020) Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal, Policy et practice.

Daniels, N. (2009) L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé, Raisons politiques, Presses de Sciences Po, n° 34, p. 9-30.

Darbon, S., Letourmy, A. (1983) La microéconomie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ? In : Sciences sociales et santé, Vol. 1, n°2, p.31-77.

Da Silva, R.S., Contandriopoulos, A.P., Pineault, R., Tousignant, P. (2011) Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures, Dans Varia, Editions Pratiques et Organisation des Soins, p. 11-18.

Debref, R., Pyka, A., Morone, P. (2022) For an Institutional Approach to the Bioeconomy: Innovation, Green Growth and the Rise of New Development Models, Journal of Innovation Economics & Management, n° 38.

Deldrève, V., Candau, J. (2014) Produire des inégalités environnementales justes ? Presse Universitaire de France, Vol. 5 (3), p. 255-269.

Desprès, C. (2013), Signification du renoncement aux soins : Une analyse anthropologique, Sciences Sociales et Santé, Vol. 31, n°2.

Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011) Les renoncement aux soins pour des raisons financières : Une approche économétrique, Question d'économie de la santé, n° 170.

Dever, G. E. Alan, (1976) An epidemiological model for health policy analysis, Social Indicators Research, Vol. 2 (4), p. 453-466.

Dia, A. A. (2017) Inégalités économiques et systèmes des inégalités au Sénégal, L'Harmattan – Sénégal.

Deaton, A. and Paxson, C. (2001) Mortality, Education, Income, and Inequality among American Cohorts, University of Chicago Press.

Deaton, A. (2003) Health, Inequality, and Economic Development, Journal of Economic Literature, Vol. 41, (1), p. 113-158.

De Allegri, M., Ridde, V., Valérie, R L., Sarker, M., Justin Tiendrebéogo, M Y., Muller, O., Jahn, A. (2012) The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity-Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso, Journal of Public Health Policy, (33), p. 439-453.

De Allegri, M., Ridde, V., Valérie, R L., Sarker, M., Justin Tiendrebéogo, M Y., Muller, O., Jahn, A. (2012) The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity-Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso, Journal of Public Health Policy, (33), p. 439-453.

Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L. (2018) La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal, Working Paper du Ceped, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018.

Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L. (2018) La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018, Centre Population et Développement.

Debref, R., Gallaud, D., Temple, L., Temri, L. (2019) Editorial. L'innovation responsable, dimensions stratégiques des organisations, Dans Innovations (2), n° 59, p. 5-13.

De Long J. B. and Summers L. (1990) Equipment investment and economic growth, NBER Working Paper (3515).

D'Haultfoeuille, X et Pauline G. (2014) La régression quantile en pratique, In : Économie et statistique, n° 471, p. 85-111.

Diallo, A. (2023) Compte rendu de [La revanche des contextes, des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, Edition Karthala, 2021, 486.p] Politiques et sociétés, 42 (2), p. 204-206.

Diarra A. (2012) Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. Afrique contemporaine, 243 (3), p. 77-93.

Diawara, A., Sangho, H., Tangara, I., Cissé, M. O., Traoré, M. N., Konaté, S. (2014) Complications post césarienne et gratuité de la césarienne au Mali – cas d'un centre de santé de district, Mali Médical.

Dieng, M., Audibert, M., Le Hesran J.Y. ? Dial, A.T. (2014) Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Etudes et documents n°15, CERDI.

Didry, C., Vincensini, C. (2010) Au-delà de la dichotomie marché-société : l'institutionnalisme de Douglass C. North.

Dion, C.E., Gojard, S., Plessz, M., Zins, M. (2020) Inégalités sociales de santé dans la vieillesse, Gérontologie et Société – n° 162 – vol. 42.

Donabedian, A. (1973), An Examination of Some Directions in Health Care Policy, AJPH March, Vol. 63, n°3.

Dourgon, P., Grignon, M., Jusot, F. (2001) L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? une revue de littérature, Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, n°43.

Downs, A. (1957) An Economic Theory of Political Action in a Democracy, Journal of Political Economy 65, (2), 135-150.

Drabo, A. (2011) Health, Environment, and Economic Development, Economic and Finance, Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand (CERDI).

Duarte, M. and Restuccia, D. (2010) The Role Structural Transformation in Aggregate Productivity, The Quarterly Journal of Economics, Massachusetts Institute of Technology.

Dufrénot, G., Sugimoto, K. (2019) Does International Financial Integration Increase the Standard of Living in Africa? A Frontier Approach,

Dupas, P. (2011) Health Behavior in Developing Countries, Annual Review of Economics, Vol. 3, pp. 425-449.

Duran, P. (2010) Le politique au prisme de ses institutions : Idées économiques et sociales n°159, (1).

Duthé, G., Pison, G., Laurent, G. (2010) Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp, Autrepart (53), 2010, p. 167-188.

Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo region.

E

Eckert, H. (2008) « Bihl A. et Pfefferkorn R. (2008) Le système des inégalités », Formation emploi journals.openedition.org/formationemploi/1766.doi.org/10.4000/formationemploi.176.

El Khoury, A C., Kilmack, W K., Wllace, C., Razavi, H. (2012) Economic burden of hepatitis C-associated diseases in the United States, Journal of Viral Hepatitis.

El Koury, M., Hatt, L., Gandaho, T. (2012) User free exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali, International Journal for equity in health, equityhealthj.com/content/11/1/49.

Ercole, R. (1994) Les vulnérabilités des sociétés et des espaces urbanisés : concepts, typologie, modes d'analyse, Revue de géographie Alpine, Vol. 82-4, p. 87-96.

Ezzraria, A., Mouhsinib, F.Z., Mouttakib, O., Zinsc, A. (2022), L'accès différencié des ménages marocains aux soins : Quels facteurs dominant ? Revue Réflexion Economique, n°2.

F

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, Vol. 4, n° 6, p. 141-167.

Fall, A.S., Cissé, R. (2021) Benchmarking de la protection sociale dans les pays du Sud, Les études internationales du LARTES-IFAN. : <http://www.lartes-ifan.org>.

Fargeon, V. (2014) La santé et les systèmes de santé, vecteurs de progrès social. Evaluation exploratoire en France. In : économie appliquée, tome 67, n°3, p. 115-145.

Faye, F. M. (2022) Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans au Sénégal : les inégalités d'accès ont-elles disparu ? Revue Réflexion Économique, n°2.

Fassin, D. (2000) Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Karthala Éditions.

Fassin, D. et Fassin, E. (1989) La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal, Revue Tiers Monde, Vol. 30 (120), p. 881-891.

Fassin, D. (2003) Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé, Anthropologie et Sociétés.

Fee, E., Gonzalez, A.R. (2017) The History of Health Equity: Concept and Vision, Princeton University, Florida, 33176, USA, Diversity and Equality in Health and Care, 14 (3) : 148-152.

Foley, E. E. (2009) The Anti-politics of Health Reform: Household Power Relations and Child Health in Rural Senegal, *Anthropology and Medicine*, Vol. 16 (1), p. 61-71.

Foley, E. E. (2010) *Your Pocket Is What Cures You. The Politics of Health in Senegal*. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.

Fontaine, R., Pennec, S. (2020) Les inégalités sociales dans la vieillesse, *Gérontologie et société*, Vol. 42, n° 162.

Foray, D., Goddard, J., Beldarrain, X G., Landabaso, M., McCann, P., Morgan, K., Nauwelaers, C., Ortega-Argilés, R. (2012) *Guide to Research and Innovation Strategies for Smart Specialisation*, European Commission, Regional Policy.

Forzy, L., Titli, Lou., Carpezat, M., Verdier, C. (2021), *Accès aux soins et pratique de recours, Eude sur le vécu des patients*, Les dossiers de la DREES, n° 77.

Frenk, J. (1992), *Concept and Measurement of accessibility*, PAN American Health Organization.

Fournier, P., Haddad, S. (1995) Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. In : Gerard, H. and Piché, V., Eds. *Sociologie des populations*, PUM/AUPELF-UREF, p. 289-325.

Foray, D., Goddard, J., Beldarrain, X G., Landabaso, M., McCann, P., Morgan, K., Nauwelaers, C., Ortega-Argilés, R. (2012) *Guide to Research and Innovation Strategies for Smart Specialisation*, European Comission, Regional Policy.

G

Galsworthy, M.J., Hristovski, D., Lusa, L., Ernst, K., Irwin, R., Charlesworth, K., Wismar, M., Mckee, M. (2012) Academic output of 9 years of EU investment into health research, *The Lancet*, Vol. 380, n°9846, p. 971-972.

Gary-Babo, R. (2017) Performance sociale, financement et réformes de l'enseignement, *Revue économique*.

Gardon, S., Gautier, A., Le Naour, G. (2020) La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques, Éditions Quae.

Gertler, P., Van Der Gaad, J. (1990) The Willingness to Pay for Medical Care : Evidence from two Developing Countries, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Gilson, L. (1997) « The Lessons of User Fee Experience in Africa », Health Policy and Planning, 12 (3), 273-285.

Grossman, M. (1975) On the concept of Health Capital and the Demand for Health Journal of political economy, Vol. 80, n°2, p. 223-225.

Golaz, V., Lefèvre, C. (2015) Quantifying Child Poverty: From Methodological Debates to Social Policy Stakes What do International Comparisons Teach us, INED.

Golaz, V. (2013) La dépendance en Afrique, Prise en charge familiale et accès aux soins de santé, Gérontologie et société, n° 145, p. 77.

Golaz, B., Michaud, V., Leterrier, Y., Manson, J.A.E. (2012) Intensity, Temperature and Dark Curing Effects in Cationic Photo-Polymerization of a Cycloaliphatic Epoxy Resin, Vol. 53, Issue 10, p. 2038-2048.

Gérardin, M., Pramil, J. (2023) En 15 ans les disparités entre quartiers, Mesurer selon le revenu, se sont accentuées dans la plupart des grandes villes, INSE.

Gilles, Y. (2017) Inégalités en Afrique de l'Ouest : des évolutions contrastées, Le média du développement durable, Bénin.

Guennif, S. (2021) Brevet et santé : d'une mondialisation à l'autre, d'une controverse à l'autre sous système de production capitaliste, Dossier : la santé, miroir des sociétés, RFSE, p. 107-126.

Guennif, S. (2018) Dynamique institutionnelle, industrielle et sanitaire dans le secteur pharmaceutique thaïlandais, Journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 36, n°5-6, p. 280-296.

Gui-Diby, S L. and Renard, M F. (2015) Foreign Direct Investment Inflows and the Industrialization of African Countries, World Development, Vol. 74, p. 43-57.

Guihard, N. (2013) La gratuité des soins en question Collectif, Gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques, Collectif, Gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques, Afrique contemporaine, n° 243.

H

Haskel, J. E., Pereira, S., C. Slaughter, M J. (2007) Does Inward Foreign Direct Investment Boost the Productivity of Domestic Firms? The Review of Economics and Statistics, 89 (3), p. 482-496.

Heinmüller, R., Dembélé, Y. A., Jouquet, G., Haddad, S., Ridde, V. (2012) Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government. Impact on Health Center Attendance by children under five. Field Actions Science Reports. The journal of field actions.

Hoffmann, R. (2008) Concept of Social inequality, Socioeconomic Differences in Old Age Mortality, CSpringer Science+Business Media B.V.

Horton, R. (2012), The silence of the organs, The lancet, Vol. 380, (9846), p. 961.

Rousseau Jean-Jacques, (1954) Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes, Les Echos du Maquis (2011).

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v d., Jadad, A.R., Kroumhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v., Smid, H., (2011) How should we define health? BMJ, Vol. 343, p. d4163-d4163.

Howitt, P. and Aghion, P. (1998) Capital Accumulation and Innovation as Complementary Factors in Long-Run Growth, Journal of Economic Growth, Vol. 3, (2), p. 111-130.

Hino, Y. and Lupker, S. J. (1996) Effects of Polysemy in Lexical Decision and Naming: An Alternative to Lexical Access Accounts, Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, Vol. 22 (22), p. 1331-1356.

I

Iboudo, P., Siri, A. (2022) La Politique de Gratuité des Soins de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso : Effets et Pérennité de l'Intervention, Le Consortium pour la Recherche Économique en Afrique.

Islam, N. (1995) Growth Empirics: A Panel Data Approach, The Quarterly Journal of Economics, Vol. 110, (4), p. 1127-1170.

J

Jacquemot, P. (2020) Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve, Policy Center for the New South.

Jacquemot, P. (2012) Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalités face aux soins, Afrique contemporaine.

James C., Hanson K., McPake B., Xu K. (2006) To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries,) Applied Health Economics and Health Policy, Vol. 5, (3), p. 137-53.

Jammal, A. E., Graf, E., Gross, M. (1988), Laboratoire d'Electrochimie et de Chimie Physique du Corps Solide, U.A. au CNRS No. 405, Université Louis Pasteur, France.

Jayaramann, A., Chadndrasekhar, S., Gebreselassie, T. (2008) Factors affecting maternal healthcare seeking in Rwanda, Demographic and Health Recherche, n° 59.

Johnston, M. (2005) Syndromes of Corruption, Wealth, Power, and Democracy, Cambridge University.

Johansen, L. (1963) Some Notes on the Lindahl Theory of Determination of Public Expenditures, International economic Review 4, (3).

Jusot, F. (2012) Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 61S, S163–S169.

Jusot, F., Garré, B., Witter, J. (2019) Réduire les barrières financières à l'accès aux soins, Dans Revue française d'économie, Edition Revue française d'économie (1), Vol. XXXIV, p.133-181.

Ka, O., Coume, M., Diop, C.T., Ngom, N.F, Faye, A., Leye, M.M.M., Gaye, A., Ndiaye, A.A., Sow, p.g., Seck, I. (2017) Enquête médicosociale auprès des personnes âgées du centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam au Sénégal Medico-social survey among the elderly in the gerontology and geriatrics center, Ouakam, Senegal, Vol. 17, (100), p. 223-229.

Kâ O, Faye A, Mbaye El H, Tall AB, Gaye A, Sow PG, Ba CT. (2016) Vivre le vieillissement au Sénégal. Perceptions/représentations et stratégies d'adaptation des personnes du troisième âge : résultats d'enquêtes rétrospectives. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 14 (1) : 31-41.

Kâ, O., Mbaye, E., Mbacké Leye, M. M., Faye, A., Tall, A. B. (2016) Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité, *Santé Publique*, Vol. 28 (1), p. 91-101.

Karlberg, M. (2005) The Power of Discourse and the Discourse of Power: Pursuing Peace Through Discourse Intervention, *International Journal of Peace Studies* 10, (1).

Kauffmann, D. (2005) Myths and Realities of Governance and Corruption, *SSRN Electronic Journal*.

Kawachi, I. Sbramanian, S.V. Almeida-Filho, N. (2002) *Journal. Epidemiol Community Health* 2002; 56: 647-652.

Kioko, U.M. (2016), The Role of Economic Factors in the Choice of Medical Providers in Rwanda, *Rwanda Journal Series B : Social sciences*, Vol. 3.

Kouanda, S., Ly, A., Bonnet, E., Ridde, V. (2013), *Afrique contemporaine*, Vol. 243, (3), p. 104.

Knack, S. (2003) Groups, Growth, and trust: Cross-country evidence on the Olson and Putman Hypotheses, *Public Choice* (117), p. 341-355.

Krueger, A. B. and Lindahl, M. (2001) Education for Growth: Why and for whom, *Journal of Economic Literature*, Vol. 39 (4).

Kudamatsu, M. (2012) Has Democratization Reduced Infant Mortality in Sub-Saharan Africa? Evidence From Micro Data, *Journal of the European Economic Association*, IIES, Stockholm University.

Kolossvary, E., Farkas, K., Karaham, O., Gollegde, J., Gerit-Holger, S., Karplus, T., Bernardo, J. J., Marschang, S., Abola, M.T., Heinzmann, M., Edmonds, M., Catalano, M. (2023) L'importance des déterminants socioéconomiques de la santé dans les soins prodigués aux patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique : Une revue narrative de la Vascular Medecine, Vol. 28, (3), p. 241-253.

L

Lang, T., Thuo, N., Akech, S. (2008) Accidental paraffin poisoning in Kenyan children, Tropical Medicine & International Health, Vol. 13 (6), p. 845-847.

Lang, T., Kaminski, M., Leclerc, A. (2008) Commission on Social Determinants of Health, European Journal of Public Health, Who, Geneva, p. 27-195.

Lang, T (2015) Déterminants sociaux, santé et politiques publiques : mobiliser toutes les connaissances, S.F.S.P., Santé publique, Vol. 27 (5), p. 619-621.

Lang, T. (2016), Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de la recherche de la DREES, Université de Toulouse III.

Laron, J. S. (1996) The world Health Organization's Definition of health social versus spiritual health, social indicators research 38 n° 2.

LaRose, C. (2016) Développement et inclusion. Le grand chantier des inégalités, de la pauvreté, [Journals.openedition.org/interventionseconomiques](https://journals.openedition.org/interventionseconomiques).

Lamartina, S. and Zaghini, A. (2011) Increasing Public Expenditure: Wagner's Law in OECD Countries, German Economic Review.

Legendre, B. (2012) Inégalités de niveaux de vie des actifs et des retraités français : ce que nous apprend la multi-décomposition de l'indice de Génie REP 122 (5).

Levesque, J. F., Harris, M. F., Russell, G. (2013) "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations". International journal for equity in health, 12, p. 1-9.

- Lemieux, V. (2002) L'étude des politiques publiques, Les acteurs et leurs pouvoir, 2^{ème} édition, Presses et l'Université Laval.
- Leye, M. M.M., Diongue, M., Faye, A., Coumé, M., Faye, A., Badara Tall, A., et al. (2012) Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal Analysis of free health care for the elderly in the context of the “Plan Sésame” in Senegal. *Santé Publique*, Vol. 25, (1), p. 101–106.
- Lise, R. Sandy T. (2009) Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications, *Revue économique*, Vol. 60, (2), p. 325-344.
- Li, Y., Wang, N., Liu, J., Hou, X. (2017) Demystifying Neural Style Transfer, Revisiting batch normalization for practical domain adaptation. *ICLRW*, 2017.
- Linn, M.W., Sandifer, R., Stein, S. (1985) Effets du chômage sur la santé mentale et physique, *American Journal of Public Health*, Vol. 75, No. 5.
- Lofandjola, J.M., Kiswaya Sumaili, E., Petermans, J. (2017) Fardeau des maladies chroniques en Afrique Subsaharienne : plaidoyer pour une mise en place des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie en République Démocratique du Congo, *Pratiques et Concepts*, Elsevier Masson SAS, <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.06.003>.
- Lombrail, P., Pascal, J. (2005) Inégalités sociales de santé et accès aux soins, *Les Tribunes de la santé*, vol. 8 (3), p. 31.
- Lui, S., Lam, M.A., Sial, A., Hemley, S. j., Bilston, L.E. and Stoodley, M. (2018) Fluid Outflow in the Rat Spinal Cord : The Role of Perivascular and Paravascular Pathway, *Fluid and Barriers of CNS*.
- Loton Bidal, M.P. (2023) Le bien-être à l'école, une question de santé nécessaire pour s'épanouir, *Érudit*, Volume 12, numéro 2-3, 2023, p. 184–208.
- Lucas, R. E. (1988) On the Mechanic of Economic Development, *Journal of Monetary Economic*, Vol. 22 (1), p. 3-42.
- Ludz, U. (1995) Annah Arendt, Qu'est-ce que la politique, Éditions du Seuil pour la traduction française.

Lopez, L.M. (2013) De la mesure à l'évaluation collaborative en éducation, *Revue française d'administration publique*, n° 148, 2013, p. 939-952.

M

Mbaye, E M., Ride, V., Kâ, O. (2013) « Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal, *Santé Publique*, Vol. 25 (1), p. 107-112.

Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridde, V., Briand, V. (2011) « En faire plus, pour en gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal, Vol. 23 (3), p. 207-219.

Mallé Samb, O. et Ride, V. (2013) Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires, *Afrique Contemporaine*, Vol. 243, (3), p. 33-48.

Mallé Samb, O. and Ridde, V. (2018) The impact of free healthcare on women's capability: A quantitative study in rural Burkina Faso, *Science Social et Medicine*, Vol. 197, p. 9-16.

Mallé Samb, O., Ridde, V. (2012a) Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? *Afrique Contemporaine*, 243 (3), 33-48.

Mallé Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013) Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Mondes*, 215 (3), 73.

Mané, P.Y.B. (2012), Analyse de l'efficacité des hôpitaux du Sénégal : Application de la méthode d'enveloppement des données, *Pratiques et Organisation des soins*, Vol. 43, n°4, p. 277-283.

McPacker, B., Briki, N., Cometto, G., Schmidt, A., Araujo, E. (2011) : « Removing User Fees : Learning from International Experience to Support the Process » *Health Policy and Planning*, 31 (9), 1184-1192.

Mathauer, I., Mathivert, B., Kutzin, J. (2017) Free Health Care, Policies: opportunities and risks for moving towards, UHC, *Health Financing Policy Brief* (2), World Health Organization.

Maddison, A. (1987) Growth and Slowdown in Advanced Capitalist Economies: Techniques of Quantitative Assessment, *Journal of Economic Literature*, Vol. 25, (2), p. 649-698.

Mankiw, G., Romer, D., Weil, D. N. (1992) A Contribution to the Empiric of Economic Growth, The Quarterly Journal of Economics, Harvard College, and the Massachusetts Institute of Technology.

Markusen, J R. and Venables, A (1999) Foreign direct investment as a catalyst for industrial development, Vol. 43, (2), p. 335-356).

Markus, K.E., Reichmann, J.H., (2005) The Globalization of Private Knowledge Good and the Privatization of Global Public Goods, In Journal of Economic Law, Vol. 7, (2), p. 279-320.

Mathauer, I., Mathivert, B., Kutzin, J. (2017) Free Health Care, Policies: opportunities and risks for moving towards, UHC, Health Financing Policy Brief (2), World Health Organization.

Maskus K.E. and J.H. Reichman (2005) International public goods and transfer of technology under a globalized intellectual property regime, Cambridge, Cambridge University Press.

Mathauer, I., Mathivert, B., Kutzin, J. (2017) Les politiques de « gratuité » : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Mathonnat, J. and Audibert, M. (2016) Fonds fiduciaires et programmes verticaux : quelles contributions aux politiques sectorielles ? Revue de la littérature et exemple du secteur de la santé, Dans Papiers de Recherche, p. 1-88.

Mazzucato, M. (2016) From Market fixing to Market-Creating: a new framework for innovation policy, Journal homepage: <http://www.tanfonline.com/loi/ciai20>.

Mathauer I., Mathivet B., Kutzin K. (2017) « L'assurance maladie à base communautaire : comment peut-elle contribuer au progrès vers la couverture universelle en santé ? ». Note sur la politique de financement n°3, OMS, who.int/iris/bitstream/handle/10665/258980/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-17.3-fre.pdf?sequence=1.

Mignon, D., Jusot, F. (2020) Inequalities of Opportunity in the Use of Health Care by Young Adults in France. Economie et Statistique / Economics and Statistics, 514-515-516, 155–173. <https://doi.org/10.24187/ecostat.2020.514t.2014>.

McCartney, G. Popham, F., McMaster, R, Cumbers, A (2019) Defining Health and health inequalities, Public Health Review Paper, Vol. 172, p. 22-30.

Moffatt, H. SumeNdumbe-Eyoh (2013) Parlons de l'équité en santé : Antigonish (N.E), Centren de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier.

Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C. (2011) Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'actions, Rapport IGAS, Paris.

Mornet, P., Mussard, P., Seyte, F., Terraza, M. (1996), La décomposition de l'indicateur de Gêni en sous-groupes, Revue française d'économie, n°2, Vol. (XXIX).

Mouret, G. (1892) DU SENS DE L'INÉGALITÉ, Revue Philosophique de la France et de l'Étranger, Presses Universitaires de France, T. 33, p. 465-502.

Morin, M. (2006) Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial, Spirale, Vol.37, (1), p. 29-41.

Moquet, M. J., Potvin, L. (2011) Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme, Vol. 414 (8), p. 7-8.

Muller, P. (2017) Les politiques publiques, 12^{ème} édition, Presse Universitaire France.

Murray C.J.L., Michaud C.M., McKenna M., Marks J.S. (1998) U.S. Patterns of Mortality by Country and Race: 1965-1994, Harvard Center for Population and Development Studies.

N

Nanda, P. (2002) An International Journal on Sexual and reproductive Health and Rights, Reproductive Health Matters, Vol. 10 (20).

Ndiaye, B., Sène, M., Sambou, J.P.B. (2023) « Caractéristiques de la pauvreté multidimensionnelle au Sénégal: approche de la théorie des ensembles flous », Revue Française d'Economie et de Gestion, Vol. 4, n°9, p. 286-308.

Niangaly, A., Ridde, V., Thuilliez, J. (2021) Introduction : repenser la santé en Afrique à l'aune de la crise sanitaire, Revue internationale des études du développement, Vol. 247, (3), p. 7-33.

Nguemdjo, U., Ventelou, B. (2021) Comment les migrations affectent-elles la mortalité infanto-juvénile en zone rurale ? L'exemple de Niakhar, Sénégal, Population-F 76, (2), p. 359-388.

Nkounmou Ngoa, G. B. (2022) Gratuité des soins et utilisation des services de santé maternelle – une analyse d’impact au Sénégal, l’Actualité économique, Vol. 96, (2), p. 159-193.

Nkurunziza, M. (2016), Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins Le cas du milieu rural burundais, Autrepart (74-75), pp. 85-100.

O

Oates, W. E. (1974) Journal of political economy, University of Chicago, 1974. Vol. 82, n° 5.

Oates, W. E. (2005) Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism, International Tax and Public Finance, Vol. 12, (4), p. 349-373.

Odey, S. A., Ushie, M. A. (2018) Industrialization In The Face Of Recession: The Nigerian Experience. Advances in Social Sciences Research Journal, Vol. 5, (4) p. 262-267.

Okacha, R. (2015) Capital Humain et Croissance Economique : Une Approche en Données de Panel sur Pays Africains - Human Capital and Economic Growth : Approach of Panel Data for African Countries, (9), p. 339-351.

Olivier de Sardan, J. P., Ridde, V. (2017) Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Cahiers d’études africaines, 225.

Olivier de Sardan, J. P., Ridde, V. (2014) Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahélienne.

Olivier de Sardan, J. P., Ridde, V. (2013) Abolishing user fees for patients in West Africa: lessons for public policy. Ed., Agence Française de Développement.

Olivier de Sardan, J. P., Ridde, V. (2012) Politique de suppression et de subvention du paiement au Burkina Faso, Mali et Niger : synthèse de recherches. <http://hdl.handle.net/10625/53570>.

Ongo Ngoa, B. E. (2016) Investissements directs étrangers et industrialisation de l’Afrique : un nouveau regard, Innovations, Vol. 51 (3), p. 173-196.

Ousseini, A. Kafando, Y. (2012) La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité, Afrique Contemporaine, Vol. 243, (3), p. 65-76.

Ouattara, W. (2011) Corruption, investissement et croissance économique en Côte d'Ivoire, *Savings and Development*, Vol. 35, n°1, p. 55-73.

Onadja, Y., Campaoré, R., et al. (2023) (Postabortion care service Availability, Readiness, and Access in Burkina Faso: results from linked female-facility cross-sectional data, *Health Services Research*.

Onyeji, I., Bazilian, M., Nussbaumer, P. (2012) Energy for Sustainable Development, *Journal & Book*, Vol. 16 (4), pp. 520-527.

P

Paula A. Bravenan et al (2011) Health Disparities and Health Equity: The issue is justice, *American Journal of Public Health* 101, no. S1 (December 2011).

Pariyo, G. W., Kiracho, E.E. ? Okui, O., Rahmann, M.H., Peterson, S., Bishaid, D.M., Lacas, H., Peters, D. (2009) Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda : are reforms benefitting the poor ? *International Journal for Equity in Health*, doi :10.1186/1475-9276-8-39.

Pierru, F. (2002) Fassin Didier., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, *Politix*, *Revue des sciences sociales du politique*, (59), p. 197-207.

Peerenboom, P.B., Basenya, O., Bossuyt, M., Ndayishimiye, J., Ntakarutimana, L., De Weerd, J.W. (2014) La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi, *Santé Publique*, vol. 26, n° 2.

Pelchat, Y., Gagnon, E., Thomassin, A. (2006) Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale *Medicalisation and the Construction of Social Exclusion*, n°55.

Penchansky, R., Thomas, J. W. (1981) The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction, *Medical Care*, Vol. 19, n° 2, p. 127-140.

Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., Fitzmaurice, A. (2007) Evaluation of the Delivery Free Exemption Policy in Ghana: Population Estimates of changes in Delivery Service Utilization in Two Regions, *Ghana Medical Journal*, 41 (3).

Posel, D., Oyenubil, A., Kollamparambil, U. (2021) Job loss and mental health during the COVID 19 lockdown: Evidence from South Africa. School of Economics and Finance, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

Pons, F., Harris, P. L., Rosnay, M. (2004) Emotion comprehension, between 3 and years: Development periods and hierarchical organization, *European Journal of Developmental psychology*, 1 (2), p. 127-152.

Posel, D., Oyenubi, A., Kollamparambil, U. (2021) Job loss and mental health during the COVID19 lockdown: Evidence from South Africa, *journal. Pone.0249352*.

Premji, S. (2014) Mécanismes d'inégalités en santé et sécurité : modèle conceptuel et agenda de recherche, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16-2.

Pritchett, L. (2001) Where has All the Education Gone? *The World Bank Economic Review*, Vol. 15, (3).

R

Rajhi, T. (1993) Croissance endogène et externalités des dépenses publiques, *Revue Économique*, Vol. 44, Issue 2, p. 335-368.

Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., De Loenzien, M., Schantz, C. and Dumont, A. (2017) Removing user fees to improve access to caesarean delivery : a quasi-experimental evaluation in Western Africa. *BMJ Global Health*, In Press.

Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*, The Belknap Press of Harvard Press Cambridge, Massachusetts.

Rawls, J. (1997) *Théorie de la justice*, Paris : Edition du Seuil.

Renaud, L., Lafontaine, G. (2011) *Intervenir en promotion de la santé, à l'aide de l'approche écologique Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (RÉFIPS)*, Section des Amériques.

Richard, L., Barthélémy, L., Tremblay, M. C., Pin, S., Gauvin, L. (2013) Intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologiques, Guide d'aide à l'action Franco-Quesquois, INPES, Collection santé en action.

Roux, A. (2016) La décentralisation : Droit des collectivités territoriales, Issy-les Moulineaux, LGDJ, Lextenso édition, 2016. p.5.

Ross, Euan M. A National (1973) Study of Child Development (NCDS 1958 cohort): Convulsive Disorders in British Children. Proceedings of the Royal Society of Medicine, Vol. 66 (7), p. 703-704.

Ridde, V., Ba, F. M., Kane, B., Chouaid, C., Faye, A. (2024), Mise à l'échelle des unités départementales d'assurance maladie au Sénégal : Une étude à méthode mixte, Institute of Health and Development (ISED), Cheikh Anta Diop University, Fann-Dakar, Senegal.

Ridde, V., Girard, J. E. (2004) Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, Santé publique 2004, vol. 15, n° 1, p. 37-51.

Ridde, V. (2015) From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies, BMC Health Services Research, 15 (Suppl 3): S6.

Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.M., Soares, A., Lohmann, J., Zombré, D., Koulidia, J.L. Yaogo, M., Hien, H., Hunt, M., Zongo, S., De Allegri, M. (2014) Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso, Implementation Science, (9) 149.

Ridde, V., Belaid, L., Malla Samb, O., Faye, A. (2014) Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso, de 1980 à 2012, Santé publique, Vol. 26, (5), p. 715-725.

Ridde, V. et Sardan, J. P. O. (2013) Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest, Afrique Contemporaines, Vol. 243 (3), p. 98-99.

Ridde, V., Richard, F., Bacaba, A., Queuille, L., Conombo, G. (2011) The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso, Health Policy, and Planning.

Ridde, V., Morestin, F. (2011) A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa, Health Policy and Planning, Vol. 26 (1), p. 1-11.

Ridde, V., Robert, E. Maessen, B. (2010) Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, World Health Report.

Ridde, V., Diarra, A. (2009) A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa), BMC Health Services Research, Vol. 9 (1), 89.

Riumallo-Herl, C., Canning, D., Kabudula, C. (2019) Health inequalities in the South African elderly: The importance of the measure of social-economic status, The Journal of the Economics of Ageing, Vol. 14.

Robert, E., Malla Samb, Marchal, B., Ridde, V. (2015) Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne, Cahiers Réalisme, n°1. www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers.

Robert, E., Malla Samb, O. (2013) Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest, Afrique contemporaine, Vol. 243, n°3, p. 100-101.

Rochaix, L., Tubeuf, S. (2009) Mesures de l'équité en santé, Fondements éthiques et implications, Dans Revue économique, Vol. 60, p. 325-345.

Rode, R., Figueiredo Filho, A. (2010) ANÁLISE DO PADRÃO ESPACIAL DE ESPÉCIES E DE GRUPOS FLORÍSTICOS ESTABELECIDOS EM UM POVOAMENTO DE *Araucaria angustifolia* E EM UMA FLORESTA OMBRÓFILA MISTA NO CENTRO-SUL DO PARANÁ, FLORESTA, Curitiba, PR, v. 40, n°2, p. 255-268.

Ross, C., Wu, C. (1995) The Links Between Education and Health, American Sociological Review, Vol. 60, n°5, p. 719-745.

Rodrik, D. (2015), Economics Rules, Why Economics Works, when it Fails, and How to Tell the Difference, Oxford University Press.

Romer, P. (1987) Crazy Explanations for the Productivity Slowdown, in NBER Macroeconomics Annuals, MIT Press.

Romer, P. (1990b) Endogenous Technological Change, Journal of Political Economy.

Romer, P. (1991), Progrès technique endogène, Annales d'Économie et de Statistique, (22), p. 1-32.

Rosay-Notz, H. (2005) Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles, Bref aperçu de la prise en charge des personnes âgées dans les sociétés modernes, Études sur la mort, n° 126, p. 27-36.

S

Samba, M., Thiam, I. (2022) « Inégalités dans l'utilisation des soins : une analyse de décomposition basée sur la protection financière contre le risque maladie au Sénégal », Revue Française d'Economie et de Gestion, Vol (3), n° 3, p. 204-228.

Sachs, J. D. (2001), Tropical Underdevelopment, National Bureau of Economic Research, Working Paper 8119.

Sajoux, M., Golaz, V., Lefèvre, C. (2015) L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées, Mondes en développement, Vol. 43 (3), n° 171.

Salama, P. (1989) Les effets pervers des politiques d'ajustement dans les économies semi-industrialisées, Tome 30, Politiques d'ajustement et recompositions sociales en Amérique latine, In : Tiers monde, n°117, p. 39-58.

Samuelson, P. A. (1954) The Pure Theory of Public Expenditure, The Review of Economics and Statistics, Vol. 36, (4), p. 387-389.

Sardan, J. P. O et Ride, V. (2012) Politique de suppression et de subvention du paiement au Burkina Faso, Mali et Niger : synthèse de recherches. <http://hdl.handle.net/10625/53570>.

Sardan, J. P. O. and Ridde, V. (2013) Abolishing user fees for patients in West Africa: lessons for public policy. Ed., Agence Française de Développement.

Savidan, P. (2018) Dictionnaire des inégalités et de la justice sociale, Presse Universitaire de France.

Schaeffer, Y., Aubert, F. (2010) La pertinence de la politique rurale à l'aune des théories de la justice. Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement- Review of agricultural and environmental studies, 91 (1), p. 73-101.

Schweyer, F.X., Vézinat, N., Noûs, C. (2022) Penser la santé autrement : défi de l'intégration sociale, Dans la santé au centre : politiques publiques, territoires, centres de santé, Editions sociologies pratiques, 45 (2), p. 1-7.

Seabrook, J. A., Avison, W. R. (2012) Socioeconomic Status and Cumulative Disadvantage Processes across the Life Course: Implications for Health Outcomes, Canadian Review of Sociology, 49 (1), 50-68.

Sen, A. (1990) Justice: Means versus Freedoms, Philosophy and Public Affairs, Spring, Vol. 19, n°2, p. 111-121.

Sen, A. (1985) Well-being, Agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. The journal of Philosophy, 82 (4), 169-221.

Sen, A. (1977) Rational Fools : A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory, Philosophy & Public Affairs, Summer, Vol. 6, n°4, p. 317-344.

Sène, A. M., Codjia, C. (2016) Dynamiques de l'aménagement du territoire et inégalités sociospatiales au Sénégal Planning and socio-spatial inequalities in Senegal Dinámicas de planificación territorial y desigualdades socio-espaciales en Senegal, Vol. 60, n° 169.

Scheil-Adlung, X. (2015) Global evidence on inequities in rural health protection : new data on rural deficits in health coverage for 174 countries, (Ed.), International Labour Office, Social Protection Department. – Geneva : ILO.

Sephehri, A. (2015) A Critique of Grossman's Canonical Model of Health Capital, International Journal of Health services, Vol. 45 (4), p. 762-778.

Short, S. E., Mollborn, S., (2015) Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances, Current Opinion in Psychology, (5), p. 78-84.

Solar, O., Irwin, A. (2010) A conceptual Framework for Action on the social determinants of health. Who World Health Organization, Geneva, p.76.

Sidibé, S., Godin, I., Berthé, A., Drabo, M. (2020) Les obstacles à l'utilisation des services de santé par les indigents dans le contexte de la gratuité des soins de santé au Burkina Faso, Science et technique, Sciences de la santé Vol. 43, n° 2.

Sidibé, B., Berthé, I., Berthé, O., Berthé, M., Diabaté, M., Sanogo, B., Koné, A.N., Diall, T. (2019), Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de gratuité des actes et des médicaments dans le district sanitaire de Bourem au Mali en 2014, Mali Santé Publique.

Simard, N. (2006) Spiritualité et santé, Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire, Vol. 12, (1), p. 107-126.

Singh, A., Uijtendewilligen, L., et al. (2012) Physical Activity and Performance at School, A Systematic Review of the Literature Including a Methodological Quality Assessment, 166, (1), p. 49 – 55.

Spira, A. (2020) Inégalités sociales de santé. État des lieux, principes pour l'action, Science Direct, Elsevier Masson France, <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.03.012>.

Spitz, J.F. (2011) John Rawls et la question de la justice sociale, Etude Tome 414, n°1, p. 55-65. <https://doi.org/10.3917/etu.4141.0055>.

Susser, M., Susser, E. (1996) Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology, Vol. 86, (5), p. 4.

Solow, R. (1956), A Contribution to the Theory of Economic Growth, The Quarterly Journal of Economics, Vol. 70, (1), p. 65.

Smith, A. (1776) An inquiry Into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, Vol. 1.

Soucat, A., Gandaho, T., Levy-Bruhl, D., De Bethune, X., Alihonou, E., Ortiz, C., Gbedonou, P., Adovohekpe, P., Camara, O., Ndiaye, J.M., Dieng, B., Knippenberg, R. (1997) Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: The equity explications of the Bamako initiative, international journal of health planning, Vol. 12.

Summers, R. and Heston, A. (1988) A New Set of International Comparisons of Real Product and Price Levels Estimates for 130 Countries, 1950-1985, University of Pennsylvania.

Strauss, J. and Thomas, D. (1998) Health, Nutrition, and Economic Development, Journal of Economic Literature, Vol. 36, (2), p. 766-817.

Stern, N., Stiglitz, J. E. (1990) The Social Cost of Carbon, Risk, Distribution, Market Failures: An Alternative Approach, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper, n° 28472.

Stewart, B. T., Giedu, A., Goodman, S. K., Boakye, G., Scott, J. W., Donkor, P., Mock, C. (2020) Injured and broke: The impacts of Ghana National Health Insurance Scheme (NHIS) on service delivery and catastrophic health expenditure among seriously injured children.

T

Taverne, B., Laborde-Balen, Top, B.R., Sow, K., Coumé, M. (2023) Perception et utilisation de la couverture maladie universelle (Plan Sésame) par les personnes âgées à Dakar (Sénégal), impact sur les dépenses de santé liées au diabète et à l'hypertension, MTSI.

Traoré, S., Aguiratou, W., Somé, L., Ouattara, C. A., Traoré, I.T., Méda, C.Z., Savadogo, G.L.B. (2023) Paiement additionnel malgré la gratuité des soins au Burkina Faso, Afrique et Perspectives Internationales, Santé publique vol.35, n°3.

Tizio, S. et Flori, Y A. (1997) L'initiative de Bamako : « Santé Pour Tous » Ou « Maladie Pour Chacun » ? Vol. 38, (152), p. 837-858.

Touré, P.M., Dia, A. T. (2016) Plan Sésame au Sénégal : limite de ce modèle de gratuité, Santé publique, Vol. 28 (1), p. 91-101.

Totuom, A. (2020) Determinants of pipe-borne water consumption by urban households in Cameroon, Dans Mondes en Développement, (2) n° 190, p. 151-170.

Tham, S., Massi, E., Ndir, M., Diop, A H., Bâ, F., Lienhardt, C. (2005) La lutte contre la tuberculose au Sénégal : situation actuelle de la prise en charge et recommandations pour son amélioration, Médecin Tropicale, 65 (1).

Tomazini, C. (2019) État de Littérature. Les rapports entre inégalités, politiques publiques et démocratie : trajectoires brésiliennes, Critique internationale, (4), n° 85, p. 187-197.

U

Ugeux, B. (2000) Guérir à tout prix, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 244 p. Coll « questions ouvertes ». Paris.

V

Vagelatos, N. T., Eslick, G.D., (2013) Type 2 Diabetes as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: The Confounders, Interactions, and Neuropathology Associated With This Relationship, *Epidemiologic Reviews*, Vol. 35 (1), p.152-160.

Vissandjée, B., Bates, K., Vialla, F., Kuntz, J. (2013) Expérience d'immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale, *Revue internationale de la recherche interculturelle*, Vol. 3, n°1. DOI : <https://doi.org/10.7202/1077500ar>.

Weber, M. (1978) *Economy and Society*, University and California Press. [Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology - Max Weber - Google Livres](#).

Ventelou, B., Rolland, S. (2009) Evaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments, *Santé publique*, Vol. 21, n°2, p. 129-138.

Vergne, C., Asseur, A. (2015) La croissance de l'Afrique subsaharienne : diversité des trajectoires et des processus de transformation structurelle, Agence française de développement, p. 1-50.

W

Whitehead, Margaret, Dahlgren, Goran (2007) Concepts and principles for tackling social inequities in health, Source: Adapted from British Department of Health (2005): 32–33.

Wagstaff, A. and Sven, N. (2020), A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study, *The Lancet Global Health*, Vol. 8, (1), p. 39-49.

Wagstaff, A. and Doorslaer, E. V. (2004) Overall Versus Socioeconomic Health Inequality: a measurement framework and two empirical illustrations, *Health Economic Letters*, (13), p. 297-301.

Wagstaff, A. (2004) Social Health Insurance Reexamined, *Health Economics* (19) p. 503-517.

Wagstaff, A. and Doorslaer, E. V. (2004) Overall Versus Socioeconomic Health Inequality: a measurement framework and two empirical illustrations, *Health Economic Letters*, (13), p. 297-301.

Wagstaff, A. (2002) Poverty and health sector inequalities, *Bulletin of the World Health Organization*.

Wagstaff, A., Pieriela, P., Doorslaer, E. V. (1991) On the Measurement of Inequalities in Health, *Pregamon Press Plc*, Vol. 33 (5), p. 545-557.

Weber, M. (1978) *Economy and Society*, University and California Press.

Wilson, W. J. (1987) *The truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass and Public Policy*, University of Chicago Press, Chicago.

Wrong, D. H. (1997) Is Rational Choice Humanity's Most Distinctive Trait? *The American Sociologist*/Summer.

Wilsford, D. (1994), Path Dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a Big Way, *Journal of public policy*. 14, p. 251-283.

Wilkinson, R. G. (1996) *Social medicine, Income distribution-Health aspects*, Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group.

Wagstaff, A. (2002) Poverty and health sector inequalities, *Bulletin of the World Health Organization*.

Wagstaff, A. (2004) Social Health Insurance Reexamined, *Health Economics* (19) p. 503-517.

Wayack Pambè, M., Moussa, S. (2014) Inégalités entre les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes à Ouagadougou : entre déterminisme et spécificités, *Cahiers québécois de Démographie*, Vol. 43, numéro 2, automne 2014.

Wilkinson, R. G. (1992) Income Distribution and Life Expectancy. British Medical Journal, 304, 165-168.

Y

Yanagisawa, T., Domon, E., Fujita, M., Kiribuchi-Otobe, (2006) Starch Pasting Properties and Amylose Content from 17 Waxy Barley Lines, Vol. 83, Issue 4, p.354 – 357.

Yoro, B.M. (2012) Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique, Recherches qualitatives, Vol. 31 n°1, p. 47-61.

Z

Zimmermann, F. (1995) Généalogie des médecines douces, Les presses Universitaires de France, 1^{ère} Édition.

Zweifel, P. (2012) The Grossman model after 40 years, Eur Journal Health Econ, (13), p. 677-682. DOI 10.1007/s10198-012-0420-9.

Annexes

Chapitre 4 : La politique de gratuité des soins et inégalités : analyse d'impact du plan Sésame

Logistic regression					Number of obs = 4,801	
					LR chi2(7) = 2363.76	
					Prob > chi2 = 0.0000	
Log likelihood = -2145.3016					Pseudo R2 = 0.3552	
soinsgratuits_num	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
revenu_num						
moyen	-.6110565	.1026586	-5.95	0.000	-.8122638	-.4098493
riche	-.9085013	.1126653	-8.06	0.000	-1.129321	-.6876813
très riche	-1.320923	.119019	-11.10	0.000	-1.554196	-1.08765
couverture_num	.7174344	.7101135	1.01	0.312	-.6743625	2.109231
niveau_num						
primaire	-.2015664	.1002843	-2.01	0.044	-.39812	-.0050127
secondaire/sup	-.0885479	.0900015	-0.98	0.325	-.2649475	.0878517
zone_num	2.648854	.0880603	30.08	0.000	2.476259	2.821449
_cons	-1.400669	.7124211	-1.97	0.049	-2.796988	-.0043489

VARIABLES	(1) Coefficients	(2) Odds Ratio
Soins gratuits (1=oui, 0=non)		.
		(.)
Quintile de revenu = 2, moyen	-0.611*** (0.103)	0.543*** (0.056)
Quintile de revenu = 3, riche	-0.909*** (0.113)	0.403*** (0.045)
Quintile de revenu = 4, trC(s riche	-1.321*** (0.119)	0.267*** (0.032)
Couverture santC)	0.717 (0.710)	2.049 (1.455)
Niveau d'C)tude = 1, primaire	-0.202** (0.100)	0.817** (0.082)
Niveau d'C)tude = 2, secondaire/sup	-0.089	0.915

	(0.090)	(0.082)
Zone de rC)sidence	2.649***	14.138***
	(0.088)	(1.245)
Constant	-1.401**	0.246**
	(0.712)	(0.176)
Observations	4,801	4,801
Wald chi2	2364	2364
Prob>chi2	0	0
Standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Chapitre 5 : Déterminants socioéconomiques de la demande de soins dans un contexte de gratuité sélective au Sénégal

Logistic regression		Number of obs = 1,435				
		LR chi2(6) = 88.07				
		Prob > chi2 = 0.0000				
Log likelihood = -674.04342		Pseudo R2 = 0.0613				
lieudurecoursauxsoin~m	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
quintilederevenu_num						
moyen	.9583522	.2095948	4.57	0.000	.5475539	1.36915
riche	.9053097	.2058394	4.40	0.000	.5018719	1.308748
très riche	.6442939	.1803463	3.57	0.000	.2908217	.9977663
couverturesanté_num	.7552802	.1524882	4.95	0.000	.4564088	1.054152
milieuderésidence_num	.2293934	.1443058	1.59	0.112	-.0534408	.5122276
sexe2	.0978494	.1533014	0.64	0.523	-.2026157	.3983146
_cons	.3208345	.1572976	2.04	0.041	.0125369	.6291322

VARIABLES	(1) coef	(2) oddratio
Lieu de recours aux soins		.
		(.)
Quintile de revenu = 2, moyen	0.958*** (0.210)	2.607*** (0.546)
Quintile de revenu = 3, riche	0.905*** (0.206)	2.473*** (0.509)
Quintile de revenu = 4, trC(s riche	0.644*** (0.180)	1.905*** (0.343)
Couverture santC)	0.755*** (0.152)	2.128*** (0.325)
Milieu de rC)sidence	0.229 (0.144)	1.258 (0.182)
sexe2	0.098 (0.153)	1.103 (0.169)
Constant	0.321** (0.157)	1.378** (0.217)
Observations	1,435	1,435
Wald chi2	88.07	88.07
Prob>chi2	0	0
Standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Chapitre 6 : La gratuité sélective des soins et ses coûts connexes à la charge des usagers en milieu rural : une étude auprès des patients du centre de santé de Bambaly au Sénégal

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



N°009/DRSS/SDH

Sédhiou, le 07/01/2025

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE SEDHIOU



Le Directeur


Objet : Lettre d'autorisation pour la réalisation d'une recherche en économie de la santé sur les coûts connexes aux soins des programmes de gratuité sélective

Madame la Présidente,

Par cette présente nous donnons notre accord à Monsieur Moustapha Sadio, doctorant à l'Université Sorbonne Paris Nord pour la réalisation de ses recherches à Sédhiou plus précisément dans les communes de Bambaly et Djirédji s'il remplit les considérations éthiques exigées par le CNERS.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien accorder à cette information et vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

**A Madame la Présidente du Comité national d'éthique
et de recherche en santé(CNERS)**


Le Directeur Régional de la Santé
Dr Amadou Yeri CAMARA

Ampliatiions

- Gouverneur
- MSAS/DPRS

 *Ministère de la Santé
et de l'Action sociale*

Dakar, le

14 JAN 2025



Certifié en norme ISO9001-2015

La Présidente

AVIS ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE

Référence : Protocole SEN24/128 « Les coûts connexes aux soins de programmes de gratuité sélective » Version 2 du 07/01/2025

Monsieur,

J'accuse réception de vos réponses aux questions relatives au protocole en référence ci-dessus. À l'analyse, le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé les trouve globalement satisfaisantes. En conséquence, le comité émet un avis éthique et scientifique favorable pour permettre la mise en œuvre dudit protocole.

Cet avis a une durée d'une année à compter de sa date de signature. Son renouvellement reste assujéti à la présentation d'un rapport d'étape permettant d'être informé sur le niveau de mise en œuvre de l'étude. Un rapport de fin de projet vous est exigé pour rester en conformité avec les lois et règlements qui encadrent la recherche pour la santé au Sénégal.

Je vous prie de croire, *Monsieur*, à l'assurance de ma considération distinguée et de mes encouragements renouvelés.

M. Moustapha SADIO
Doctorant à l'Université Sorbonne Paris Nord (UMR8156)
12, Quai du Moulin, 93450, L'Ile de Saint Denis

Gratuité des soins de santé

Questionnaires sur l'accès aux soins de santé et les caractéristiques socioéconomiques des bénéficiaires des soins gratuits.

Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des bénéficiaires

Nom Prénom	Âge Sexe
---	--

Statut matrimonial

Célibataire
☐

Marié (e)
☐

Divorcé (e)
☐

Veuf (ve)
☐

Niveau d'études

Primaire
 ☐

Moyen ☐

Secondaire ☐

Supérieur ☐

Activité professionnelle

Cultivateur

(trice) ☐

Maçon

..... ☐

Menuisier

..... ☐

Enseignant

..... ☐

Peintre.

..... ☐

Artiste

..... ☐

Commerçant

..... ☐

Aucune activité

..... ☐**Assurance maladie****Avez-vous une assurance maladie ?**1. OUI ☐2. NON ☐**Si OUI, laquelle ?**

Plan

Sésame ☐

Gratuité pour les enfants

..... ☐

Gratuité pour les femmes

..... ☐

Mutuelle de santé communautaire

..... ☐

Institution de prévoyance maladie

..... ☐

Imputation budgétaire

..... ☐

Assurance privée

..... ☐

Institution de prévoyance retraite

..... ☐

Fonds national de retraite

..... ☐

Q1. Avez-vous fait recours à la médecine traditionnelle durant ces 12 derniers mois ?

1. OUI ☐

2. NON ☐

Si OUI, pourquoi le recours à un soin traditionnel ?

Coûts indirects de la gratuité des soins

Q2. Combien de fois durant les 12 derniers mois êtes-vous à l'hôpital ?

Q3. Combien payez-vous lors de chaque séance de soins

Q4. Êtes-vous satisfait des soins reçus ?

Q5. Combien de temps passez-vous à la structure de santé pour recevoir les soins ?

Q6. Votre absence coûte-t-elle une perte de revenu pour vous ?

1. OUI ☐

2. NON ☐

Q8. Si OUI, de combien par heure ou par jour ?

Q9. A combien estimez-vous vos dépenses pour rendre à la structure de santé par séance de soins ?

Q10. Vous payez le logement quand vous voyagez pour recevoir des soins ?

1. OUI ☐

2. NON ☐

Q11. Si OUI, combien cela vous coûte-t-il ?

Q12. Avez-vous un régime alimentaire spécial ?

1. OUI ☐

2. NON ☐

Q13. Si OUI, combien coûte- t-il par jour ?

Q14. Avez-vous payé au cours des douze derniers des médicaments ou des examens médicaux indispensables à votre traitement médical ?

1. OUI ☐

2. NON ☐

Q15. Si OUI, lesquels et pour quelle raison ?

Combien cela vous coûte par jour ou par mois ?

Médicaments

Examens médicaux

Guide d'entretiens avec les professionnels de santé

Gratuité des soins de santé

Questionnaires sur l'accès aux soins de santé

Identification de la structure de santé

Nom de la structure de santé

Type de structure :

1. Privée ☐

2. Publique ☐

Personnels de soins :

Médecin, infirmier, sage-
femme, Aide-soignant

Thème :

Questions principales :

- Qui sont vos patients ?
- Comment se déroulent les soins ?

	Trajectoire et cadre général dans l'accès aux soins gratuits	<ul style="list-style-type: none"> • Recevez-vous beaucoup de patient.es qui bénéficient du programme de la gratuité des soins ? • Que pensez-vous de ce dispositif ? • Selon-vous la gratuité entraîne-t-elle l'augmentation de la demande ? • Est-ce qu'il existe différentes filières de soins en fonction du statut des malades ? (Ex : soins gratuits et les autres). • Est-ce que le dispositif est bien compris par les patients ? • Réalisez-vous des campagnes d'informations pour rappeler l'existence du dispositif ? • Selon vous la gratuité entraîne-t-elle l'augmentation de la demande ? • Quels sont les effets d'une augmentation de la demande de soins pour les professionnels ?
--	--	--

Guide d'entretiens avec les autorités

Questionnaires sur l'accès aux soins de santé

Autorités : Directeurs des hôpitaux, directeurs de la couverture maladie universelle, directeurs de l'approvisionnement, agents du ministère de la santé	Thème : Trajectoire et cadre général des politiques de gratuité de soins	Questions principales : <ul style="list-style-type: none"> • Comment s'applique la gratuité des soins dans votre établissement ? • Rencontrez-vous des problèmes ? • Est-ce que ce dispositif a changé des choses dans l'organisation des soins ? • Comment l'État vous a-t-il aidé à mettre en place ce dispositif ? • Est-ce que les remboursements de l'État à votre structure sont facilités ? • Selon vous qu'est-ce qui peut freiner l'accès aux soins gratuits pour les populations considérées vulnérables ? • Comment financez-vous les programmes de gratuité des soins ?
ONG	La mise en œuvre des politiques de gratuité de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle joue votre organisation dans la mise en œuvre des programmes de soins gratuits ? • Que pensez-vous de ce programme ? • Avez-vous identifié les limites ? • Avec quels interlocuteurs en avez-vous parlé ? (Ministère, directeur d'hôpitaux etc..) • Est-ce que vos retours sont pris en compte ? • Comment êtes-vous perçus sur le terrain ? • En quoi consiste votre aide ? Support financier ? Administratif ? En personnel de soins ? Autres ?

Représentants des institutions internationales (ex : OMS, UNICEF, Banque mondiale)	Planification, soutiens techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous du système de santé sénégalais ? De sa performance ? De ses inégalités ? • Quels mécanismes de financement durables sont nécessaires pour assurer et garantir le succès à long terme l'accès aux soins pour les populations ?

Guide d'entretiens avec les associations

Gratuité des soins de santé

Questionnaires sur l'accès aux soins de santé

Identification de la structure de santé

Nom de la structure de santé

Type de structure : 1. Privée ☐ 2. Publique ☐

Identification de l'Association

Nom de l'Association

Type d'association : 1. ASC ☐ 2. Communautaire ☐

Association : Association sociale et culturelle, Organisation communautaire	L'accessibilité aux services de soins de santé dans les structures de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les personnes rencontrent des barrières pour accéder aux soins ? • Si OUI, lesquelles ? • Comment ces barrières sont discutées ? • Arrivez-vous à les contourner ? • Si OUI, comment vous les contournez ?
--	--	---

Résumé de la thèse

Cette thèse propose une analyse des inégalités dans l'accès aux dispositifs de gratuité des soins au Sénégal. En s'appuyant sur une approche à la fois théorique et empirique, ce travail de recherche met en lumière les déterminants socioéconomiques qui contribuent à la construction des inégalités dans l'accès aux soins gratuits. Cette étude vise à expliquer les obstacles structurels dans l'accès aux soins gratuits et proposer des pistes d'amélioration pour une politique de gratuité plus efficace et équitable. L'objectif est de comprendre les déterminants socioéconomiques, institutionnels et territoriaux qui favorisent ou entravent l'accès aux soins, structurés autour de différentes approches théoriques et empiriques. En effet, plusieurs modèles théoriques issus de la littérature ont permis de mettre en évidence l'interaction entre ces déterminants structurels. Ces études ont servi de base à l'analyse des déterminants liés aux inégalités en matière de santé. Le cadre conceptuel a permis de dépasser les limites d'une approche systémique traditionnelle de l'accès aux soins pour aboutir à une vision renouvelée et innovante centrée sur l'accès aux soins gratuits. Ainsi, nous explorons la relation entre le revenu, l'éducation, l'assurance maladie, la zone résidence et l'accès aux soins gratuits, à l'aide d'une analyse économétrique. Plusieurs facteurs identifiés dans la littérature semblent contribuer aux inégalités d'accès aux dispositifs de gratuité selon les territoires. Ainsi, nous avons mobilisé une étude de terrain en milieu rural qui met l'accent sur l'analyse des coûts connexes à la gratuité des soins, notamment les coûts liés à l'achat de médicaments et les frais de transport. L'influence des barrières financières à l'accès aux soins ne se limite pas aux seules questions de revenus faibles. Elle s'inscrit dans une imbrication de facteurs économiques et culturels qui conditionnent les comportements de santé et accentuent les inégalités en milieu rural au Sénégal.

Mots-clés : Santé, pays en développement, accès aux soins, inégalités sociales de santé, gratuité des soins, déterminants socioéconomiques de la santé, groupes sociaux vulnérables, Sénégal.

Abstract

This thesis offers an analysis of inequalities in access to free healthcare in Senegal. Using both theoretical and empirical approaches, this research highlights the socio-economic factors that contribute to inequalities in access to free healthcare. This study aims to explain the structural barriers to accessing free healthcare and propose ways to improve the policy for greater

efficiency and equity. The objective is to understand the socioeconomic, institutional and territorial determinants that promote or hinder access to healthcare, structured around different theoretical and empirical approaches. Several theoretical models from the literature have highlighted the interaction between these structural determinants. These studies served as the basis for analysing the determinants of health inequalities. The conceptual framework has made it possible to go beyond the limitations of a traditional systemic approach to access to healthcare and arrive at a renewed and innovative vision centred on access to free healthcare. We are therefore exploring the relationship between income, education, area of residence and the use of free healthcare, using econometric analysis. Several factors identified in the literature appear to contribute to inequalities in access to free healthcare depending on the region. We therefore conducted a field study in rural areas that focused on analysing the costs associated with free healthcare, particularly the costs of purchasing medicines and transport. The influence of financial barriers to accessing healthcare is not limited to issues of insufficient income alone. It is part of a complex interplay of economic and cultural factors that shape health behaviours and accentuate inequalities in the rural areas in Senegal.