

Réconcilier les Sénégalais avec leur système de santé : quelles solutions pour réduire le renoncement aux soins ?

- Mohamadou Sall, *Université Cheikh Anta Diop de Dakar & Institute for Training and Research in Population, Development and Health Reproduction (IPDSR), Senegal*

Le Sénégal traverse actuellement d'importants changements structurels dans sa population en raison de la diminution des taux de fécondité et de mortalité. Cette transition démographique entraîne une hausse du ratio de dépendance, défini comme le rapport entre la population en âge de travailler et la population dépendante (jeunes et personnes âgées), ce qui accroît le potentiel de croissance et d'investissement du pays (Sall, 2013). Pour tirer pleinement parti de ce dividende démographique et le convertir en croissance économique, il est essentiel de mettre en place des politiques visant à stimuler l'emploi et la productivité des travailleurs. En particulier, l'amélioration de l'état de santé de la main-d'œuvre constitue un objectif central.

Au cours de la dernière décennie, le Sénégal a investi des montants importants en vue d'améliorer la santé de sa population. En 2013, le gouvernement a lancé son programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) qui visait initialement à couvrir 75% de

la population à l'horizon 2017. Cette politique s'est concrétisée par la mise en place de programmes de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes nécessitant des césariennes en raison de leur état de santé (ou de celui du fœtus), ainsi que les individus âgés de 60 ans et plus (Plan Sésame). Plus récemment, en 2022 et 2023, le pays a réalisé de nouveaux investissements en vue d'améliorer l'offre de soins. Cela s'est traduit par la construction de quatre nouveaux hôpitaux de niveau 2 – infrastructures offrant des services en médecine et chirurgie générales, obstétrique, soins d'urgence et soins spécialisés à caractère médical, chirurgical ou psychiatrique. Elles visent prioritairement à desservir des populations isolées dans les régions de Kaffrine, Touba, Kédougou et Sédhiou.

Ces investissements n'impliquent pas forcément une amélioration rapide des indicateurs de santé. Les retombées dépendent de la convergence entre l'offre de soins et les besoins des citoyens. Ainsi, les efforts consentis par



Mohamadou Sall est un démographe titulaire d'une maîtrise en démographie de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) au Cameroun, ainsi que d'un doctorat de l'Université catholique de Louvain en Belgique. Il dirige l'Institut de Formation et de Recherche en Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR) à l'Université Cheikh Diop de Dakar au Sénégal. Ses thèmes de recherche prioritaires sont la santé maternelle, des adolescents et des enfants, la santé communautaire, la protection de l'enfance, la transition démographique, et la couverture sanitaire universelle. Il a travaillé pour la Banque mondiale, l'IDRC-Canada et l'association humanitaire Helen Keller International, et a publié dans des revues scientifiques telles que *Health Policy and Planning*, *Tropical Medicine and International Health* et *American Journal of Clinical Nutrition*.

Contact:

sallmoham@yahoo.fr

les pouvoirs publics ne seront efficaces que s'ils rencontrent l'adhésion de la population. Or, plusieurs facteurs, qu'ils soient objectifs ou subjectifs, peuvent décourager les citoyens à recourir aux soins médicaux et à consulter les professionnels de la santé en cas de maladie ou d'accident. Ces comportements peuvent contribuer à aggraver la santé des personnes gravement affectées, accroître les dépenses de santé à long terme et freiner les gains de productivité. Le refus de recourir aux soins constitue une réalité difficile à appréhender et expliquer. Cette *policy brief* présente des données originales qui contribuent à une meilleure compréhension de l'ampleur et des motivations de ce phénomène dans le contexte sénégalais. Elle propose également des pistes de solution pour réduire ce problème.

Deux grandes logiques décisionnelles du renoncement aux soins

Renoncement-barrière et renoncement-refus : deux causes de rejet du système de santé

On définit le renoncement aux soins comme le fait d'être dans une situation nécessitant des soins médicaux, d'être en droit de recourir aux services offerts, et de renoncer volontairement à exercer ce droit. Le renoncement aux soins reste un concept mal cerné dans la littérature, à quelques exceptions près. On épinglera deux références qui conceptualisent le renoncement. D'une part, Després et al. (2011) soulignent

que « *du point de vue scientifique, le renoncement aux soins, encore peu exploré, vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié* ». Poirot-Mazères (2021) analyse le renoncement sous l'angle du « modèle autonomiste » et comme « le résultat d'une délibération individuelle ». Il le définit comme un choix individuel qui peut être motivé par diverses raisons : « *Renoncer aux soins, c'est ne pas y accéder sciemment, par refus assumé, réticence ou résignation* ».

Les raisons du renoncement aux soins sont regroupées en deux grandes catégories impliquant des logiques décisionnelles différentes (Valmy et al. 2016 ; Després et al. 2011) :

- Le *renoncement-barrière* signifie que l'individu renonce aux soins car ils sont jugés, à tort ou à raison, inaccessibles. Les facteurs de renoncement-barrière incluent les difficultés économiques des patients, la complexité du système de soins, la réglementation pour accéder aux soins, les moyens de déplacement insuffisants.
- Le *renoncement-refus* signifie que l'individu opte pour une manière alternative de traiter son problème de santé. Les facteurs de renoncement-refus incluent le manque de confiance dans le système public de santé, le sentiment de honte et culpabilité que certains patients éprouvent en présence du personnel soignant, les normes culturelles qui les poussent à recourir à d'autres modes de médication et/ou pratiques de soin.

Ces facteurs peuvent agir de façon complémentaires ou être tirés par des causes communes telles que la pauvreté ou le faible niveau d'instruction des populations concernées (Bodenmann et al. 2014).

Enseignements d'une enquête quantitative

Pour mieux cerner l'ampleur du phénomène et ses motivations, nous nous appuyons sur une enquête quantitative menée en 2019-20 auprès de 2.170 ménages dans trois régions du Sénégal – Tambacounda, Diourbel et Thiès. L'objectif principal de l'enquête est de mieux comprendre les disparités spatiales en matière d'accès aux soins de santé et l'impact de la couverture maladie universelle. Un volet de l'enquête a permis d'identifier les individus déclarant avoir récemment renoncé aux soins de santé en situation de besoin, et le motif principal invoqué pour ce renoncement. Les résultats sont illustrés dans la Figure 1.

La Figure 1.a illustre l'ampleur du phénomène. Sur 100 personnes affirmant avoir eu un épisode de maladie ou un accident au cours des 30 jours ayant précédé le passage de l'enquêteur, 41.2 personnes n'ont pas eu recours aux soins de santé et/ou n'ont pas consulté une structure

professionnelle de santé. Ce niveau de renoncement supérieur à 40% peut être qualifié d'élevé. À titre de comparaison, durant l'année 2008, seul 15,4 % de la population française âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (Després et al. 2011).

La Figure 1.b livre la distribution des motivations principales invoquées par les personnes ayant déclaré un renoncement aux soins de santé. Les deux motifs les plus fréquents sont, de loin, la préférence pour l'automédication (41.0% des répondants) et le coût excessif des soins (39.4%). L'importance de l'automédication est indissociable du poids démographique de la cité religieuse de Touba dans l'échantillon. Touba est, avec Dakar, l'un des lieux privilégiés où le commerce de rue des médicaments est le plus répandu. Notons que 14.7% des répondants, soit près d'un répondant sur sept, mettent également en avant le caractère non nécessaire de recourir à une structure professionnelle de santé.

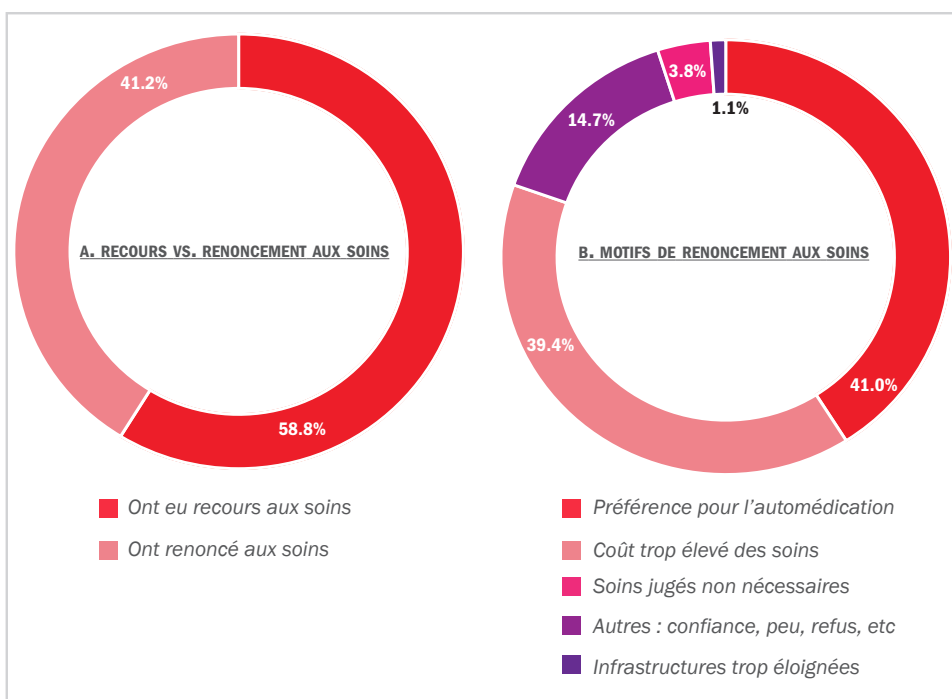


Figure 1: Renoncement aux soins de santé dans trois régions sénégalaises

Le renoncement aux soins est donc un phénomène important au Sénégal, très majoritairement motivé par le recours à des pratiques alternatives d'automédication ou par les contraintes financières. Il est légitime de penser que l'ampleur du phénomène s'explique par le fait que la Couverture Maladie Universelle n'est pas encore suffisamment développée et démocratisée dans les régions reculées du pays, ou ne touche pas les catégories les plus à risque de la population. Qu'en est-il réellement?

L'enquête révèle que sur 100 personnes couvertes par le régime de couverture maladie, 28.7 déclarent avoir renoncé aux soins de santé alors qu'ils étaient en situation de besoin. Par comparaison, sur 100 personnes non couvertes par une assurance maladie, le niveau de renoncement atteint 42.6% des répondants. Nous pouvons également tester si les personnes bénéficiant des programmes de gratuité, tels que les jeunes de 0 à 5 ans ou les personnes du 3^{ème} âge bénéficiant du Plan Sésame, se comportent différemment. Sur 100 personnes bénéficiant de ces programmes de gratuité et qui sont tombées malades au cours des 30 derniers jours, 69 ont consulté des structures professionnelles de santé, et 31 ont renoncé aux soins. Ce sont là des chiffres interpellant.

Les déterminants individuels du renoncement aux soins

Un grand nombre de personnes gravement malades renoncent aux soins de santé

Une analyse statistique multivariée permet d'identifier les déterminants de la probabilité qu'un individu ait renoncé aux soins de santé en situation de maladie ou après un accident. Les facteurs potentiels incluent l'âge, le genre, le revenu et/ou niveau d'instruction, le milieu de résidence, l'affiliation à une assurance maladie, et le type de maladie dont souffre l'individu. Plusieurs conclusions émergent de cette analyse :

- **Age.** – les personnes de plus de 60 ans ont une probabilité plus élevée renoncer aux soins, alors que les mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans ont les probabilités les plus faibles.
- **Genre.** – Les femmes sont moins susceptibles de renoncer aux soins que les hommes,
- **Revenu et niveau d'instruction.** – les personnes ayant un niveau de revenu et/ou d'instruction plus élevé sont moins susceptibles de renoncer aux soins que celles ayant un niveau faible.
- **Milieu de résidence.** – La prévalence du renoncement est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.
- **Couverture maladie.** – Les individus couverts par un régime de couverture santé sont moins enclins à renoncer aux soins que ceux ne disposant pas d'une assurance maladie.
- **Morbidité.** – De manière plus surprenante, les personnes atteintes de maladies chroniques, dégénératives et métaboliques ont plus de chance de renoncer aux soins que celles souffrant d'autres maladies.

Des constats aux recommandations

La proportion relativement élevée de personnes qui renoncent aux soins de santé est révélatrice de l'inaccessibilité de système public de santé pour une fraction très large de la population. La confiance plus grande dans l'automédication et le caractère onéreux des soins sont invoqués par plus de 8 personnes sur 10 parmi ceux ayant renoncé aux soins. Ces deux motifs apparaissent souvent indissociables. En effet, le coût élevé des soins – consultations, examens et médicaments – pousse les individus plus pauvres, moins éduqués ou isolés dans les zones rurales à recourir à l'automédication, perçue comme la seule alternative accessible. Selon l'adage sénégalais, « l'enfant qui ne peut pas téter le sein de sa mère sera obligé de téter celui de sa grand-mère ». L'automédication constitue le choix par défaut par excellence. Le manque de régulation du commerce des médicaments dans la rue incite également à l'automédication et la fait passer comme une alternative parfaitement légale aux yeux des usagers, en particulier ceux dont le niveau d'éducation est faible.

En principe, on attend de la mise en place ou de l'extension d'un système public de couverture maladie qu'il réduise la prévalence du renoncement aux soins. Ceci est d'autant plus vraisemblable que le coût élevé des soins apparaît comme le motif principal de renoncement chez 39,4% des répondants concernés. Ce constat crédibilise la pertinence et la légitimité de la mise en œuvre du programme de couverture maladie universelle et la volonté de l'élargir progressivement à toutes les couches de la population. Dans les faits, les taux de renoncement élevés observés chez les bénéficiaires de la couverture maladie démontrent qu'étendre l'assurance maladie ne garantit pas automatiquement un accès aux soins de qualité répondant aux besoins des populations.

Plusieurs raisons expliquent ce constat. Premièrement, le contenu des paquets offerts par les institutions sanitaires en général, et celle en charge de la couverture maladie universelle en particulier, ne correspond pas toujours à la demande des assurés. Par exemple, rappelons le rôle de la morbidité dans la décision de renoncement aux soins : l'enquête montre que les personnes atteintes de maladies chroniques, métaboliques et dégénératives sont plus enclines à renoncer aux soins que celles atteintes d'autres maladies. Ceci est dommageable dans la mesure où ces maladies, souvent sévères, sont davantage des pathologies du 3^e âge et par conséquent, touchent des personnes assurées et bénéficiant de programmes de gratuité (Plan Sésame) mis en place depuis le début du mandat de l'ancien Président de la République, Abdoulaye Wade.

Deuxièmement, au-delà de l'inadéquation de l'offre de soins, l'enquête révèle également que les dépenses de médicament après consultation sont rédhibitoires. Les achats de médicament constituent le poste de dépense le plus important dans les dépenses de santé des individus et des ménages. C'est particulièrement le cas des médicaments prescrits dans la prise en charge des pathologies observées chez les personnes âgées, qui sont des médicaments de spécialité, rarement disponibles au niveau des points de prestations de santé, et presque exclusivement fournies par les officines/pharmacies privées. Ce coût élevé des médications prescrites est anticipé par les malades et les incite à ne pas consulter les structures publiques de santé.

Troisièmement, l'enquête révèle également que le renoncement est motivé par une perception négative de la qualité et de l'utilité des soins. Rappelons que 14,7 % des répondants déclarent avoir renoncé aux soins parce qu'ils ont prioritairement jugé qu'ils n'étaient

pas nécessaires. Cette perception du caractère inutile des soins renvoie à plusieurs causes possibles et non exclusives :

- Une perception négative de la qualité des services : l'inefficacité des protocoles thérapeutiques, le déséquilibre entre les bienfaits attendus et leurs coûts (consultations, examens, médicaments), le comportement parfois peu avenant des prestataires de santé, l'accueil peu convivial, le non-respect de la confidentialité des résultats médicaux, etc.
- Une banalisation de la maladie et/ou de son caractère temporaire, ce qui se comprend aisément dans le cas de maladies mineures (rhume ou grippe saisonnière), mais semble injustifiable dans le cas de maladies chroniques, métaboliques et dégénératives.
- Une imputation causale/déterministe de la maladie à des événements externes, ce qui entraîne que la prise en charge des maux relève davantage de la médecine traditionnelle que de la médecine moderne. Ces normes culturelles contribuent vraisemblablement à perpétuer le recours à pratiques traditionnelles.

Réduire le renoncement
aux soins requiert une
combinaison de mesures

A la lumière de ces constats, plusieurs recommandations politiques et programmatiques peuvent être formulées pour stimuler la demande de soins et augmenter l'efficacité des investissements publics dans le système de santé :

- Renforcer de l'offre de soins en étoffant le contenu des paquets relatifs aux programmes de gratuité, en assurant la disponibilité de médicaments essentiels au niveau des structures publiques, et en améliorant la qualité des services de santé (formation des praticiens, accueil des patients, confidentialité, etc.).
- Mener des campagnes de sensibilisation et de communication soulignant (i) l'importance des soins (en particulier dans le cas de pathologies chroniques et dégénératives telles que les cancers, maladies rénales et cardiopathies), (ii) l'importance d'une prise en charge rapide pour certaines pathologies, (iii) les dangers de l'automédication et de la consommation des médicaments de la rue.
- Réguler l'offre de soins traditionnels et le commerce de rue des médicaments.
- En matière de gouvernance du système, accélérer la décentralisation de l'offre de soins en général, et celles des soins spécialisés en particulier ; décentraliser les organisations mutualistes à un niveau géographique approprié et professionnaliser les services. Ceci est possible rassemblant les mutuelles communales dans des unions départementales et régionales afin qu'elles puissent enrôler le maximum de personnes.

L'état des connaissances sur la demande de santé et les causes du renoncement nous incite également à recommander la conduite et le financement de recherches scientifiques additionnelles sur le processus décisionnel menant au renoncement. Cela implique d'améliorer la compréhension des déterminants spécifiques du renoncement-barrières et du

renoncement-refus selon le type de soin concerné (le long de la pyramide sanitaire) et de mesurer l'impact des diverses réformes, politiques ou programmatiques, énoncées plus haut. Des expériences pilotes peuvent être menées dans des régions ou domaines de santé prioritaires, puis soumises à des évaluations rigoureuses avant un possible passage à l'échelle.

References

Bodenmann, Patrick & Wolff, Hans & Bischoff, Thomas & Herzig, Lilli & Warin, Philippe & Chatelard, Sophia & Burnand, Bernard & Favrat, Bernard & Panese, Francesco & Guessous, Idris (2014). Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ? *Revue Médical Suisse*, 452(0), 2258–2263.

Desprès, Caroline (2013). Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences Sociales et Santé*, 32, 71-96.

Poirot-Mazères, Isabelle (2020). Le renoncement aux soins. In: Jacquinot, Nathalie (dir.), *Le renoncement en droit public*, Presses de l'Université Toulouse I Capitole.

Sall, Mohamadou (2013). Mutations démographiques. Enjeux pour le développement. In: *Sénégal 2000-2012. Les institutions et politiques publiques à l'épreuve d'une gouvernance libérale*, Paris, Karthala, Collection Hommes et Sociétés, 449-461

Valmy, Larissa & Gontier, Barbara & Parriault, Marie Claire & Van Melle, Astrid & Pavlovsky, Thomas & Basurko, Célia & Grenier, Claire & Douine, Maylis & Adenis, Antoine & Nacher, Mathieu (2016). Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. *BMC Health Serv Res.* 16: 34.