

Accès au traitement préventif intermittent (TPI) dans une situation de gratuité : rôle du bien-être économique

Access to intermittent preventive treatment (IPT) in a situation of abolition of user's fee:
role of economic welfare

A. Faye · N.M. Manga · I. Seck · K. Niang · M.M. Leye · M. Diagne-Camara · M. Diongue · M. Ba · P. Ndiaye ·
A. Tal-Dia

Reçu le 21 avril 2011 ; accepté le 25 octobre 2011
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

Résumé Au Sénégal, la distribution gratuite de médicaments lors des consultations prénatales est préconisée pour supprimer les disparités. L'objectif de cette étude est d'étudier les facteurs influençant l'accès au traitement dans une situation de gratuité. Il s'agit d'une étude transversale et analytique portant sur un échantillon de 1 906 femmes âgées de 15 à 49 ans tiré au sort lors de l'enquête nationale sur le paludisme au Sénégal. Les données ont été collectées lors d'un entretien individuel. Le bien-être économique était mesuré à partir des caractéristiques du logement et des biens durables. L'analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'une régression logistique. La moyenne d'âge des femmes était de $27,9 \pm 5,34$; 64,3 % résidaient en milieu rural ; 71,8 % des femmes n'avaient reçu aucune instruction. Parmi les femmes étudiées, 23 % étaient dans le quintile le plus pauvre tandis que 16,3 % étaient dans le plus riche. Le traitement préventif intermittent (TPI) était effectué dans 49,3 % des cas. Le TPI était plus souvent réalisé en milieu urbain (OR : 1,45 ; IC 95 % : [1,17–1,72]). Il augmentait avec le niveau d'instruction avec un OR à 1,5 au primaire et 1,68 au secondaire et plus. La réalisation du TPI augmentait avec le bien-être économique. L'OR variait de 1,44 au deuxième quintile à 2,95 pour les plus riches. La gratuité ne profite pas souvent

aux plus pauvres. D'autres mesures d'accompagnement devront être développées pour faciliter la distribution des médicaments particulièrement au niveau communautaire avec l'implication des populations. *Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 105 (2012).*

Mots clés Gratuité · Bien-être économique · Traitement préventif intermittent · Paludisme · Sénégal · Afrique intertropicale

Abstract In Senegal, the free distribution of sulfadoxine pyrimethamine during antenatal care is recommended to remove the disparity in the context of intermittent preventive treatment against malaria. The objective of this study was thus to identify factors influencing access to treatment in a situation of abolition of user fees. It was a cross-sectional and analytical study. It covered a sample of 1906 women aged 15–49 years randomly selected during the national survey on malaria in Senegal. Data were collected during a personal interview. The economic well-being was measured from the characteristics of housing and durable goods. The multivariate analysis was performed using logistic regression. The average age was 27.94 ± 5.34 , 64.27% resided in rural area and 71.8% had received no schooling. Among the surveyed women, 23% were in the poorest quintile, while 16.3% were in the richest. Intermittent preventive treatment was performed in 49.3%. IPT were made more in urban areas (OR 1.45 95% [1.17 to 1.72]). It increased with the level of education with an OR of 1.5 and 1.68 in primary and secondary. The completion of the IPT increased with economic welfare. The OR ranged from 1.44 to 2.95 in the second quintile to the richest. Free medication does not necessarily benefit poor people. Other accompanying measures must be developed to facilitate the distribution of drugs particularly at community level with the involvement of people. *To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 105 (2012).*

A. Faye (✉) · I. Seck · K. Niang · M.M. Leye ·
M. Diagne-Camara · M. Diongue · M. Ba · P. Ndiaye · A. Tal-Dia
Institut de santé et développement,
université Cheikh-Anta-Diop, Dakar, Sénégal
e-mail : adamafaye94@hotmail.com, adama.faye@umontreal.ca

A. Faye
Département de médecine sociale et préventive,
université de Montréal, Montréal, Canada

N.M. Manga
Clinique des maladies infectieuses,
Dakar-Fann, Sénégal

Keywords User's free · Economic welfare · Intermittent preventive treatment · Malaria · Senegal · Sub-Saharan Africa

Introduction

Selon l'OMS, 3,3 milliards de personnes sont à risque d'infection par le paludisme dont 1,2 milliard sont à haut risque, principalement en Afrique (49 %). Sur le million de décès annuels dus au paludisme, environ 91 % se produisent en Afrique et 85 % chez les enfants de moins de cinq ans [24]. Le paludisme a des conséquences économiques graves. En effet, il représente 40 % des dépenses de santé publique en Afrique [6], entravant ainsi la scolarité des enfants et le développement social.

Au Sénégal, le paludisme est la première cause de morbidité générale, motif de 30 % des consultations [13]. La prévention constitue l'un des axes majeurs de la lutte contre le paludisme. Elle porte essentiellement sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et le traitement préventif particulièrement chez la femme et les enfants de moins de cinq ans. Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme lors de la grossesse en réduisant l'anémie et le petit poids de naissance, améliore la santé de la mère et de l'enfant [7]. Au Sénégal, le nouveau plan stratégique quinquennal 2006–2010 prévoit d'amener la couverture en TPI chez la femme enceinte de 24 à 80 %.

La gratuité répond à une logique de justice sociale qui vise à éviter aux plus pauvres d'être marginalisés et de tomber dans une exclusion permanente [3]. Dans la plupart des pays où ces politiques ont été mises en place, elles ont favorisé l'accès aux soins des pauvres [5,18], réduisant ainsi les inégalités sociales de santé [11,13,26]. Cependant, certains écrits montrent qu'elle ne profite pas toujours aux plus pauvres [2,10,16]. Dans certains contextes, elles auraient même plus profité aux non-pauvres qu'aux pauvres [4,10,15].

L'objectif de cette étude est d'étudier les facteurs influençant l'accès au traitement dans une situation de gratuité.

Cadre d'étude

Le Sénégal compte une population de 10 564 300 habitants, dont près de 58 % sont analphabètes ; 52 % des ménages se considèrent comme pauvres et 2,4 % des avoirs des ménages sont consacrés à la santé [1]. Environ un quart de la population a accès aux structures sanitaires après 30 minutes de marche. Cette situation est plus fréquente en milieu rural (40 %) [1]. Aujourd'hui, le Sénégal compte 56 formations sanitaires où les consultations prénatales ont lieu quotidiennement. Le prix de la consultation prénatale est de 300 FCfa

au niveau des postes et des centres de santé. Il est entièrement pris en charge par les patientes. Les activités de lutte contre le paludisme sont coordonnées par le programme national de lutte contre le paludisme. Les stratégies préventives sont orientées essentiellement sur l'utilisation de moustiquaires préimprégnées, la pulvérisation intradomiciliaire et le TPI.

Le TPI est une stratégie qui consiste à administrer aux femmes enceintes une dose de sulfadoxine pyrimétamine (SP), lors d'une consultation prénatale, après le premier trimestre de la grossesse. Dans les zones endémiques du paludisme, l'OMS recommande d'administrer aux femmes enceintes une dose de SP au début du deuxième trimestre de la grossesse et une dose au début du troisième trimestre.

Méthode

Type et population d'étude

Il s'est agi d'une enquête transversale descriptive et analytique portant sur les femmes âgées de 15 à 49 ans dans l'ensemble du territoire sénégalais.

Échantillonnage

Un échantillon national représentatif de 3 300 ménages (soit 0,3 % de l'ensemble des ménages) a été tiré au sort. La procédure d'échantillonnage retenue était un tirage aréolaire, stratifié à deux degrés. Au premier degré de sondage, 150 grappes (62 en milieu urbain et 88 en milieu rural) ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille (basée sur le nombre de ménages). Au second degré de sondage, un tirage aléatoire de 22 ménages a été effectué dans chaque grappe à partir de la liste des ménages dénombrés. Dans chaque ménage tiré au sort, toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, résidentes habituelles ou visiteuses, ont été individuellement enquêtées.

Collecte des données

La collecte des données sur le terrain s'est effectuée entre le 24 novembre et le 28 décembre 2006. Il s'agissait d'un entretien individuel à domicile à l'aide de questionnaires.

Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, matériaux de construction, disponibilité de l'électricité, de radio, de téléphone, de réfrigérateur, de climatiseur, d'ordinateur, etc.), la possession de biens à type de voiture, de bicyclette, etc. Le score de bien-être a été calculé à partir des caractéristiques du logement et de la disponibilité de biens. La présence est notée un et l'absence zéro. L'historique des

naissances des six dernières années, la grossesse ainsi que la prise de deux doses de SP lors de la dernière grossesse ayant abouti à une naissance sont documentées.

Saisie des données

Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Une description des variables qualitatives par la proportion et des variables quantitatives par la moyenne et l'écart type a été effectuée. L'analyse bivariée, basée sur la comparaison des proportions, a été réalisée à l'aide du Chi². Une régression logistique multiple a été réalisée à l'aide du logiciel R. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats

Au total, 1 906 femmes âgées de 15–49 ans ont été étudiées (Tableau 1). La moyenne d'âge était de $27,94 \pm 5,34$. Parmi les femmes étudiées, 64,3 % résidaient en milieu rural, 71,8 % n'avaient reçu aucune instruction, tandis que 7,5 % avaient atteint au moins le niveau secondaire. Parmi les femmes enquêtées, 23 % étaient dans le quintile le plus pauvre, tandis que 16,3 % étaient dans le quintile le plus riche. Les autres étaient dans le deuxième, le moyen et le quatrième pour respectivement 20,9, 20,7 et 19,1 % des femmes. Le TPI était rapporté dans 49,2 % des cas.

Les résultats de l'analyse multivariée (Tableau 2) montrent que les TPI étaient plus souvent réalisés en milieu urbain (OR : 1,45 ; IC : 95 % : [1,17–1,72]). La réalisation du TPI augmentait suivant le niveau d'instruction avec un OR à 1,5 au niveau primaire et 1,68 au niveau secondaire et plus. La réalisation du TPI était moins fréquente dans toutes les régions autres que celle de Dakar. Cette différence n'était pas statistiquement significative pour les régions de Diourbel et de Kolda. La réalisation du TPI était presque trois fois moins importante à Matam et à Tambacounda et deux fois à Fatick et à Kaolack. La réalisation du TPI augmentait avec le bien-être économique. Elle variait de 1,44 fois au deuxième quintile à 2,95 fois pour les plus riches.

Discussion

Les résultats de notre étude qui a été menée chez 1 906 femmes âgées de 15 à 49 ans montrent que la réalisation du TPI était de 49,3 % au niveau national. Elle était liée au milieu de résidence, au niveau d'instruction et au score de bien-être économique.

La couverture (réalisation de deux TPI) de 49,3 % est largement inférieure aux objectifs du programme national (80 %) et à ceux fixés par les chefs d'État lors de la confé-

Tableau 1 Caractéristiques des femmes étudiées ($n = 1\,906$) / *Characteristics of inquired women ($n = 1,906$).*

	Nombre	Pourcentage
Habitation		
Milieu rural	1 225	64,3
Milieu urbain	681	35,7
Instruction		
Aucun	1 368	71,8
Primaire	397	20,8
Secondaire et +	142	7,4
Régions		
Dakar	326	17,1
Diourbel	226	11,9
Fatick	127	6,7
Kaolack	206	10,8
Kolda	221	11,6
Louga	122	6,4
Matam	68	3,6
Saint-Louis	135	7,1
Tambacounda	145	7,6
Thiès	270	14,2
Ziguinchor	60	3,5
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	439	23,0
Deuxième	398	20,9
Moyen	395	20,7
Quatrième	364	19,1
Le plus riche	311	16,3
Traitement préventif intermittent		
Oui	940	49,3
Non	966	50,7

rence d'Abuja (60 %). Cette situation est plus préoccupante en milieu rural où la couverture est presque une fois et demie moins importante qu'en milieu urbain. Elle est aussi plus importante dans les régions les plus pauvres du Sénégal (Tableau 2) [1].

La difficulté d'accès aux structures sanitaires peut être l'une des explications. En effet, en milieu rural se pose le problème de transport et de distance. La question de l'accessibilité géographique se pose ainsi avec plus d'acuité et apparaît comme un des déterminants les plus significatifs de l'accès aux soins des populations dans ces zones [23]. Ainsi, même gratuit, l'accès aux médicaments peine à profiter aux pauvres dans la mesure où ces derniers n'arrivent pas toujours à résoudre la problématique de l'accessibilité géographique qui se dresse en amont de l'offre de traitement.

Par ailleurs, les résultats du Tableau 2 montrent que la couverture augmente avec le bien-être économique, alors que l'objectif de la gratuité des médicaments était de réduire ces inégalités. Le fait que la distribution gratuite des

Tableau 2 Facteurs liés au traitement préventif intermittent (TPI) [régression logistique multiple] / *Factors related to the intermittent preventive treatment (multiple logistic regression).*

	Nombre	Pourcentage de TPI	OR	IC 95 %
Habitation				
Milieu rural	566	46,2	1	
Milieu urbain	374	54,9	1,42	[1,17–1,72]
Instruction				
Aucun	633	46,3	1	
Primaire	224	56,4	1,50	[1,19–1,89]
Secondaire et +	84	58,9	1,68	[1,17–2,43]
Régions				
Dakar	200	61,2	1	
Diourbel	122	54,0	0,74	[0,52–1,06]
Fatick	51	40,5	0,43	[0,30–0,63]
Kaolack	84	40,7	0,42	[0,27–0,66]
Kolda	127	57,3	0,85	[0,59–1,22]
Louga	57	46,8	0,55	[0,36–0,86]
Matam	23	33,4	0,32	[0,18–0,58]
Saint-Louis	58	43,1	0,47	[0,31–0,73]
Tambacounda	50	34,6	0,33	[0,22–0,51]
Thiès	141	52,4	0,69	[0,49–0,97]
Ziguinchor	27	45,0	0,52	[0,29–0,93]
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	165	37,5	1	
Deuxième	185	46,5	1,44	[1,08–1,92]
Moyen	184	46,6	1,45	[1,09–1,93]
Quatrième	208	57,1	1,76	[1,33–2,34]
Le plus riche	199	64,0	2,95	[2,16–4,04]

médicaments se fasse à la structure sanitaire où s'applique la participation financière exigée aux usagers explique sûrement cela. En effet, la politique se déroule dans le contexte de l'initiative de Bamako (IB), caractérisée par le principe de l'utilisateur-payeur reposant sur le paiement direct [20,22]. Ce principe impose le paiement d'un ticket modérateur avant l'accès à la consultation prénatale. Pour de nombreux auteurs, il constitue un facteur bloquant à l'accès aux soins des pauvres [11,14]. Il serait même, à l'origine de l'exclusion des services de santé d'une partie de la population, entre 15 à 30 % [3]. Son effet est encore plus désastreux pour les plus pauvres entraînés vers une exclusion permanente des services de santé [4,17,19,27]. L'accès différentiel à la politique de gratuité des médicaments dans le cadre du TPI semble s'expliquer par l'obligation pour les patients de payer avant d'accéder aux structures sanitaires. Ceux qui n'ont pas les moyens profitent difficilement de la mesure. Il s'y ajoute, selon de nombreux auteurs que la gratuité des consommables comme les médicaments n'est pas suffisante pour favoriser l'accès des pauvres aux systèmes de soins. Les frais additionnels restant à la charge du patient comme le prix du transport sont souvent plus chers que l'acte médical

[9,12]. Des études menées en Ouganda et en Tanzanie ont montré que la gratuité des consommables n'élimine pas toutes les barrières d'accès pour les pauvres qui restent toujours sous la menace de dépenses imprévisibles pouvant être rapidement catastrophiques [8]. La distribution au niveau communautaire pourrait être une solution en impliquant les relais et les organisations communautaires de base comme cela se fait pour d'autres programmes.

Dans une étude comparative entre les systèmes d'exemption du Ghana et du Sénégal, Witter et al. [25] ont montré une différence relative dans le niveau d'utilisation des services d'accouchement entre les femmes les plus scolarisées et les femmes les moins scolarisées [24]. Leurs travaux montrent que le bénéfice de la politique d'exemption est corrélé au niveau d'instruction. Ces résultats se confirment dans notre étude où on observe que les femmes non instruites ont moins de chance de prendre un traitement intermittent et que cette chance augmente avec le niveau d'instruction. Selon l'OMS, le niveau d'instruction constitue un déterminant à la santé dans la mesure où elle est associée à une meilleure connaissance des questions de santé et contribue à élargir la « capacité » d'un individu, c'est-à-dire augmente sa

capacité à convertir en réalisation personnelle et effective l'avantage et les opportunités d'une politique [20,21].

Cependant, cet article présente certaines limites. Le bien-être économique a été calculé à partir de critères qui peuvent ne pas avoir le même poids en milieu urbain et rural. Cela pose la difficulté de la mesure de cet indicateur. L'utilisation de la SP dépend de la disponibilité du produit dans les structures sanitaires, et cette dernière n'a pu être appréciée dans cette étude.

Conclusion

Le TPI constitue l'une des stratégies majeures de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte. Le Sénégal a opté pour la gratuité des médicaments antipaludiques pour faciliter l'accès au traitement, permettant ainsi d'améliorer la couverture sanitaire. Cependant, les résultats de notre étude montrent que la gratuité ne profite pas toujours aux plus pauvres.

D'autres mesures d'accompagnement devront être développées pour faciliter la distribution des médicaments particulièrement au niveau communautaire avec l'implication des populations. C'est ainsi seulement qu'on pourra atteindre certaines cibles vulnérables. L'atteinte des objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement se fera à ce prix.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANDS) (2007) Enquête de suivi la pauvreté au Sénégal 2005–2006, 89 p
2. Asante FA, Chikwama C, Daniels A, Armar-Klemesu M (2007) Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Med J* 41(3):110–7
3. De La Rocque M (1996) Équité et exclusions des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Santé* 6(6):341–4
4. Diallo Y (2003) Pauvreté et maladie. In: Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (eds). Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. APAD, Karthala, Hommes et Sociétés, Marseille (FRA), Paris, pp 157–216
5. Ensor T, Ronoh J (2005) Effective financing of maternal health services: a review of the literature *Health Policy* 75(1):49–58
6. Gallup JL, Sachs JD (2001) The Economic Burden of Malaria. *Am J Trop Med Hyg* 164(1–2 Suppl):85–96
7. Hommerich L, von Oertzen C, Bedu-Addo G, et al (2007) Decline of placental malaria in southern Ghana after the implementation of intermittent preventive treatment in pregnancy. *Malar J* 6:144
8. Kivumbi G, Kintu F (2002) Exemptions and Waivers from cost sharing: ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. *Health Policy Plan* 17(Suppl):64–71
9. Kruk M, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S (2008) User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 13(12):1442–51. Epub 2008 Oct 22
10. Leighton C, Diop F (1995) Protecting the poor in Africa: impact of means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal. *Health Financing and Sustainability (HFS)*, Project-ABT Associates Inc, Bethesda, MD, p 42
11. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H (2005) Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy Plan* 20(2):100–8
12. Nanda P (2002) Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reprod Health Matters* 10(20):127–34
13. Ndiaye P, Tal-Dia A, Diedhiou A, et al (2006) L'automédication de la fièvre dans le district Nord de Dakar au Sénégal. *Med Trop* 66(1):74–8
14. Nolan B, Turbat V (1995) Cost-recovery in Public Health services in Sub-Saharan Africa. EDI Technical Materials, Ed. Banque mondiale
15. Ouendo M (2000) Équité dans l'application de l'initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution. Conférence Internationale : financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie. Clermont-Ferrand, France
16. Ouendo EM, Makoutodé M, Paraiso MN, et al (2005) Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé). *Trop Med Int Health* 10(2):179–86
17. Peabody JW (1996) Economic reform and health sector policy: lessons from structural adjustment programs. *Soc Sci Med* 43(5):823–35
18. Penfold S, Harrison E, Bell J, Fitzmaurice A (2007) Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Med J* 41(3):100–9
19. Ridde V (2004) L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. The World Bank, Washington, 54 p [<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf>]
20. Ridde V, Girard JE (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* 16(1):37–51
21. Sen AK (1993) Capability and Well-Being. In: Nussbaum M, Sen A (eds) *The Quality of Life*. Oxford Clarendon Press, New York, pp 30–53
22. Tizio S, Flori YA (1997) L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? *Revue Tiers Monde* 38(152):837–58
23. Tonglet R, Soron'gane M, Isu K, Hennart P (1991) Moduler l'accessibilité géographique des services de santé. *Santé* 1(3):202–8
24. WHO (2008) *World Malaria Report 2008*. Geneva, WHO 22
25. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T (2008) National fee exemption schemes for delivery: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V (eds) *Reducing the financial barriers to access to obstetric care*. Studies in Health Services Organisation and Policy series. ITG Press, Antwerp, pp 167–98
26. Xu K, Evans DB, Kadama P, et al (2006) Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 62(4):866–76
27. Yates R (2009) Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 373(9680):2078–81. Epub 2009 Apr 9