Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats

35 | 2013
Quand la santé des femmes rejoint la lutte pour l'égalité des droits

Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ?

Oumar Mallé Samb, Loubna Belaid et Valéry Ridde

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/humanitaire/2256
ISSN : 2105-2522

Éditeur
Médecins du Monde

Édition imprimée
Date de publication : 1 juin 2013
Pagination : 34-43
ISSN : 1624-4184

Référence électronique
Oumar Mallé Samb, Loubna Belaid et Valéry Ridde, « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? », *Humanitaire* [En ligne], 35 | 2013, mis en ligne le 08 janvier 2014, consulté le 24 octobre 2022. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/2256

Tous droits réservés

Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ?

Par Oumar Mallé Samb, Loubna Belaid et Valéry Ridde

Les trois auteurs de cet article ont mené deux études en 2010 et 2011 dans deux régions du Burkina Faso durant six mois passés sur le terrain. S'ils constatent que la gratuité des soins permet indéniablement un meilleur accès des femmes au système de santé, ils remarquent qu'elle ne met pas fin pour autant aux discriminations dont ces dernières sont victimes. Ce faisant, ils font leur cette affirmation d'Amartya Sen : « L'indépendance économique tout comme l'émancipation sociale des femmes créent une dynamique qui remet en cause les principes gouvernant les divisions, au sein de la famille et dans l'ensemble de la société et influence tout ce qui est implicitement reconnu comme étant leurs "droits". »

« Une femme enceinte a un pied dans la tombe et un pied sur terre », affirme un dicton africain. Cet aphorisme peut choquer, mais il reflète bien la réalité que vivent beaucoup de femmes sur le continent africain, notamment dans la région sahélienne, là où surviennent 99 % des décès maternels[1]. Dans cette région, le Burkina Faso fait partie des pays les plus touchés. Le risque de mortalité maternelle y est estimé à 300 décès pour 100 000 naissances vivantes et on estime que 2 100 femmes sont décédées en 2010 pour des raisons liées à l'accouchement[2]. Les causes de ces décès sont principalement des hémorragies, des infections et des rétentions placentaires qui auraient pu être évitées dans la majorité des cas si les femmes avaient eu un accès adéquat et rapide au système de santé avec du personnel qualifié. Or, l'accessibilité géographique (distance, manque de transport, absence d'ambulances), économique (capacité de faire face au paiement des soins de santé) et sociale (genre, pouvoir décisionnel) sont les principales barrières auxquelles doivent faire face les femmes pour accéder aux services de santé.

Même lorsqu'elles parviennent à rallier le système de santé, les femmes sont parfois confrontées à des relations difficiles avec les professionnels de la santé : violence verbale et parfois physique, réclamations de paiements abusives. Or, ces relations constituent une dimension importante, non seulement dans le choix d'utilisation des services de santé, mais aussi dans la satisfaction des patientes.

1. C. Ronsmans et W. Graham, « Maternal mortality : who, when, where, and why », *Lancet*, vol. 368, n° 9542, 2006, p. 1189-1200.

2. UNFPA, « Objectifs du millénaire pour le développement », Rapport 2012, http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/French2012.pdf

Cependant, de toutes ces barrières, la plus déterminante reste celle relevant de l'économique. Car en plus de restreindre l'accès aux soins des femmes, elle affaiblit ou maintient leur position sociale en les contraignant à réclamer des ressources à leur conjoint ou à adopter des stratégies nuisibles à leur statut, comme vendre certains biens du ménage ou s'endetter auprès de la parentèle ou des voisins.

Les interventions de gratuité des soins au Burkina Faso

Pour abaisser ces barrières à l'utilisation des services de santé maternelle, le gouvernement burkinabè a mis en place en 2006 une politique nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui prend en charge 80 % des frais normalement exigés aux patientes. Cette politique est entièrement financée par l'État et son budget a été voté par le parlement pour la période 2006-2015. À cette politique nationale se sont ajoutés, dans certains districts, des programmes complémentaires mis en place par des ONG ou des communes rurales qui prennent en charge les 20 % restants pour les frais d'accouchements normaux. Pour les césariennes, ces mêmes acteurs, en s'associant avec les districts sanitaires qui désirent utiliser leurs fonds propres, s'organisent parfois pour subventionner le montant réclamé aux femmes. Les accouchements et les césariennes sont donc devenus gratuits pour les femmes de quelques districts du pays.

Depuis la mise en œuvre de ces différentes interventions, plusieurs études se sont intéressées à leurs effets sur le plan de l'utilisation des services de santé et des dépenses des ménages. Toutefois, rares sont les études qui se sont centrées sur les effets concernant l'autonomie et le pouvoir de négociation des femmes, ainsi que leur relation avec les soignants. Or, ces dimensions sont importantes dans le choix des femmes pour recourir à du personnel qualifié lors de leurs accouchements. Ainsi, pour étudier ces effets, nous avons mené des études qualitatives dans trois districts sanitaires (Dori, Sebba, Djibo) du Burkina Faso. L'objectif est d'étudier les effets de la subvention du paiement des soins sur le « pouvoir d'agir » (traduction du concept anglo-saxon d'*empowerment* des femmes) et sur leur relation avec les soignants.

Les effets de la gratuité des soins sur le pouvoir de décision sanitaire des femmes

La subvention du paiement des accouchements a induit des changements sur la position des femmes. La plupart de celles que nous avons rencontrées soulignent qu'elles n'ont plus besoin de négocier avec leurs maris pour obtenir l'argent du paiement des frais d'accouchement. Cette nouvelle situation a contribué à réduire significativement les délais d'utilisation des services de santé comme le note l'une d'entre elles : « Maintenant, je n'attends plus, à chaque fois que je sens que le travail commence, je vais voir le médecin. » En revanche, la quasi-totalité des femmes rencontrées reconnaît solliciter toujours l'aval de leurs maris avant d'aller au centre de santé et de promotion sociale (CSPS), formation sanitaire de première ligne. Cependant, on peut considérer que cela relève davantage d'un respect des traditions que d'un « sésame » indispensable à leur utilisation des services sanitaires comme l'illustrent ces propos d'une femme : « J'informe mon mari juste pour qu'il sache où je vais, mais je suis sûr qu'il ne m'interdit plus… comme je ne lui demande plus de payer. »

Lors de nos travaux, nous avons pu comprendre l'évolution de ces relations intraconjugales avec la mise en place de ces subventions du paiement des accouchements. Grâce à ces dernières, les femmes ont acquis un certain pouvoir de décision sanitaire. Ce qui traduit un changement notable dans des sociétés où, pendant longtemps, la décision de recourir aux services de santé pour les femmes en cas de besoin était suspendue à l'appréciation exclusive du mari[3], car c'est lui qui contrôle les ressources du ménage et décide de leur allocation.

Dans les districts concernés par nos études, ces relations asymétriques, faites de subordinations, s'effritent au profit de relations plus équilibrées où la femme acquiert de plus en plus le pouvoir de décider de son itinéraire thérapeutique.

L'impact de ce changement s'est fait ressentir jusqu'aux indicateurs des services de santé qui se sont nettement améliorés, comme le souligne un infirmier-chef de poste (ICP) : « Les interventions ont fait que les fréquentations des maternités ont augmenté et même doublé donc, du coup, en

3. B. Nikièma, S. Haddad et Louise Potvin, « Women bargaining to seek healthcare : norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso », *World Development*, vol. 36, n° 4, 2008, p. 608.

rendant plus facile et plus rapide l'utilisation des services, elles ont permis de résoudre des problèmes comme les accouchements à domicile qui entraînent des morts. » Le fait que les femmes n'aient plus besoin de s'inquiéter de la mobilisation des ressources pour se rendre au CSPS a facilité, et surtout encouragé, cette hausse de fréquentation des services de santé maternels. Des études quantitatives ont en effet montré combien la gratuité, davantage que la seule subvention, permettait à beaucoup plus de femmes de se rendre dans une maternité pour accoucher.

La gratuité des soins a permis d'éliminer cette pression exercée sur les femmes pour vendre leurs biens ou s'endetter pour utiliser les services de santé. Une étude dans cette région a par exemple montré que lorsque la gratuité des accouchements était bien appliquée, pratiquement plus aucune femme ne réalisait de dépenses excessives pouvant avoir des conséquences tragiques sur l'économie des ménages[4]. Ces différentes stratégies d'accès aux ressources, courantes dans ces contextes marqués par la pauvreté, impliquaient des coûts sociaux souvent désastreux sur l'estime de soi des femmes, obligées de dévoiler leur intimité familiale et la situation de pauvreté dans laquelle elles vivaient. Le fait qu'elles ne soient plus obligées d'y recourir est perçu par la plupart d'entre elles comme un élément de préservation de leur dignité et de renforcement de leur estime de soi : « La maladie peut venir et tu n'as rien, ton mari, non plus. Tu ne pouvais alors qu'aller chez les autres demander. Maintenant que c'est gratuit, on n'a plus à vivre cette honte de demander partout. »

Dans un autre contexte, une évaluation du programme mexicain de transfert monétaire aboutissait aux mêmes résultats. Le fait pour les femmes de n'avoir plus à demander de l'argent à leurs maris chaque jour pour satisfaire certains besoins s'était traduit par une augmentation de leur estime de soi[5], un élément essentiel du pouvoir d'agir individuel. Pour Amartya Sen, elle constitue « peut-être le plus essentiel des biens premiers, celui sur lequel devrait se concentrer toute théorie de la justice comme équité[6] ».

Enfin, nos études montrent que la subvention des soins a aussi favorisé le renforcement de la position des femmes au sein de leur ménage. Certaines soutiennent qu'elles n'apparaissent plus comme la cause des dépenses catastrophiques de leur foyer, ce qui a contribué à renforcer le respect qui leur est dû

4. A. Ameur, V. Ridde *et al.*, « User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso : the need for careful implementation », *BMC Health Services Research*, vol. 12, n° 1, 2012, p. 412.

5. M. Adato, B. de la Brière *et al.*, « The impact of progresa on women's status and intrahousehold relations », Washington, *International Food Policy Research Institute Food Consumption and Nutrition Division*, 2000.

6. A. Sen, *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2000.

au sein du couple : « Il y a du respect maintenant : avant tu pouvais demander et ne pas avoir, ce qui rendait le climat triste entre nous », confie une femme. Des propos corroborés par une autre qui souligne que le fait que son mari « ne dépense plus pour sa santé fait que la causerie est bonne maintenant ».

Cependant, l'argent non déboursé pour les frais de santé ne semble pas avoir profité économiquement aux femmes. Car même si l'exemption a permis à certaines de ne plus avoir à dépenser le peu qu'elles gagnent pour aller accoucher au CSPS, la majorité reconnaît qu'elles n'ont pas profité de cet argent, pas plus qu'auparavant. « Je ne prends plus le peu qu'il gagne, donc ça lui permet d'économiser. Mais je n'en profite pas. On cause seulement bien maintenant. »

Cette situation peut s'expliquer par le fait que dans ces contextes, les femmes n'ont qu'un accès limité aux ressources du ménage, même si elles contribuent à la production des biens.

Des relations de pouvoir toujours tendues avec les professionnels de la santé

En ce qui concerne la relation soignant-soignée, elle semble avoir peu évolué et reste toujours heurtée, malgré l'application de la subvention du paiement : « Quand tu vas payer des produits à la pharmacie, ils escroquent ton argent. J'ai eu à payer des produits là-bas qui montaient de 35 à 50 000 francs CFA. Elle grondait (l'accoucheuse). Toi-même tu sais qu'une femme qui vient pour accoucher ne peut jouir de toutes ses facultés. Mais malgré tout ça elle te gronde. »

De tels propos témoignent que les paiements informels et la violence verbale sont des comportements qui subsistent dans certains CSPS, formant ainsi souvent un obstacle à l'accès aux soins, même si la barrière financière a été en partie levée. Cette situation ne se limite malheureusement pas au seul contexte du Burkina Faso. On la retrouve presque à l'identique dans plusieurs autres pays de la région, notamment en Gambie où la peur de la punition infligée par les agents de santé, leur attitude négative et leur négligence à l'égard des patientes constituent un véritable frein au recours aux soins de santé.

Ces attitudes à l'égard des patients peuvent être considérées *comme des formes de pouvoir* qu'exercent les agents de santé pour maintenir une distance avec leurs patients et renforcer « leurs supériorités[7] ». En effet, « l'ignorance » ou « l'illettrisme » sont souvent des termes utilisés par les agents de santé pour caractériser les femmes.

Par conséquent, ces formes de pouvoir contribuent non seulement à la détérioration des relations déjà asymétriques entre le soignant et la parturiente, mais elles tendent également à réduire l'efficacité des interventions de santé maternelle en agissant comme des forces antagoniques. À ce sujet, plusieurs études ont montré que les agents de santé ne permettent pas toujours aux femmes de bénéficier de ces politiques de subventions. Par exemple au Niger, un système payant, parallèlement à l'exemption officielle, a été mis en place par les agents de santé[8]. De la même façon au Ghana, des agents de santé ont modifié la politique d'exemption en offrant que partiellement la subvention et en ne respectant pas le prix subventionné[9].

Face à ces attitudes néfastes, il arrive parfois que les populations se soulèvent pour vilipender des comportements intolérables, comme ce fut le cas en 2011 lorsque des habitants d'un quartier ont mis le feu à une maternité dans l'ouest du Burkina Faso par suite du décès d'une parturiente en travail[10]. Mais dans des régimes semi-autoritaires, ce type de réaction reste rare, contrairement par exemple à l'Inde où une association de femmes a réussi à mettre en place un système téléphonique de plaintes pour que les agents de santé respectent la gratuité des soins décidés par l'État[11]. Tout n'est cependant pas négatif et des « îlots » de changement positif semblent exister dans certains CSPS de nos terrains d'études où des femmes ont relaté des améliorations du comportement de la part de certains agents de santé vers plus de disponibilité et de professionnalisme : « Quand nous partons, ils nous accueillent bien. Même si nous arrivons à minuit, ils se lèvent pour nous accueillir. Maintenant, les agents de santé nous ont conseillé de venir là-bas accoucher. »

Mais ces changements ne peuvent pas être imputés aux politiques de subvention. Ils semblent plutôt tenir de certaines caractéristiques individuelles (leadership, disponibilité, professionnalisme) de certains agents de santé que de l'organisation du système de santé qui peine à sanctionner sérieusement les mauvais comportements. En

7. R. Jewkes, N. Abrahams *et al.*, « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 11, 1998, p. 1781-1795.

8 V. Ridde et A. Diarra, « 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 Researches,* vol. 9, n° 89, 2009.

9. I. A. Agyepong et R. A. Nagai, « "We charge them ; otherwise we cannot run the hospital". Front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana », *Health Policy*, vol. 99, n° 3, 2011, p. 226-233.

10. http://lefaso.net/spip.php?article43780

11. http://meraswasthyameri-aawaz.org

effet, la disponibilité du personnel et les initiatives pour promouvoir les accouchements assistés menées localement par certains agents de santé sont des éléments appréciés par les populations, constituant de ce fait des facteurs qui influent sur leur décision de se rendre dans les centres de santé. Par exemple, dans un des CSPS de notre étude, un ICP avait mis en place une intervention communautaire qui consistait à choisir dix femmes par village sur une base volontaire. Le rôle de ces femmes bénévoles était d'aller dans les concessions de leurs villages respectifs pour inciter leurs congénères à venir réaliser leur consultation prénatale (CPN) et accoucher dans le centre de santé. Cette initiative locale a été perçue très positivement par les communautés au point qu'elle est avancée par ces dernières comme l'une des principales raisons de la hausse du recours aux CSPS lors des accouchements, car cette activité de sensibilisation leur a permis de comprendre l'importance d'utiliser les services de santé maternels. Cette situation montre que certaines initiatives et actions prises par les agents de santé peuvent avoir des conséquences positives sur les bénéficiaires. Une étude menée au Burkina Faso a montré que le leadership dont ont fait preuve les équipes de santé a permis d'améliorer les couvertures vaccinales[12]. Malheureusement, trop rares sont les équipes de recherche qui s'engagent dans l'étude de ces cas positifs qui permettrait de comprendre et de mettre en avant les agents de santé dont les comportements individuels sont favorables aux communautés.

12. S. Haddad, A. Bicaba *et al.*, « System-level determinants of immunization coverage disparities among health districts in Burkina Faso : a multiple case study », *BMC International Health and Human Rights*, vol. 9, suppl. 1, S15, 2009.

Pour une approche globale

Cet article apporte des éléments de réponse sur des questions encore peu étudiées comme les effets de la gratuité des soins sur le pouvoir d'agir des femmes et leurs relations avec les agents de santé. Avec la suppression du paiement au point de services, les femmes n'ont plus besoin de négocier constamment l'accès aux ressources du ménage au risque de retarder ou de renoncer à l'utilisation des services de santé. D'autres effets ont été aussi observés, tels que le renforcement de leur estime de soi et un plus grand respect dans leur vie de couple.

Cependant, la gratuité des soins ne va pas résoudre tous les problèmes, de la même manière qu'elle n'a pas non plus supprimé toutes les dépenses catastrophiques affectant les ménages en cas de césariennes[13]. De ce fait, le pouvoir d'agir

13. C. Arsenault, P. Fournier *et al.*, « Emergency obstetric care in Mali : catastrophic spending and its impoverishing effects on households », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, n° 3, 2013, p. 207.

des femmes requiert une approche plus globale[14] qui prend en compte aussi bien les aspects psychologiques (renforcement de l'estime de soi et le pouvoir de négociation) qu'économiques (renforcement des capacités des femmes à se procurer des revenus indépendants). Or, si dans le premier cas des résultats intéressants ont été obtenus grâce à la suppression du paiement, pour le second, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, qui ne relève évidemment pas des politiques de gratuité. En effet, le pouvoir économique des femmes rurales africaines reste encore très faible, principalement à cause des inégalités de genre, des normes domestiques et de la faiblesse des opportunités qui s'offrent à elles. Par conséquent, il faut agir sur l'ensemble des facteurs qui causent la subordination des femmes, d'où la nécessité d'aller au-delà de l'accès aux soins pour organiser des politiques sociales et économiques globales visant à renforcer leur position sur toutes les sphères de la vie sociale.

Il faut donc certainement repenser les politiques publiques visant l'émancipation des femmes, car elles sont encore trop segmentées, pour les adapter aux problématiques de genre, par essence multidimensionnelles. Parmi les stratégies possibles dans le domaine de la santé, on peut envisager en plus de la gratuité des soins d'accroître les transferts monétaires pour les femmes afin notamment de les aider dans le paiement des coûts indirects liés aux urgences obstétricales, ou une facilitation des conditions de leur accès au microcrédit pour améliorer leur condition de vie. L'efficacité de ces diverses stratégies dans le renforcement du pouvoir d'agir des femmes reste à démontrer en Afrique, mais c'est déjà chose faite par exemple au Mexique[15] et au Brésil[16] où des études ont montré l'effet positif des *transferts monétaires* sur la position des femmes dont le pouvoir de négociation a gagné en puissance, comparativement aux autres qui n'en ont pas profité. De même, une étude au Burkina Faso a montré que le microcrédit accroissait le pouvoir économique des femmes tout en renforçant leur pouvoir de décision sanitaire[17]. Si isolément, ces différentes stratégies ont donné des résultats positifs, on peut penser que leur mise en commun entraînerait des changements profonds et à long terme sur le pouvoir d'agir des femmes.

14. N. Kabeer, « Gender equality and women's empowerment : A critical analysis of the third Millennium Development Goal », *Gender & Development*, vol. 13, n° 1, 2005, p. 13.

15. M. Adato, B. de la Brière *et al.*, *op. cit.*

16. R. Holmes, N. Jones *et al.*, « Cash tranfers and gendered risks and vulnerabilities : lessons from Latin America », *Overseas Development Institute*, 2010, p. 1-6.

17. M. Hennink et D. McFarland, « A delicate web : household changes in health behaviour enabled by microcredit in Burkina Faso », *Global Public Health*, vol. 8, n° 2, 2013, p. 144.

Les auteurs

Omar Mallé Samb, sociologue de formation, termine sa thèse de doctorat en santé publique à l'École de santé publique de l'université de Montréal et au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM). Loubna Belaid, anthropologue de formation, termine sa thèse de doctorat en santé publique à l'École de santé publique de l'université de Montréal et au CRCHUM. Valéry Ridde est professeur agrégé de santé mondiale à l'École de santé publique de l'université de Montréal et chercheur au CRCHUM.