

**SOLIDARITÉ
SOCIALISTE**

2

Sénégal

Accès à la santé

**La santé maternelle pour toutes ?
Une étude de cas sur le droit à la santé au Sénégal**

Le contexte

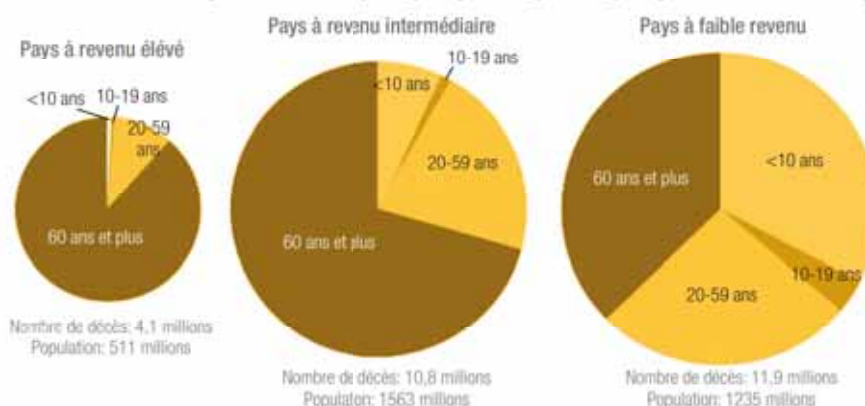


© Renaud Hoyois

Le constat est accablant : toutes les 60 secondes une femme meurt suite à des complications qui interviennent durant la grossesse, l'accouchement ou les six semaines suivant celui-ci. 99% de ces décès ont lieu dans les pays en développement. La mortalité maternelle est parmi les problèmes de santé qui révèlent le plus large fossé entre riches et pauvres. C'est pour cette raison que sa réduction est devenue l'un des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement qui se donne pour but de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle¹.

Le statut socio-économique est l'un des déterminants majeurs concernant la santé. Les différences entre les causes de mortalité dans les pays à revenus élevés et les pays à faibles revenus illustrent bien : d'un côté, la plupart des décès surviennent après 30 ans, et sont dus à des maladies non transmissibles (accidents vasculaires, cancers, ...); de l'autre, la majorité des décès sont observés chez les fillettes, les adolescentes et les jeunes femmes et sont le fait d'affections maternelles ou périnatales et de maladies transmissibles (VIH/sida, infections des voies respiratoires, diarrhées, ...) pour 38 % du total des décès féminins.

Nombre de décès de sujets féminins par groupe d'âges et groupe de revenus de pays (2007)



L'Afrique est au plus haut de cette morbide échelle : sur les 500.000 décès maternels qui se produisent annuellement à travers le monde, plus de la moitié surviennent sur ce continent. « Des pratiques socioculturelles telles que le mariage et la grossesse précoces, les violences, la mutilation génitale féminine, la marginalisation dans les prises de décisions par rapport aux questions qui concernent les femmes, la faible position des femmes dans la famille africaine et le fait que les femmes ne soient pas rendues capables ou ne soient pas autorisées à planifier leurs grossesses – chacun de ces facteurs conduit à la mortalité maternelle, un problème qui peut être réglé et évité si nous l'abordons comme une question des droits humains » explique Soyata Maïga, rapporteur spéciale de l'ONU sur les droits des femmes en Afrique, lors de la 11^{ème} session du Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies.



© André Thiel

En effet, au-delà même des décès maternels, les femmes, surtout pauvres, sont largement privées de leurs droits à l'éducation, à la santé ou encore à contrôler les naissances. Car les inégalités liées au sexe accentuent fortement l'impact du statut socio-économique, notamment à travers l'inégal accès aux ressources. Ainsi, les filles et les femmes sont plus vulnérables face aux problèmes de santé parce qu'elles travaillent davantage dans le secteur informel et ne bénéficient dès lors pas des avantages de la protection sociale.

La répartition des rôles au sein des familles expose également les femmes à des risques sanitaires : la préparation des repas, la corvée de l'eau, la collecte des combustibles sont autant de charges qui font qu'elles ne peuvent consacrer ce temps à se procurer des revenus ou à l'éducation. Ces deux facteurs améliorent pourtant significativement la santé des femmes et de leurs familles. Par ailleurs, les femmes les plus pauvres sont celles qui recourent le moins aux services de santé. Et ce, pour diverses raisons comme le coût des moyens de transport, les entraves à leur liberté de se déplacer, le manque d'information, les tâches domestiques, etc. C'est pourtant assez paradoxal lorsque l'on sait qu'elles sont les principaux prestataires de soins de la famille, et qu'elles constituent dans de nombreux pays la majorité du personnel de santé dans le secteur formel.

1. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes; il indique le risque de décès auquel une femme est confrontée à chaque grossesse



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION
CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION
CONTRE LE TETANOS MATERNO-NEONATAL

REGION SANITAIRES N°
PROVINCE/CENTRE SANITAIRES
COMMUNITE SANITAIRE
LIEU ET PRENOMS
DATE DE MARIAGE
MONTRELLAZE

unicef

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION
CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION
CONTRE LE TETANOS MATERNO-NEONATAL

REGION SANITAIRES N°
PROVINCE/CENTRE SANITAIRES
COMMUNITE SANITAIRE
LIEU ET PRENOMS
DATE DE MARIAGE
MONTRELLAZE

unicef

Et au Senegal...



© Solidarité Socialiste

Au Sénégal, l'accès aux services de santé, de façon large, reste faible. En effet, en 2005, 62 % de la population a accès à une structure de santé à moins de 30 minutes de marche². On sait pourtant qu'un des facteurs clés pour une baisse de la mortalité maternelle est la facilité d'évacuation d'urgence : pouvoir effectuer très rapidement une césarienne ou tout autre acte chirurgical permet d'éviter bon nombre de décès. Des infrastructures insuffisantes ou trop éloignées expliquent donc en partie ce faible accès aux services, mais ce n'est qu'une partie de l'explication : moins de 20% de la population sénégalaise a accès à une couverture sociale. Depuis la fin des années 80, avec les programmes successifs d'ajustement structurel, les coûts de la santé reposent de plus en plus sur les ménages, et lorsque l'on sait qu'environ la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté, on comprend les faiblesses de ce système de santé. Un cercle vicieux puisqu'un des facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté est précisément l'absence de protection sociale.

« Concernant la santé, avec nos parents, l'accès aux soins était sans difficulté majeure. Mais c'est dans les années 70 et 80, avec l'apparition des cycles de sécheresse que les difficultés sont apparues. Dans le village, la pauvreté s'installait de jour en jour suivie par la cherté des soins et des médicaments. »
Ndiogou Baba Mbodji, habitant de Dya, dans la région de Kaolack

La majorité de ces « pauvres » sont des femmes. Etre une femme au Sénégal n'est pas toujours une sinécure : 13 heures par jour, en moyenne, dans les zones rurales, sont consacrées aux tâches domestiques.

« Nous nous levons au chant du coq, à cinq heures du matin, pour aller chercher de l'eau. Nous rentrons généralement assez tard à la maison, parce que les puits s'assèchent. Ensuite, nous devons aller dans la brousse chercher du bois de feu. Quand nous rentrons à la maison, au lieu de nous reposer, nous devons broyer le mil et préparer le repas. » Diabou Diouf, habitante de Ngueye-Ngueye

Nous avons déjà évoqué les conséquences négatives de cette répartition des rôles sur la santé ou d'autres droits sociaux comme l'éducation (toutes deux étant liées). De façon bien plus directe, la pauvreté des femmes rurales influe sur leur santé, en particulier lors des accouchements.



© Solidarité Socialiste

« En raison du manque d'infrastructures adaptées, il est difficile d'assurer le suivi médical nécessaire. (...) Lorsque je suis absente, les femmes doivent se précipiter à Tambacounda, qui se trouve à 35 kilomètres. Comme vous pouvez l'imaginer, la situation devient très critique si une femme n'a pas de quoi payer le transport. » Fanta Traoré, infirmière du village de Gouloumbou

La précocité des grossesses peut encore augmenter ces difficultés. L'âge minimum légal du mariage au Sénégal est de 16 ans pour les femmes, 20 ans pour les hommes. Outre la discrimination envers les femmes que cela représente, sous-entendant que les études ne sont pas importantes pour les filles, il en découle que l'âge moyen du mariage varie entre 15 et 19 ans. Qui dit mariage précoce, dit grossesse prématurée, avant que les filles ne soient biologiquement et psychologiquement prêtes pour enfanter. Cela représente des risques bien réels pour la santé de la mère comme de l'enfant.

« Dans nos établissements, les filles de 13 à 15 ans abandonnent les bancs pour cause de grossesse. Leur corps n'est pas encore apte à supporter le poids de l'enfant et surtout, le bassin n'est pas développé pour que l'enfant sorte tranquillement. » Abdoulaye Mané, professeur au lycée de Ziguinchor³.

Les mutilations génitales sont un autre facteur aggravant la santé des femmes : en 2005, environ 28 % des femmes entre 15 et 49 ans étaient victimes de ces pratiques qui sont à plus de 90% réalisées de façon traditionnelle, en dehors de toute structure médicale et ce malgré l'existence d'une loi les interdisant⁴.

2. « Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal », Ministère de l'économie et des finances, 2007

3. « Instabilité du taux de mortalité maternelle dans le Sud », Koffogan E. Adigbli, Santé-Sénégal, Inter Press Service, 2010

4. « Mutilation génitale féminine /excision : Données et tendances », Population Référence Bureau, 2008

Un défi sanitaire pour les femmes de Kaolack

La région de Kaolack est une zone essentiellement rurale. Sa principale activité est la culture d'arachides, dont les producteurs ne cessent de voir baisser les prix. Dans cette partie du pays, il y a davantage de pauvreté qu'à l'échelle nationale avec 93% des familles vivant sous le seuil de pauvreté. Les mères adolescentes y représentaient en 2006 19 % des accouchements. La majorité de la population n'y bénéficie pas de couverture sociale permettant la prise en charge des soins de santé, souvent pour des raisons financières.



Sokha Sow

« Dès que l'on a quelques pièces, on les consacre à l'alimentation au lieu d'aller à la mutuelle » confie madame Sokha Sow de Kaolack.

De plus, une majorité de mutuelles existantes ont laissé de côté les problèmes spécifiques à la femme : la planification familiale, le suivi prénatal, l'assistance aux accouchements et le suivi postnatal. Au-delà des raisons financières, le manque d'information dont disposent les femmes sur les risques encourus lors d'une grossesse ne favorise pas non plus le suivi médical. De plus, dans le milieu rural, il existe un certain tabou culturel qui interdit à la femme enceinte d'exposer ou de parler de son état.

La pénurie des ressources humaines est également un facteur non négligeable dans les zones rurales comme la région de Kaolack : de fait, 60% des sages-femmes sont concentrées dans la région de Dakar et les 40% restants sont répartis dans les 13 autres régions.

C'est donc un pari important que devront relever les femmes et les hommes pour améliorer la santé maternelle !

Vers un changement...

De nombreux programmes nationaux de santé de la reproduction se sont pourtant succédés pour améliorer la situation, mais leurs succès restent faibles pour différentes raisons : ils sont souvent focalisés uniquement sur la mortalité maternelle sans tenir compte d'autres aspects du problème comme le statut précaire de la femme ou le manque d'information. Mais les politiques de santé publique et de protection sociale au Sénégal souffrent également d'un manque de cohérence et de clarté.

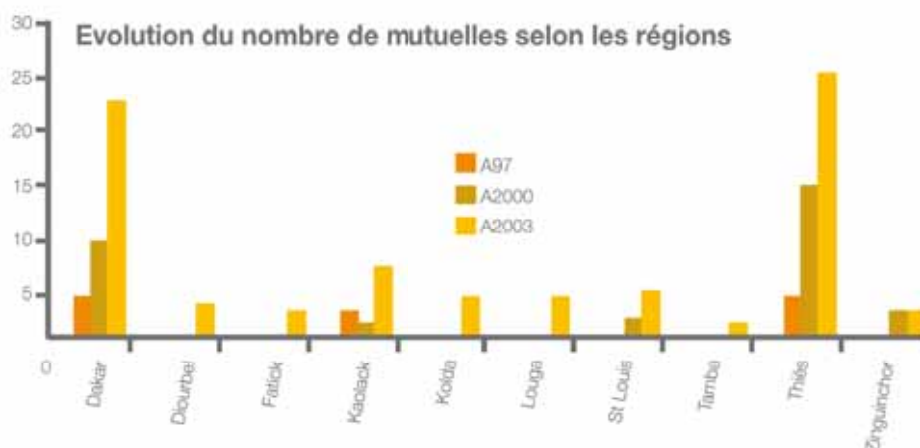
Cependant, depuis 1998, de plus en plus d'acteurs nationaux et internationaux s'engagent dans la promotion et le développement de mutuelles de santé communautaires qui permettent aux populations d'accéder financièrement aux soins de santé. Le Sénégal a même adopté un Plan Stratégique pour le Développement des Mutuelles de Santé dont l'idée maîtresse est de permettre à chaque communauté rurale d'avoir une mutuelle de santé appuyée par les collectivités locales.



© Lisago

« En 1998, l'Etat a transféré neuf compétences aux collectivités locales, dont la santé. Il faudrait donc que celles-ci l'inscrivent dans leur budget annuel de fonctionnement, afin de pouvoir appuyer durablement les mutuelles de santé. Sur cette question, on met la pression sur l'équipe municipale, le conseil régional et rural. » Cheikh Fall, agent de développement, Ndiougary

En effet, on constate entre 1997 et 2003 une croissance importante des mutuelles de santé :





© Shigaepouyen

C'est dans ce contexte qu'Oyofal Paj, partenaire de Solidarité Socialiste, est né en 2003. Il s'agit d'un réseau de mutuelles de santé qui compte aujourd'hui 10 mutuelles communautaires de base permettant à pas moins de 15 000 membres, dont plus de la moitié sont des femmes, d'accéder aux soins de santé de base. Ces mutuelles se fondent sur un mécanisme volontaire de cotisation solidaire et de partage des risques. Par ailleurs, elles sont gérées démocratiquement par leurs membres.

A l'origine, ces mutuelles se sont engagées sur la couverture des soins de santé de base. En effet, jusqu'en 2009, le paquet de services se limitait à la prise en charge de l'hospitalisation, des médicaments génériques et des soins ambulatoires. Mais la volonté d'adapter les services couverts aux besoins des adhérents a amené le réseau à privilégier la prise en charge des soins qui posaient le plus de difficultés. C'est ainsi qu'il a évolué vers une inclusion plus large des services de santé de la mère. Ceux-ci englobent les services de consultation et de prévention liés à la maternité (planification familiale, consultations prénatales, médicaments, hospitalisation, accouchement au poste de santé, etc.)

Dans le réseau Oyofal Paj, les mutuelles de santé appliquent le système du ticket modérateur et les services couverts le sont à 75%. Avec cette accessibilité financière, on constate un taux de fréquentation plus important, garantissant une meilleure santé des femmes.

« En découvrant les avantages de la mutuelle, un de mes amis s'est mordu les doigts après l'accouchement difficile de son épouse et la pluie d'ordonnances qui a suivi. »
Cheikh Fall, agent de développement, Ndiougary

Une des manières de contourner les difficultés financières que peut poser l'adhésion à une mutuelle de santé a été de proposer en parallèle des activités de microcrédit. Ainsi, les bénéficiaires de crédits sont couverts par la mutuelle grâce à une cotisation automatique prélevée sur leur compte épargne.

Mais les mutuelles d'Oyofal Paj ne se contentent pas de couvrir les soins, car nous avons vu qu'une série d'autres facteurs influent négativement la prise en charge de la santé maternelle. Elles se sont donné pour rôle de sensibiliser la population lors d'émissions radio, de mobilisations sociales, de causeries (débats populaires). Il s'agit avant tout de limiter les soins en modifiant les comportements des femmes en âge de reproduction : suivre davantage de consultations prénatales, se faire assister lors d'un accouchement, faire le suivi postnatal, ... Ainsi, les femmes ont de moins en moins besoin de l'autorisation de leur mari pour se rendre à une séance d'information sur la planification familiale et elles acquièrent une liberté nouvelle pour les décisions concernant les méthodes contraceptives.

« Outre l'accès aux soins, les points les plus importants sont l'acquisition de connaissances par le biais des causeries et des séances de sensibilisation sur le paludisme, l'allaitement maternel, les visites pré et postnatales, le VIH Sida, etc. La mutuelle a formé des femmes relais comme moi: on se déplace dans les villages environnants pour sensibiliser les populations. »
Sokhna Maye Fall, présidente de la mutuelle de Dara Mboss

Bien sûr ces séances ne sont pas adressées uniquement aux femmes :

« L'année dernière, la mutuelle avait organisé une séance de sensibilisation sur le VIH Sida à la gare routière, par rapport aux comportements à adopter par les chauffeurs qui se déplacent beaucoup »
Serigne Kouta, chauffeur de transport en commun, Kaolack



Serigne Kouta

Malgré la volonté affichée de l'Etat d'appuyer ce type d'initiatives, il reste de nombreux défis à relever. Informer la population des programmes de l'Etat en matière de santé. Négocier avec les structures de santé afin que celles-ci soient mieux équipées et disposent d'un personnel compétent. La sensibilisation des hommes reste également indispensable pour les responsabiliser davantage face aux questions de santé au sein de la famille et décharger en cela les femmes qui sont souvent seules à assumer les charges qui leur sont liées. Enfin, une mobilisation au niveau national et régional demeure une priorité pour la construction d'un mouvement de mutuelles fort, capable d'influer sur les politiques de santé publique dans une logique d'extension de la protection sociale à toutes et tous.



Ressources

« Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain », OMS, 2009
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563856_fre.pdf

« Afrique: La mortalité maternelle, une catastrophe des droits humains »,
Analyse de Rosemary Okello et de Terns Gyuse, Inter Press Service News Agency (IPS), 2009
http://www.ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=5383

« Le visage de la pauvreté énergétique à travers la femme au Sénégal »,
DENTON, Fatima ; SECK, Emmanuel, Dakar : ENDA TM, 2005.
<http://energie.enda.sn/Documentations/Enda24ppFrench.pdf>

« Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal », Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), 2007
<http://www.dsrp-senegal.org/1-documents/pauvrete-senegal-8-2007.pdf>

« Etude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal », Cheikh Vilaine, 2006
http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11551569171Vilane_Mutuelles_juillet_2006.pdf

« Etat des lieux du développement du mouvement mutualiste au Sénégal »,
Dr. Alice NTAMWISHIMIRO SOUMARE, 2006
http://learning.itcilo.org/ilo/step/clones/doc/mutuellesdesante/Annexe%203_DIAGNOSTIC%20%20mouvement%20mutualiste.pdf



Solidarité Socialiste
Formation, Coopération & Développement asbl

Rue Coenraets 68, 1060 Bruxelles

Tél.: +32 (0)2 505 40 70 • Fax : +32 (0)2 512 88 16

www.solsoc.be • fcd@solsoc.be • CCP 000-0000054-54

Pensons le monde autrement, vivons-le solidairement !

Editeur responsable : Jacques Bastin - Rue Coenraets, 68 - 1060 Bruxelles

Avec le soutien de
LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT

