

**UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

-----  
**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

-----  
**DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE**



## **MEMOIRE DE DEA**

**SUJET :**

Les femmes et agents de santé du district sanitaire de Guédiawaye face au renouvellement de la prise en charge des soins maternels à travers le « Forfait Accouchement »

Présenté par :  
**Maymouna BA**

Sous la direction de :  
**M. Boubacar LY**  
Maître de Conférences

Année-académique : 2004-2005

## RESUME

La santé des mères est au cœur des préoccupations dans les programmes de développement. Le niveau élevé de décès maternels justifie cet état de fait. Plusieurs facteurs d'ordre physique, socio-culturel...sont étayés pour expliquer cette mortalité. Cependant, l'obstacle financier, rarement souligné lors de l'élaboration des programmes de santé, semble constituer la plus grande source de retards dans l'administration des soins des accouchées. Pour pallier cet état de fait, un système de prépaiement des soins appelé « Forfait Accouchement » a été mis en place dans le district sanitaire de Guédiawaye. Le Forfait consiste, pour chaque patiente enceinte, à s'acquitter d'une somme fixe, ce qui lui donne droit à une prise en charge financière complète tout au long de l'accouchement et de la période post- partum immédiat. L'objectif est de permettre un meilleur accès des parturientes à des soins de qualité et au moindre coût. Le district sanitaire de Guédiawaye, qui a servi de cadre d'expérimentation à ce projet, a été ciblé en raison du niveau élevé d'accouchements et de fréquentations de son centre de santé par les femmes.

L'étude a cherché à dégager les enjeux relatifs à la mise en œuvre de ce système à travers les représentations et attentes qu'en ont les populations concernées. Pour cela, l'enquête a ciblé les patientes des maternités concernées par le FA, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces patientes et les membres du comité de santé. L'entretien semi-directif, l'observation directe et l'étude de cas ont été les principales techniques utilisées lors de l'investigation.

L'analyse a permis de dégager les atouts et en même temps les contraintes d'une mise en place du FA. L'évocation des parcours d'accouchement est l'expression d'un réel besoin de prise en charge financière des soins d'accouchement, surtout pour les patientes présentant des complications de l'accouchement. Par conséquent, la forfaitisation du coût (qui se trouve ainsi réduit) et le système de prépaiement institué semblent convenir à tous les concernés. Cependant, au vu d'un certain nombre de comportements décelés aussi bien dans les parcours d'accouchement que dans les pratiques de soins, le FA risque de se heurter à un certain nombre d'entraves. Le non respect de la pyramide sanitaire, entretenue par une « culture de l'hôpital » très ancrée chez les populations, n'est pas favorable à la suppression du risque de sélection adverse que vise le FA. En outre, la faiblesse constatée dans le suivi des CPN, associée à certaines considérations d'ordre socio-culturel, notamment les interdits relatifs à l'anticipation de certains actes concernant la venue du bébé n'est pas favorable à des actes de prévoyance et par conséquent, au prépaiement des soins d'accouchement. Du côté du personnel, la méconnaissance des principes et procédés de fonctionnement est une véritable limite quant à leur implication d'autant plus que ce sont eux qui constituent les relais auprès de la population. Par ailleurs, les multiples avantages que procure le FA, reconnus aussi bien par les patientes que par les agents de santé, constituent un élément important quant à la bonne réussite du Forfait. La diminution du coût des soins, la disponibilité continue des médicaments, les changements de pratiques qu'induisent la mise en œuvre du Forfait (meilleure hygiène, réduction des rackets, suppression de certaines pratiques médicales à risque) laissent envisager une grande amélioration dans l'accès à des soins de qualité et au moindre coût.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements et notre profonde gratitude vont :

- à M.Boubacar LY pour avoir accepté de diriger ce travail avec la rigueur, l'écoute et la compréhension dont il a toujours fait preuve ;
- à M.Paul DIEDHIOU dont les lectures critiques et les suggestions apportées à cette étude nous ont été très utiles ;
- à M.Laurent VIDAL, Directeur de recherche à l'IRD qui nous a gratifié de conseils et de remarques pertinentes tout au long de ce travail. Sa confiance et son intérêt pour cette recherche nous ont grandement encouragée ;
- au Dr Jean Yves REDON de la Coopération Française qui a facilité le contact avec les professionnels de santé et a mis à notre disposition tous les outils nécessaires pour cette recherche. Ce document a largement bénéficié des nombreuses discussions et conversations que nous avons eues avec lui ;
- au Dr Alioune GAYE, Médecin-Chef du centre de santé Roi Baudouin ainsi qu'à M.MBaye Dia, gestionnaire du Forfait ;
- à tout le personnel des maternités du district particulièrement les Maîtresses sages-femmes, à savoir Rokhaya Mbaye Faye, Mariama Sy MBAYE, Massanthio Ndiaye NDIR, Aissatou Diogou TINE, et Mariama Soumah LY pour leur disponibilité et leur aide précieuse ;
- à toutes les patientes qui se sont prêtées à nos entretiens.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ASC</b>	: Agent de Santé Communautaire
<b>CSRB</b>	: Centre de santé Roi Baudouin
<b>CF</b>	: Coopération Française
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CPON</b>	: Consultation Postnatale
<b>EDS</b>	: Enquête Démographie Santé
<b>ESIS</b>	: Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
<b>FA</b>	: Forfait Accouchement
<b>HRP</b>	: Hématome Rétro-placentaire
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IEC</b>	: Information Education Communication
<b>IRD</b>	: Institut de Recherche pour le Développement
<b>MEG</b>	: Médicaments Essentiels Génériques
<b>MSF</b>	: Maîtresse Sage-femme
<b>MSPM</b>	: Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale pour la Santé
<b>PANAF</b>	: Plan d'Action National de la Femme
<b>PF</b>	: Planning Familial
<b>PNDS</b>	: Programme National de Développement Sanitaire
<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL ET METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>3</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE GENERAL</b> .....	<b>3</b>
1.1 PROBLEMATIQUE.....	3
1.2. OBJECTIFS .....	7
1.3. HYPOTHESES .....	7
1.4. DEFINITION DES CONCEPTS.....	7
1.6. REVUE DE LA LITTERATURE .....	10
1.7. MODELE D'ANALYSE.....	13
1.8. INTERET DE L'ETUDE .....	14
<b>CHAPITRE II : LE CADRE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>15</b>
2.1. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	15
2.1.1. <i>Caractéristiques de la ville de Guédiawaye</i> .....	15
2.1.2 <i>L'offre en matière de soins obstétricaux au sein du district sanitaire de Guédiawaye</i> .....	17
2.2. POPULATION-MERE .....	18
2.2.1. <i>Délimitation</i> .....	18
2.2.2. <i>Echantillonnage</i> .....	19
2.3. TECHNIQUES D'INVESTIGATION.....	19
2.3.1. <i>L'exploration</i> .....	20
2.3.2. <i>Les enquêtes</i> .....	20
2.4. L'ENQUETE SUR LE TERRAIN .....	22
2.4.1. <i>Le pré-test</i> .....	22
2.4.2. <i>La collecte des données</i> .....	23
2.4.3. <i>Difficultés rencontrées</i> .....	23
2.5 LE PROFIL DE LA POPULATION ENQUETEE.....	24
<b>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b> .....	<b>26</b>
<b>CHAPITRE III: PRESENTATION DU PROJET « FORFAIT ACCOUCHEMENT »</b> .....	<b>26</b>
3.1. CONTEXTE DE CREATION .....	26
3.2. PRINCIPES ET MECANISMES DE FONCTIONNEMENT. ....	27
3.2.1. <i>L'organisation du Forfait</i> .....	27
3.2.2. <i>La procédure de prise en charge</i> .....	28
3.2.3. <i>La prise en compte de la qualité des soins par le FA</i> .....	29
<b>CHAPITRE IV : LE PARCOURS DES FEMMES PARTURIENTES : ATTITUDES, OBSTACLES ET ATTENTES</b> .....	<b>30</b>
4.1. LES COMPORTEMENTS FACE A L'OFFRE DE SOINS .....	30

4.1.1. <i>Le choix de la structure de soins</i> .....	30
4.1.2. <i>Le suivi des CPN par les patientes</i> .....	33
4.1.3. <i>L'itinéraire thérapeutique des femmes enceintes: coexistence des médecines moderne et traditionnelle</i> .....	34
4.2. LA QUETE DE SOINS DES ACCOUCHEES : DIFFICULTES ET STRATEGIES DE SORTIE .....	36
4.2.1. <i>Les contraintes financières : le frein majeur à l'accès aux soins maternels</i> .....	37
4.2.2. <i>Stratégies adoptées pour contourner cet obstacle</i> .....	41
<b>CHAPITRE V : LES PRATIQUES DE SOINS A GUEDEAWAYE</b> .....	<b>43</b>
5.1. L'ADMINISTRATION DES SOINS AUX PATIENTES : PROCESSUS ET CONTRAINTES .....	43
5.2. UNE TRAME DE NEGOCIATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES .....	47
5.3. LA RELATION THERAPEUTIQUE : THEATRE DE CONFLITS PERMANENTS .....	48
5.3.1. <i>La qualité des soins offerts</i> .....	48
5.3.2. <i>Les sollicitations pécuniaires ou matérielles non justifiées</i> .....	50
<b>CHAPITRE VI : LE «FORFAIT ACCOUCHEMENT» : PERCEPTIONS ET ENJEUX</b> .....	<b>52</b>
6.1. UNE APPRECIATION GLOBALEMENT POSITIVE.....	52
6.1.1. <i>Des avantages pour les patientes</i> .....	52
6.1.2. <i>Des facilités au niveau de la pratique médicale</i> .....	55
6.2. QUELQUES APPREHENSIONS RELATIVES A LA MISE EN ŒUVRE DU FA .....	57
6.3. OBSTACLES ET CONTRAINTES .....	58
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>62</b>
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Le financement de la santé est devenu ces dernières années une préoccupation majeure dans les pays en développement. La mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel dans les années 80 a entraîné un désengagement de l'Etat dans les secteurs sociaux. Cela s'est traduit au niveau de la santé par d'importantes coupes budgétaires et l'instauration d'un système de recouvrement des coûts.

Au Sénégal, ces mesures ont eu de nombreuses répercussions. Avec les gels appliqués au niveau de l'équipement et du personnel, la couverture médicale se dégrade de plus en plus faisant que de graves problèmes de santé se posent au niveau des populations. D'un autre côté, la suppression des soins gratuits, appliquée dans un contexte de précarité économique, fait que les inégalités en matière d'accès aux structures sanitaires se creusent davantage. Les populations à faibles ressources, qui représentent la grande majorité de la population ne peuvent pas faire face à ces dépenses de santé et n'ont d'autres recours qu'à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles<sup>1</sup>.

Face à cette situation, l'Etat a adopté différentes mesures en vue de redynamiser son système de santé. La déclaration d'Alma Ata, préconisée par l'OMS en 1978 et à laquelle le Sénégal avait souscrit, avait jeté les bases d'une participation communautaire à l'effort de santé. Reposant sur la promotion des Soins de Santé Primaires, elle a été retenue comme une alternative devant conduire à l'instauration de la « Santé pour Tous »<sup>2</sup>. Par la suite, l'adhésion à l'Initiative de Bamako en 1989 est venue renforcer cette politique avec en prime, l'intégration de la politique des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et l'accélération du processus de décentralisation dans le secteur de la santé. L'application de cette Initiative s'est concrétisée à travers l'augmentation de l'efficacité des services sanitaires dans les districts et la mise en place de comités de santé qui en assurent la gestion ; ce qui a contribué de façon substantielle à l'extension de la couverture sanitaire à la fois en soins préventifs et en soins curatifs.<sup>3</sup>

Néanmoins, ces réformes ont très vite fait de montrer leurs limites. Avec le système de paiement direct des frais de santé dans un environnement de pauvreté accrue par la

---

<sup>1</sup> B.LY, « *Sénégal : analyse des grandes tendances des politiques de lutte contre la pauvreté* », in *Ajustement et hégémonisme en Afrique*, Aide Transpary/OXFAM Amérique, 2002, pp55-56.

<sup>2</sup> OMS/GENEVE, *D'Alma Ata à l'an 2000 (Réflexions à mi-parcours)*, 1990, p 12.

<sup>3</sup> UNICEF/CREDESA, *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre (origines, opérationnalisation et défis)*, 1996, pp 54-57.

dévaluation du franc CFA<sup>4</sup>, l'effet observé a été plutôt inverse. La barrière financière qu'imposent les structures sanitaires fait que l'accès devient de plus en plus difficile, particulièrement pour les populations des milieux rural et périurbain, lesquelles sont pour la quasi-totalité dépourvues de protection sanitaire institutionnelle<sup>5</sup>.

Il s'ensuit une dégradation de l'état de santé des populations, traduite par une morbidité et une mortalité qui restent élevées<sup>6</sup>. Celles-ci affectent principalement les femmes et les enfants. La mortalité des mères en particulier, est parmi les plus élevées au monde révélant ainsi un déficit dans l'accès à la santé maternelle, surtout en matière de soins obstétricaux.

Pour pallier cet état de fait, diverses formules de prise en charge de ces coûts sont initiées. Celles-ci veulent constituer des alternatives au financement des soins obstétricaux souvent très coûteux. Une des solutions a été la mise en place d'un système de prépaiement des soins intitulé «Forfait Accouchement». L'objectif est de permettre un meilleur accès des femmes à des soins de qualité et au moindre coût en cas d'accouchement à risque.

Le but de cette recherche est de décrire les principes et mécanismes de ce système dit «Forfait Accouchement», en rapport avec les représentations et attentes qu'en ont les populations concernées, ceci en vue de relever les atouts et contraintes relatives à la mise en oeuvre du système.

Le district sanitaire de Guédiawaye, au sein duquel est expérimenté le projet nous a servi de cadre d'étude. La méthodologie, quant à elle, a fait plus de place aux techniques de recherche qualitative.

La présente étude est structurée comme suit :

- Une première partie qui présente le cadre général (contexte, justification, objectifs...) et méthodologique (zone d'étude, techniques d'investigation) de la recherche.
- Une deuxième partie qui expose, analyse et interprète les données recueillies sur le terrain.

---

<sup>4</sup> En 1996, plus de la moitié de la population du Sénégal (51%) sont au dessous du seuil de pauvreté. Voir **M.C.DIOP**. La société sénégalaise entre le local et le global, Karthala, Paris, 2002, p 527.

<sup>5</sup> Au Sénégal, seuls quelques 1 200 000 personnes, soit 13,3% de la population totale bénéficient d'une prise en charge effective en matière de santé. Voir : **C.Fall**, Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes, BIT, 2003, p7.

<sup>6</sup> **République du Sénégal**, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), 2002, pp11-12.

# **PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL ET METHODOLOGIQUE**

## **CHAPITRE I : CADRE GENERAL**

Ce chapitre concerne le champ conceptuel de l'étude. Il fera ressortir la problématique, les objectifs et hypothèses, la clarification des concepts, la revue de la littérature, le modèle théorique et l'intérêt de l'étude.

### **1.1 Problématique**

La santé des mères demeure au centre des objectifs dans les programmes de développement. Cette priorité qui lui est accordée se justifie par le niveau élevé de la mortalité maternelle dans les pays sous développés, ceux d'Afrique subsaharienne en particulier.

Chaque année, on dénombre plus d'un demi-million de décès maternels à travers le monde et 99% d'entre eux surviennent dans les pays en développement<sup>7</sup>. De récentes études du FNUAP et de l'OMS<sup>8</sup> montrent que le risque de mortalité est cependant plus élevé en Afrique où une femme sur 16 meurt au cours de l'accouchement contre une sur 2800 dans les pays développés.

Au Sénégal, les résultats issus des différentes enquêtes sur la santé placent le pays parmi ceux ayant les niveaux les plus alarmants. L'Enquête Démographie Santé (EDS III) de 1997 révèle que le taux de mortalité maternelle est de 510 décès pour 100 000 naissances vivantes. Selon l'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) de 1999, seuls 49% des accouchements sont assistés et en matière de surveillance de la grossesse, les taux de couverture en consultations prénatales (CPN) restent faibles. En outre, il est prouvé que les complications obstétricales représentent une part importante des causes de morbidité et de mortalité maternelles. Cet état de fait résulte d'une défaillance dans le système de prise en charge des parturientes au sein des structures sanitaires.

En dehors des facteurs purement médicaux, ceux d'ordre physique ou socio-culturel sont fréquemment cités comme étant à l'origine de cette mortalité élevée. L'insuffisance du plateau technique, le déficit en matière d'assistance qualifiée, l'ignorance des risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont parmi les plus évoqués. C'est la raison pour laquelle la plupart des programmes ayant un volet santé maternelle (PNDS, PANAF, OMD...) se sont appesantis, à travers leur plan d'action, sur des stratégies d'amélioration de l'offre de soins

---

<sup>7</sup> FNUAP, Rapport sur l'état de la population mondiale, 2004, p52.

<sup>8</sup> OMS, Rapport sur la Santé dans le monde (Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant), 2005, p261.

(redynamisation des structures sanitaires, opérations de sensibilisation sur les comportements en matière de santé maternelle...).

En revanche, la question liée à la prise en charge financière a été souvent laissée en rade; alors qu'il est démontré<sup>9</sup> que les retards dans l'administration des soins sont en grande partie source de mortalité maternelle, retards dus la plupart du temps à une indisponibilité financière de la part des patientes surtout en cas de complications de l'accouchement.

Ainsi, les populations rencontrent toujours des obstacles pour satisfaire leurs besoins en matière de soins obstétricaux. Ces difficultés se font sentir aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce dernier, bien qu'apparaissant privilégié grâce à l'existence d'infrastructures sanitaires plus marquées, n'en est pas moins un lieu où l'accès se pose toujours avec acuité du fait des conditions économiques précaires d'une frange importante de la population<sup>10</sup>.

Dans la plupart des services publics de santé, les coûts liés aux accouchements ne sont relativement abordables que dans les cas simples. Les complications nécessitent la plupart du temps des dépenses beaucoup plus coûteuses, impliquant ainsi une source de financement qui n'est souvent pas prévue par les patientes. Cela constitue un sérieux problème quand on sait que les évacuations, tout comme les césariennes représentent une part importante de l'activité obstétricale et interviennent, par la même occasion, pour plus de 60% dans les décès maternels.<sup>11</sup>

En outre, la plupart des médicaments ainsi que des consommables prescrits sont à la charge de la parturiente. Ce qui renchérit davantage les dépenses obstétricales en raison du prix des médicaments qui restent exorbitant, dévoilant ainsi l'insuffisance de la politique pharmaceutique nationale en matière de promotion des Génériques.

D'un autre côté, des pratiques et comportements défavorables au sein des services sanitaires empêchent une prise en charge efficiente des patientes. La démotivation du personnel, qui explique certaines pratiques telles les surfacturations appliquées sur les actes médicaux, constitue un problème patent. La pratique de la «médecine privée» au sein de certaines structures publiques expose les patientes à des dépenses importantes. S'y ajoute l'existence de filets sociaux, ces «réseaux d'interconnaissance» qui favorisent l'accès à des groupes y appartenant, ceci au détriment d'une majorité n'ayant pas la possibilité de s'y insérer. Ce qui

---

<sup>9</sup> E.I.RANSON & N.V.YINGER, *Pour une maternité sans risque*, PRB Washington, 2002, p19.

<sup>10</sup> D.FASSIN, « *Pauvreté, urbanisation et santé : les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar* », in *Psychopathologie africaine*, vol.21, n°2, 1986-1987, p155.

<sup>11</sup> E.O.FAYE et al./*Groupe Dystocie*, *Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal*, DSR/CGO/SCAC/OMS, 2003, p19

a amené certains auteurs<sup>12</sup> à affirmer que ce sont les services sanitaires eux-mêmes qui, à travers l'instauration de ce « régime des faveurs », sont à l'origine de la plupart de ces inégalités.

Dans l'ensemble, on assiste à un parcours coûteux des femmes en cas d'accouchement à risque, parcours dont le poids financier est le plus souvent hors de portée des plus démunis. Ainsi, on se rend compte que beaucoup de femmes souffrant de complications liées à l'accouchement ne peuvent recevoir de l'aide en temps voulu. Par conséquent, la prise en charge effective des soins dont ont besoin les parturientes se trouve ralentie dans les services sanitaires, aussi bien dans son aspect financier que dans sa dimension relative à la qualité des soins.

C'est pourquoi, dans une optique de prévention des complications liées à l'accouchement, la mise en place d'un projet appelé « Forfait Accouchement » est en train d'être expérimentée dans le district sanitaire de Guédiawaye.

Ce projet s'inscrit dans le programme « Santé urbaine » conduit depuis 2001 par la Coopération française en partenariat avec le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Il consiste, pour chaque patiente enceinte, à s'acquitter d'une somme fixe. Ce qui lui donne droit à une prise en charge financière complète tout au long de l'accouchement et de la période post-partum immédiat. Ce système s'inscrit dans le cadre d'une approche novatrice pour la prise en charge des coûts liés aux complications survenant lors de l'accouchement.

La question principale de recherche est de voir si l'environnement physique et humain, ainsi que les représentations et attentes des différents acteurs concernés sont propices à l'implantation d'un tel système. En d'autres termes, les réalités économiques et socio-culturelles s'accordent-elles avec les principes de ce projet?

L'installation d'un Forfait Accouchement dans une structure sanitaire implique à la fois les patientes, le personnel médical et les membres du comité de gestion. Comme le note Laplantine<sup>13</sup>, la maladie n'est pas perçue de la même manière si l'on se place du point de vue des agents sanitaires ou des soignés. Partant de ce constat, il serait intéressant de voir les logiques sociales déployées par les différents acteurs lors de la survenue d'une urgence obstétricale. Quelles sont les stratégies habituelles développées de part et d'autre pour prendre en charge la patiente en pareille circonstance?

---

<sup>12</sup> Y.JAFFRE & J.P.O.DE SARDAN, *Une médecine inhospitalière*, APAD/KARTHALA, 2003, pp57-58

<sup>13</sup> F.LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1997, P246.

Par ailleurs, le « Forfait Accouchement », bien qu'étant un système de prévoyance des risques assez particulier de par ses mécanismes de fonctionnement, n'en appelle pas moins à une participation financière de la part des membres. Cependant, il est démontré que l'adoption des systèmes de protection sociale, surtout si le système envisagé est de type contributif, se heurte souvent à une culture n'ayant pas la pratique de la prévoyance des risques. Tenant compte de ce fait, on peut se demander quels seraient les déterminants d'une acceptation de la population de ce nouveau cadre qui leur est proposé?

## 1.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de dégager, à travers la description des différentes représentations des acteurs concernés, les enjeux de la mise en place d'un Forfait Accouchement dans le district sanitaire de Guédiawaye.

Ainsi, nous nous proposons de :

- explorer l'offre de services existants en matière de soins obstétricaux au sein du district, ainsi que les différentes pratiques qui s'y rapportent.
- Analyser les perceptions du parcours d'accouchement par leurs auteurs, ceci en vue de faire apparaître les aspirations de la population en matière de prise en charge dans ce domaine.
- Identifier les dimensions de la qualité des soins telles qu'appréciées par les destinataires du Forfait Accouchement en rapport avec les mécanismes que celui-ci compte instituer en ce sens.

## 1.3. Hypothèses

Partant de ces objectifs, nous avons dégagé les hypothèses suivantes :

L'environnement socio-économique du district de Guédiawaye fait que la mise en place d'un Forfait Accouchement est un besoin réel.

L'expérience acquise par les populations ces dernières années en matière de prévoyance des risques maladie est favorable à une large acceptation du Forfait Accouchement.

## 1.4. Définition des concepts

Pour mener à bien cette étude, nous allons expliciter certains concepts-clé : santé, prise en charge, santé de la reproduction, Forfait Accouchement.

Selon l'OMS, **la santé** est *un état de parfait bien être physique, mental, social et non seulement l'absence de maladies.*

Cette conception ne réduit pas seulement la santé à une réalité d'ordre médical ou physique. Elle insiste sur le bien-être social en tenant compte de l'ensemble complexe des facteurs culturels, économiques, sociaux, politiques et environnementaux, ainsi que des composantes biologiques ou génétiques qui tous influencent la santé et le bien être des populations. En

effet, comme le dit Claudine Herzlich<sup>14</sup>, la santé ne se limite pas à son évidence «organique», «naturelle». L'expression même de bonne santé (ou de mauvaise santé) n'évoque pas seulement l'état individuel au sens biomédical. Elle inclut aussi l'ensemble de la société du moment que celle-ci en ressent directement ou indirectement les répercussions. C'est pourquoi Parsons disait que « *la santé apparaît de la manière la plus immédiate comme une des conditions requises du fonctionnement de tout système social* »<sup>15</sup>

Ainsi, si la santé se place comme étant un enjeu de société, elle est aussi, par voie de conséquence, analyseur du social. De ce point de vue, sa dimension politique est cruciale. Comme l'affirment certains spécialistes<sup>16</sup> en santé publique, la santé doit être appréhendée, non seulement dans son sens de politique de santé mais au sens plus vaste de « politique de la santé », domaine qui incorpore entre autres les inégalités et la protection des malades.

Ce dernier aspect concernant la prise en charge des malades constitue le fondement sur lequel repose cette étude.

De façon générale, **la prise en charge** dans le domaine de la santé renvoie souvent à deux aspects : l'un médical et l'autre financier. Ces deux aspects, loin d'être isolés, sont complémentaires dans tout processus de soins. Depuis l'instauration de la tarification des services de santé entraînant l'exclusion de certaines couches de la population aux soins, une prise en charge financière devient essentielle pour l'accès des plus démunis à des services de santé de qualité et au moindre coût.

La prise en charge financière peut être ainsi vue comme une sorte de couverture sociale visant à protéger l'individu contre les principaux risques de maladie, son objectif étant de protéger les revenus et d'assurer l'accès aux services de santé. Jusqu'à un passé récent, le dispositif de protection sociale n'était constitué que de l'appareil étatique et des organismes institutionnels de sécurité sociale. Au cours de ces dernières années, différentes formules communautaires de prise en charge des risques maladies ont vu le jour. Des systèmes d'épargne individuelles santé aux mutuelles en passant par les coopératives de santé, tous ont pour but d'élargir la protection sanitaire aux populations ayant des revenus faibles. Ces initiatives mutualistes qui se sont développées rapidement ces dernières années offrent entre autres des soins en santé de la reproduction...

---

<sup>14</sup> C.HERZLICH & J.PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris, 1990, p15.

<sup>15</sup> T.PARSONS cité par A.AKOU et P.ANSART, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Le Robert Seuil, 1999, p469.

<sup>16</sup> D.FASSIN, « *La globalisation de la santé : éléments pour une analyse anthropologique* », in *Systèmes et politiques de santé*, Karthala, Paris, 2001, p36.

Le système de prise en charge qui fait l'objet de cette étude s'est orienté vers ce type de soins dont les critères de définition ont subi des changements au cours de ces dernières années.

En effet, le nouveau concept de **santé de la reproduction** (SR) tel que défini lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), ne se limite plus à la santé de la mère et de l'enfant mais englobe tous les besoins et services des différentes composantes de la population. La SR signifie donc le bien être tant physique que mental de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.<sup>17</sup> Ses composantes sont :

- la santé de la femme,
- la santé de l'enfant,
- la santé des jeunes, celle des hommes.

Le volet «santé de la femme» concerne :

- la prise en charge des problèmes gynécologiques (troubles fonctionnels, infertilité, cancers, ménopause,
- la surveillance de la grossesse,
- la surveillance du travail et de l'accouchement,
- la surveillance du post-partum, du post-abortum et le suivi post-natal.<sup>18</sup>

Dans son aspect lié à la santé maternelle, la SR suppose que les femmes puissent accéder à des services de santé leur permettant de mener à bien une maternité à moindre risque que ce soit au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum.

Le **Forfait** dont il est question ici concerne uniquement les soins d'accouchement. C'est un mécanisme de mise en place d'un tarif unique de l'accouchement qu'il soit simple, compliqué ou nécessitant d'autres soins urgents. Il vise à accorder une prise en charge financière complète tout au long de l'accouchement et de la période post-partum immédiat.

En effet, **l'accouchement** peut être soit simple ou compliqué. Dans le premier cas, il est défini comme tout acte de délivrance d'une parturiente après la phase terminale d'une grossesse.

On parle d'accouchement compliqué lorsque l'acte de délivrance nécessite une intervention au bloc opératoire. L'intervention peut comprendre différentes opérations telles la césarienne,

---

<sup>17</sup> République du Sénégal, Déclaration de la Politique de Population (DPP), 2002, p28.

<sup>18</sup> S.K.MAIGA & M.DIALLO, Opérationnalisation de la santé de la reproduction dans les programmes de population des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, FNUAP, Dakar, 1998, p41.

les opérations suite aux ruptures utérines, les forceps et entraîne souvent un surcroît de dépenses souvent importantes pour les patientes.

## **1.6. Revue de la littérature**

Les études portant sur l'inaccessibilité aux soins de santé font souvent appel aux dimensions suivantes: géographique, économique, administrative, cognitive et psychosociologique. Cependant, de nombreuses études économiques, anthropologiques et même celles relevant de santé publique montrent que le facteur économique est un élément déterminant dans l'accès aux soins.

Didier Fassin, dans Pauvreté, urbanisation et santé<sup>19</sup> a montré, à la lumière des résultats d'une enquête menée à Pikine, que les ressources économiques dont dispose l'individu est l'un des facteurs majeurs pouvant orienter les choix thérapeutiques. En outre, il démontre que la survenue d'un événement inattendu (comme les accidents, les complications de l'accouchement...) renforce de manière brutale cette corrélation. Cette thèse est renforcée par les auteurs d'un ouvrage coordonné par Didier Gobbers<sup>20</sup> et qui, partant de recherches menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, ont démontré que la disponibilité de moyens financiers est un facteur clé dans la fréquence ou non des structures sanitaires.

Ces ouvrages ont montré l'importance des ressources économiques dans tout processus de soins. En même temps, ils laissent entrevoir d'autres causes d'inégalités aux soins tels les facteurs socio-culturel, géographique...

Dans le domaine plus particulier de l'accessibilité aux soins de santé maternelle, la plupart des études s'inscrivent dans le contexte plus global de la santé de la reproduction. Ainsi, l'ouvrage Santé de la Reproduction en Afrique<sup>21</sup> traite des différentes contraintes de l'accès aux soins de la mère, de l'enfant, de l'avortement.... L'étude prospective Femmes sénégalaises à l'horizon 2015<sup>22</sup>, en retraçant les différents problèmes rencontrés par les femmes dans le domaine de la santé, relève que la maternité est l'un des risques les plus importants pour la santé de la femme. Les décès maternels y sont attribués à des facteurs économiques, socioculturels, démographiques. L'ouvrage démontre en même temps l'importance de la prise en charge effective des urgences obstétricales dans la réduction de

---

<sup>19</sup> D.FASSIN, « *Pauvreté, urbanisation et santé* », in Psychopathologie africaine, 1986-1987, vol 21, n°2, pp155-176.

<sup>20</sup> D.GOBBERS (Ss la dir), Qualité et accès aux soins en milieu urbain, CF/UNICEF, 2002, 217p.

<sup>21</sup> A.GUILLAUME & al., Santé de la Reproduction en Afrique, FNUAP /IRD, 2002, 365p.

<sup>22</sup> Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale/Population Council, Femmes sénégalaises à l'horizon 2015, Dakar, 1993, 239p.

cette mortalité. Cette thèse est appuyée dans l'ouvrage intitulé Pour une maternité sans risque<sup>23</sup> où différents retards ayant trait à l'aspect financier, l'ignorance, l'éloignement des structures sanitaires ont été cités comme étant à l'origine de cette mortalité. De même, La mortalité maternelle au Burkina Faso<sup>24</sup> attribue à ces décès des causes médicales mais aussi non médicales comme le facteur logistique, le statut de la femme, les manquements dans les structures sanitaires.

Ces ouvrages ont le mérite de nous éclairer sur les facteurs considérés comme étant les causes principales de mortalité maternelle.

Par ailleurs, la prise en charge financière des soins de santé a fait l'objet de bon nombre d'études. Ces dernières années, le débat sur le partage des coûts des soins de santé a été reposé sous un autre angle du fait d'un constat d'une sous utilisation des services sanitaires suite à l'application de l'IB. Dans un ouvrage édité par le BIT et intitulé La sécurité sociale : un nouveau consensus<sup>25</sup>, il est proclamé de nouvelles résolutions pour faire bénéficier de la protection sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur.

Un autre ouvrage, Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance<sup>26</sup> s'inscrit dans la même dynamique. Ce document propose une nouvelle réflexion sur les politiques de tarification des soins médicaux dans le but d'améliorer la qualité et l'équité au niveau des prestations. L'auteur met en exergue l'importance de l'assurance maladie autofinancée qui offre, selon lui, de réelles possibilités de mettre en place de meilleurs systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

Dans la même perspective, le rapport de Couty Fall<sup>27</sup> traite en parallèle des mesures institutionnelles prises par l'Etat sénégalais et celles initiées par la société civile (notamment à travers les mutuelles) pour élargir la couverture aux acteurs de l'informel.

Le mérite de ces ouvrages est de nous faire prendre conscience de l'importance de la population laissée de côté par les régimes de protection formelle. Par la même occasion, ils ont montré les limites des systèmes de micro-assurance santé en matière de soins maternels qui, pour la plupart encore à l'état embryonnaire, ne couvrent pas les prestations au coût jugé

---

<sup>23</sup> E.I.RANSON & V.YINGER, Pour une maternité sans risque, PRB, Washington, 2002, 36p.

<sup>24</sup> C.M.ZOUNGARA & A.PARI, « *La mortalité maternelle au Burkina Faso* » in Santé de la mère et de l'enfant (Exemples africains), IRD, Paris, 1999, pp82-108.

<sup>25</sup> BIT, Sécurité sociale : un nouveau consensus, Genève, 2002, 126p.

<sup>26</sup> R.P.SHAW & C.C.GRIFFIN, Le Financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance, Banque Mondiale, Washington, 115p.

<sup>27</sup> C.FALL, Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes, BIT, 2003, 40p.

exorbitant (souvent appelées «gros risques») telles les actes chirurgicaux liés à l'accouchement.

Par ailleurs, en ce qui concerne le « Forfait Accouchement » qui est un projet nouveau, la seule étude<sup>28</sup> faite à ce propos concerne le volet économique du projet. Cette étude, réalisée en vue de la mise en œuvre expérimentale du Forfait, est une analyse du coût de l'accouchement effectuée pour pallier à un éventuel déséquilibre financier au niveau de l'offre de soins. Cette étude a permis d'évaluer les coûts approximatifs d'un kit d'accouchement dans le cadre du Forfait. L'étude n'a pas abordé cependant les habitudes de la population concernée en matière de soins de la reproduction, ni leurs aspirations en ce sens. La maladie étant perçue comme un fait social, l'analyse du vécu du parcours d'accouchement et des stratégies de soins mises en oeuvre par les acteurs nous semble tout aussi importante et doit faire appel aux différentes représentations.

Karl Jaspers affirmait que «se représenter» égalait en réalité, au delà du pôle subjectif de l'action, à édifier une doctrine qui facilite la tâche de déceler un problème ou d'anticiper actes et conjonctures. Comme le souligne Claudine Herzlich<sup>29</sup> dans une étude sur les représentations sociales, la qualité éminente de celles-ci est de donner un sens à l'action et de l'intégrer à un ensemble de comportements déterminés. «*Le jugement de valeur apparaît, dans ce cas, comme un jugement de fait* » et le rôle de la représentation dans la construction de la réalité sociale est ainsi montré.

Par ailleurs, étant considérés comme «une production mentale sociale»<sup>30</sup> concourant à la structuration de notre réalité, les systèmes de représentations n'en sont pas moins différents au sein d'une même structure. La relation thérapeutique par exemple, peut renvoyer à des représentations différentes selon que l'on se situe du côté des soignants ou des patients; ce que Mara Viveros<sup>31</sup> distingue par représentations des «professionnels» et celles des « profanes ». D'un autre coté, les médecins, tout autant que les malades, partagent la même culture que ces derniers et peuvent avoir par conséquent la même conception de la maladie (approche émique), laquelle est différente de celle des spécialistes (approche étique).

---

<sup>28</sup> **A.SOUMARE et al.**, Le coût de l'accouchement pour les Comités de santé (Etude dans le District sanitaire de Guédiawaye), Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Coopération Française, 2005, 58p.

<sup>29</sup> **C.HERZLICH**, Santé et Maladie (Analyse d'une représentation sociale), Paris, EHESS, 1996, 210p

<sup>30</sup> **G.FERREOL**, Dictionnaire de Sociologie, Armand Collin, Paris, 1995, 315p.

<sup>31</sup> **M.VIVEROS**, « *La relation entre médecins et malades* », in Sociétés, développement et santé, ELLIPSES/AUPELF, 1990, pp211-226.

## 1.7. Modèle d'analyse

Comme l'a dit Raymond Massé<sup>32</sup>, la réussite de toute nouvelle politique de santé publique dépend largement de son acceptation par la population. C'est pourquoi l'étude d'une mise en place du projet «Forfait Accouchement» au sein des structures sanitaires s'est plus axée sur les comportements des différents destinataires, lesquels peuvent être considérés comme des acteurs sociaux.

Aussi, cette présente recherche va s'inscrire dans la perspective des théories de la sociologie de l'action, en particulier celles de Weber et des tenants de l'interactionnisme.

Dans son analyse de l'action, Max Weber intègre l'expérience vécue par les acteurs et les rapports aux valeurs. Cette étude se situe dans le même cadre en essayant de discerner les significations que les acteurs donnent à leurs pratiques. En effet, elle cherche à décrire les différentes interprétations dont sont l'objet les stratégies habituelles de prise en charge des soins accouchement, en vue de mettre à jour les enjeux de leurs attentes et de leurs rapports sociaux.

D'un autre côté, en tant qu'action collective, l'étude de la mise en oeuvre du Forfait Accouchement fait appel à l'analyse des relations individuelles qui s'établissent entre les différents éléments qui y sont impliqués. En ce sens l'étude rejoint la même dynamique que celle qu'ont emprunté les théories interactionnistes. Celles ci privilégient les rapports réciproques des individus comme fondement et principe explicatif de leurs actions. Ici, le sens de l'action est produit au cours de l'action elle-même. Dans cette logique, l'établissement des faits doit porter sur l'observation attentive des processus sociaux qui se réalisent à travers les interactions directes des acteurs<sup>33</sup>.

Ainsi, l'approche compréhensive de Weber et l'analyse des relations interindividuelles développée par l'Ecole interactionniste vont contribuer à nous guider pour cette recherche.

De la même façon, les approches de quelques spécialistes en sociologie de la santé peuvent nous servir de base d'analyse. Par exemple, les théories de Claudine Herzlich sur les représentations de la maladie et de la prévention des risques, celles de Didier Fassin sur les inégalités dans l'accès à la santé seront sollicitées.

---

<sup>32</sup> R.MASSE, « *La santé publique comme projet politique et comme projet individuel* » in Systèmes et politiques de santé, Karthala, Paris, 2001, p41.

<sup>33</sup> J.P.DURAND & R.WEIL (Ss la dir), Sociologie contemporaine, ed.VIGOT, Paris, 1993, p172.

Par ailleurs, les conceptions d'Olivier de Sardan<sup>34</sup> relatives aux projets de développement pourront s'appliquer à cette étude. Selon lui, il existe deux règles de conduite, le «principe de sélection» et le «principe de détournement» qui se dégagent des comportements des populations cible face aux opérations de développement. Le premier fait référence à une situation où l'ensemble du projet n'est pas adopté en bloc par ses destinataires et le second fait état du cas où les motivations des développeurs et celles des utilisateurs potentiels sont différentes.

Au delà de ces principes généraux, il distingue d'autres logiques plus spécifiques qui peuvent se retrouver dans ce genre de situation. Il s'agit des principes de «recherche de sécurité», d'«assistencialisme» et d'«accaparement» qui peuvent constituer des forces ou des faiblesses pour tout projet de développement.

Dans cette étude, l'analyse des différentes attentes de la cible va nous permettre de mettre à jour les logiques et contraintes pouvant déterminer la mise en place d'un Forfait Accouchement dans le district sanitaire de Guèdiawaye.

### **1.8. Intérêt de l'étude**

Les répercussions dramatiques qu'ont les décès maternels à différents niveaux de la société en font un véritable fléau social. Les barrières financières qu'impose l'accès aux services de santé, spécialement ceux de santé maternelle semblent constituer l'un des plus importants facteurs.

De ce fait, les différentes solutions préconisées au financement de ces soins, initiées de par et d'autres pour venir à bout de cette inaccessibilité, ne peuvent laisser indifférents les acteurs en sciences sociales, plus particulièrement ceux qui s'intéressent à la promotion de la santé.

Notre ambition, en faisant une étude sur le FA, est d'apporter une contribution, si modeste soit-elle, aux différents travaux menés jusqu'ici en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle dont la réduction optimale est une condition nécessaire vers un développement humain et économique durable.

---

<sup>34</sup> **J.P.O.DE SARDAN**, « *Sociétés et développement* » in Sociétés, développement et santé, ELLIPSES/AUPELF, 1990, pp33-37

## **CHAPITRE II : LE CADRE METHODOLOGIQUE**

Ce chapitre renvoie au cadre géospatial de l'étude, à la population-cible ainsi qu'aux différentes méthodes et techniques d'investigation utilisées au cours de cette recherche.

### **2.1. Présentation de la zone d'étude**

Le découpage administratif de la région de Dakar fait apparaître quatre départements représentant chacun 4 districts sanitaires : Dakar, Pikine, Rufisque et Guédiawaye. C'est dans ce dernier qu'est mis en œuvre le Projet «Forfait Accouchement».

#### **2.1.1. Caractéristiques de la ville de Guédiawaye**

Située dans la banlieue Nord-Est à 13 Km de Dakar, Guédiawaye est issue de la politique de décongestion du centre ville consistant à déplacer certains quartiers vers la périphérie. Initialement rattachée à la ville de Pikine, elle a été instituée en commune en 1990 et, par la suite, à la faveur des politiques de régionalisation et de décentralisation, érigée en ville en 1996.

S'étendant sur une superficie de 12,9 km<sup>2</sup>, Guédiawaye abrite une population estimée à plus de 450.000 habitants répartis dans 151 quartiers. Elle s'inscrit en troisième rang par sa population après Dakar et Pikine dans la communauté urbaine de Dakar. A l'image de la région, Guédiawaye regroupe l'ensemble des ethnies du Sénégal avec une prédominance des Wolofs. Les jeunes âgés de moins de 25 ans représentent 65% et les femmes sont en plus grand nombre que les hommes (55% contre 45%).<sup>35</sup>

Comme dans la presque totalité des quartiers périurbains de Dakar, Guédiawaye est confronté à de nombreux problèmes sociaux et économiques. En effet, le secteur de l'éducation est caractérisé par un faible niveau scolaire avec un taux d'échec relativement important pour ceux qui ont la chance d'accéder à l'école. Il s'y ajoute un degré d'analphabétisme élevé parmi la population adulte.

L'économie, pour sa part, est marquée par une absence d'activités industrielles. En effet, Guédiawaye ne compte aucune unité industrielle. La majeure partie de sa population travaille dans le centre ville, faisant d'elle une ville dortoir. La plupart des actifs évoluent dans le secteur tertiaire ou artisanal. Les activités commerciales occupent 21% de la population active et se font essentiellement au niveau des marchés (boutiques, échoppes). Les artisans

---

<sup>35</sup> **Direction de l'Aménagement du Territoire**, Superficies et effectifs de population des entités administratives, 2000, p4.

(bijoutiers, cordonniers, teinturiers), les ouvriers et les tâcherons de type réparateur (mécanicien, tailleur, menuisier, maçon...) représentent 27%.

Cette répartition reflète la précarité des activités. Par conséquent, le caractère aléatoire des revenus, associé à un taux de chômage élevé, laisse apparaître une pauvreté urbaine considérable (56% des ménages sont au dessus du seuil de pauvreté). Celle-ci est plus ressentie par les jeunes et les femmes souvent confrontés à une insuffisance de revenus<sup>36</sup>.

En outre, la ville est caractérisée par un manque d'équipements sociaux, phénomène caractéristique des villes banlieues dont la pression démographique et la forte demande en services sociaux sont très largement disproportionnées par rapport au budget local.

En matière d'infrastructures sanitaires, la ville est dépourvue d'hôpitaux. L'appareil sanitaire consiste en un centre de santé, en l'occurrence Roi Baudouin, 11 postes de santé et 3 maternités, 1 dispensaire confessionnel (Mission catholique) et une pédiatrie (Institut de pédiatrie sociale). En outre, on note à Guédiawaye, comme c'est le cas partout ailleurs au Sénégal, à une prolifération des centres de médecine traditionnelle.

L'état de santé de la population est alarmant avec un taux de mortalité maternelle égalant, en 1996, 111 décès pour 100 000 naissances vivantes, et un taux de mortalité infanto juvénile élevé<sup>37</sup>. Les premières causes de morbidité restent dominées par le paludisme (qui représente 24% des affections), les infections respiratoires aiguës (IRA), les parasitoses intestinales et les grossesses pathologiques<sup>38</sup>.

Par ailleurs, il existe à Guédiawaye une dynamique populaire très dense. Celle-ci est perceptible à travers le nombre important d'associations (culturelles, religieuses, professionnelles), de Groupements d'Intérêt Economique (GIE), de Groupements de Promotion Féminine (GPF). Leurs actions portent généralement sur des initiatives privées d'entraide ou de mutualité (tontine, création de caisses d'épargne et de crédit...).

La ville de Guédiawaye est répartie en cinq communes d'arrondissements à savoir : Sam Notaire, Wakhinane-Nimzatt, Ndiarème, Médina Gounass et Golf.

---

<sup>36</sup> **Commune de Guédiawaye**, Le Projet de Ville de Guédiawaye, 1996, P8; **Commune de Guédiawaye**, Zoom sur la ville de Guédiawaye, 2002.

<sup>37</sup> **Ministère de la Santé**, PDDES de la Commune de Guédiawaye, 1996, p2.

<sup>38</sup> Tableau de bord du district sanitaire de Guédiawaye, 2004.

### **2.1.2 L'offre en matière de soins obstétricaux au sein du district sanitaire de Guédiawaye**

Le district sanitaire de Guédiawaye regroupe l'ensemble des structures publiques de santé de la ville. Il comprend un centre de santé auquel dépendent 11 postes de santé. Ceux-ci couvrent une population de 450 000 habitants soit un poste de santé pour plus de 40 000 habitants, ratio très en deçà des normes de l'OMS.

Les formations sanitaires qui pratiquent des soins d'accouchement sont au nombre de 5 : le Centre de Santé Roi Baudouin (CSRB) et les postes de santé Ndiarème, Fith Mith, Nimzatt et Hamo Tefes.

Ouvert en janvier 1985, le centre de santé Roi Baudouin est la structure de référence du district. Il constitue un dispositif essentiel en matière de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) grâce à l'existence, depuis 1996, d'un bloc opératoire capable de prendre en charge toutes les urgences obstétricales. En 2004, l'ensemble des structures du district ont réalisé 11 289 accouchements dont 63,12% enregistrés au centre de santé Roi Baudouin. Au niveau des postes de santé, c'est Ndiarème qui a réalisé la plus grande performance en terme de volume d'activités avec la moitié des accouchements à son actif (51,98%), suivi de Nimzatt (32,67%), Fith Mith (11,13%), et enfin Hamo Tefess (4,22%). Sur les 7126 accouchements effectués au centre de santé, 16,05% sont des interventions relatives aux complications d'accouchements et la majorité de ces complications (82,26%) est constituée de césariennes.<sup>39</sup>

La maternité du centre de santé Roi Baudouin est dotée de deux unités : le service «santé de la reproduction» et le service «accouchement». Celui-ci prend en charge les accouchements (normaux et compliqués). Il est composé de la salle d'accouchement (équipée de 7 lits et de 7 tables), du bloc opératoire (où 5 lits sont disposés au niveau de la salle de réveil) et de l'unité hospitalisation ou «suite de couches» qui comprend les divisions «grossesses pathologiques», «accouchées normales», et l'unité «post-opératoire» réparties sur une trentaine de lits.

Le service SR comporte les démembrements suivants : les consultations gynécologiques, les consultations prénatales et postnatales (CPN et CPON), le planning familial (PF), et l'échographie.

L'équipe de la maternité est composée de 2 médecins gynécologues, 21 sages-femmes, 6 infirmiers brevetés, 11 agents de santé communautaires (ASC) et une matrone.

---

<sup>39</sup> **A.SOUMARE et al.**, Le coût de l'accouchement pour les comités de santé :étude dans le district sanitaire de Guédiawaye, 2005, p1.

Au niveau des quatre postes de santé cités, les soins de santé maternelle concernent seulement les CPN, le PF et l'accouchement normal. L'organisation de la maternité est quasi identique dans l'ensemble de ces structures. Chacune d'elles est dirigée par une maîtresse sage-femme assistée par 4 à 6 matrones.

Avant la mise en place du Forfait, le tarif d'un accouchement simple au niveau des postes de santé variait de 3 000F à 3 500F. Au niveau du centre de santé, il était de 5 000F et en ce qui concerne les accouchements compliqués, deux types de tarif étaient pratiqués :

- un tarif de 17 500F pour une césarienne non programmée, une hystérectomie après accouchement, une rupture utérine suturée ;
- un tarif de 10 500F pour une version par manœuvre, un forceps ou toutes autres interventions liées aux accouchements se déroulant au bloc opératoire.

En moyenne, les femmes déboursent 16 350F en cas de complications de l'accouchement

Le district sanitaire de Guédiawaye est une zone où se concentre une population très démunie. Elle fait partie des districts les plus peuplés au Sénégal. 12 099 accouchements y ont été effectués en 2000, ce qui représente environ la moitié de la totalité des accouchements enregistrés dans la région de Dakar<sup>40</sup>. Le taux de césarienne, estimé à 8,9% contre 1,7 au niveau national,<sup>41</sup> est largement au delà du minimum recommandé par l'OMS.

## **2.2. Population-mère**

L'étude a pour principales cibles :

- les patientes ayant fréquenté les services de maternité du district au moment de l'enquête ainsi que leurs accompagnants,
- le personnel soignant impliqué dans la prise en charge des patientes ciblées,
- les membres du comité de santé du district.

### **2.2.1. Délimitation**

Le FA devant être appliqué dans tout le district sanitaire de Guédiawaye, l'étude devrait prendre en compte toutes les structures publiques du district ayant un service «maternité», en l'occurrence le CS Roi Baudouin ainsi que les postes de santé Ndiarème, Nimzatt, Hamo Tefess et Fith Mith.

---

<sup>40</sup> **Direction de la Prévision et des Statistiques (DPS)**, Situation économique et sociale de la région de Dakar, 2003, p135.

<sup>41</sup> **E.O.FAYE & al./Groupe Dystocie**, Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal, DSR/CGO/SCAC/OMS, 2003, pp 19-21.

Cependant, eu égard à des contraintes de moyens et de temps, l'étude a été circonscrite au niveau du CS Roi Baudouin ainsi qu'à deux postes de santé : Ndiarème et Nimzatt.

Le choix du centre de santé Roi Baudouin nous semble évident en rapport avec la position stratégique qu'il occupe au sein du district du fait de son statut de centre de référence et de centre opérationnel du projet «Forfait Accouchement». Quant à Ndiarème et Nimzatt, leur sélection se justifie par le fait que, parmi les postes de santé, ce sont les deux qui ont réalisé les plus grands volumes d'activités avec respectivement 52% et 33% des accouchements effectués en 2004.

### **2.2.2. Echantillonnage**

Au niveau du centre de santé Roi Baudouin, les patientes de tous les services ont été ciblées. Pour les postes de santé, seules les patientes de l'unité «Suite de couches» ont été sollicitées. Ainsi, nous nous sommes entretenue avec 12 patientes au service «PF», 15 au «CPN», 11 en service «échographie» et 19 patientes en «Suite de couches» (dont 10 à Roi Baudouin, 5 à Ndiarème et 4 à Nimzatt). Ce dernier ensemble est constitué de trois catégories de répondants:

- les patientes dites «accouchées normales» au nombre de 8,
- les patientes ayant présenté une pathologie nécessitant l'admission à un bloc opératoire. Celles-ci sont réparties en deux catégories : les patientes hospitalisées en service post opératoire (au nombre de 4) et celles qui viennent subir des pansements périodiques et qui font 7.

Au total 57 patientes se sont prêtées à des entretiens.

En ce qui concerne le personnel, 10 sages-femmes (parmi lesquelles 5 MSF) ont été interviewées ainsi que 5 Agents de Santé Communautaire (ASC) et 2 infirmières; ce qui fait au total 17 agents.

En outre, nous nous sommes entretenue avec des accompagnants rencontrés dans les salles de repos ou trouvés dans les cours des structures dans l'attente des heures de visites. Quelques membres du comité de santé ont été aussi entendus.

### **2.3. Techniques d'investigation**

Nous avons adopté comme principales techniques d'investigation deux méthodes : l'exploration et les enquêtes.

### **2.3.1. L'exploration**

Cette phase a constitué la première démarche de la recherche et regroupe, d'une part, une phase de recherche documentaire et d'autre part, des entretiens exploratoires.

#### **➤ La recherche documentaire**

Elle a porté sur la revue de la littérature disponible (ouvrages, articles, revues...) et ayant trait de près ou de loin à notre thème d'étude. Elle s'est faite au niveau de la Bibliothèque Universitaire (BU), de la bibliothèque du département de sociologie, des centres de documentation de l'OMS, de l'IRD et du CODESRIA. Par ailleurs, nous avons visité plusieurs sites Internet traitant de notre thème d'étude.

Ce dépouillement bibliographique nous a permis de faire le point sur l'état des connaissances par rapport à la prise en charge des soins d'accouchement, plus particulièrement au projet « Forfait Accouchement » et ainsi, à axer notre contribution sur un aspect plus précis.

#### **➤ Les entretiens informels**

Ils ont eu lieu lors des visites et rencontres que nous avons eue avec des personnes qui, de par leurs responsabilités, ont une bonne vision du problème étudié. A travers des discussions fructueuses, ces personnes ressources nous ont éclairée sur d'autres aspects du problème. Ce faisant, elles nous ont fait prendre conscience d'autres pistes de travail auxquels nos lectures seules n'avaient pas mises en évidence.

Ce travail exploratoire nous a permis d'avoir un contact avec la réalité vécue par les acteurs et ainsi de nous familiariser avec notre environnement de recherche.

### **2.3.2. Les enquêtes**

Les outils d'investigations appliqués à l'étude sont choisis en fonction du caractère de cette recherche et des objectifs que nous poursuivons. Plus qu'une analyse sur le coût, l'étude prétend faire une analyse des discours lesquels peuvent nous faire accéder aux représentations et pratiques thérapeutiques liées à l'accouchement ; que ce soit localisées au niveau des soignés ou des soignants et pouvant influencer sur leur décisions relatives au projet «Forfait Accouchement».

Ainsi, l'étude a plus fait appel aux techniques de recherche qualitative. Les principales méthodes utilisées lors de cette phase ont été :

### ➤ Les entretiens de type semi-dirigé

L'entretien est une technique qui se caractérise par un contact direct entre le chercheur et son interlocuteur. Il convient, comme le souligne Quivy et Van Campenhoudt<sup>42</sup>, à l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés. Il vise à faire ressortir les motivations d'une personne ou ces points de vue sur un événement, une situation ou une réalité.

Cette méthode convient, dans le cas plus précis de la sociologie de la santé, aussi bien pour l'interprétation qui est faite de la maladie que des contraintes économiques et des interventions familiales. La faible directivité qu'induit ce type d'entretien permet ainsi de reconstituer les histoires de maladie dans leur complexité et leur diversité.<sup>43</sup>

Les entretiens ont été conduits sur la base de guides d'entretien. Celui adressé aux patientes a porté sur des thèmes relatifs à leur identification, les connaissances et attitudes en matière de soins obstétricaux, leurs antécédents en matière de reproduction, leur vécu de l'accouchement, les coûts qu'elles supportent, leur appréciation de la qualité des soins et leurs perceptions du projet FA.

Le guide utilisé pour les personnels de santé, toutes catégories confondues (sages-femmes, infirmiers, agents de service), fournit des informations sur leurs pratiques professionnelles, leur expérience en matière de soins d'accouchement, les relations qu'ils entretiennent avec les patientes, leur motivation au travail, les difficultés qu'ils rencontrent, leur appréciation du coût et leur point de vue sur le FA.

Les accompagnants, eux, ont été surtout interrogés sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés lors du trajet vers l'accouchement et durant le moment passé dans la structure ; ainsi que sur les différentes stratégies employées pour venir à bout de ces problèmes.

Quant aux membres du comité de santé, ils ont été interviewés sur les sollicitations dont ils font l'objet de la part des patientes, leur point de vue sur le coût des soins d'accouchement, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs fonctions et leur appréciation du FA.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> R. QUIVY & L.V. CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995, p195.

<sup>43</sup> D.FASSIN, « *Décrire (entretien et observation)* » in *Sociétés, développement et santé*, ELLIPSE/AUPELF, Paris, 1990, PP 89-90-91.

<sup>44</sup> Les différents guides utilisés ainsi que les points abordés pour chaque thème sont présentés en pages annexes.

### ➤ **L'observation directe**

C'est une technique qui appelle au sens de l'observation visuelle en vue de recevoir des informations sans s'adresser aux sujets concernés. Elle permet d'étudier<sup>45</sup> des phénomènes d'interaction au sein des groupes restreints, de capter des comportements au moment où ils se produisent et ainsi, de s'assurer de leur authenticité.

Des séries d'observation directes ont été effectuées durant toute la phase de terrain. Elles ont concerné l'accueil, les interactions soignants/patientes et soignants/accompagnants, bref, tout élément ou incident pertinent en rapport avec l'organisation des services et la qualité des soins. Ces observations, consignées par écrit, ont servi à compléter certaines insuffisances relevant du discours parfois tributaire de l'interlocuteur.

### ➤ **L'étude de cas**

Des études de cas ont été réalisées auprès de femmes ayant subi une opération chirurgicale lors d'un accouchement ; ce qui nous a permis de reconstituer de façon plus complète quelques parcours d'accouchement.

Le choix de ces méthodes réside dans le fait qu'elles sont plus adaptées aux objectifs que nous nous sommes fixée. La combinaison de ces trois techniques nous a permis de collecter ainsi des informations riches et nuancées.

## **2.4. L'enquête sur le terrain**

C'est la phase de contact direct avec la population ciblée.

### **2.4.1. Le pré-test**

Cette opération consiste à soumettre l'instrument d'enquête à une population réduite n'appartenant pas à l'échantillon en vue de vérifier la clarté des questions.

Les outils d'enquête ont été soumis à des tests avant leur utilisation. Les guides ont été prétestés auprès des patientes des autres postes de santé n'appartenant pas à l'échantillon en l'occurrence Fith Mith et Hamo Tefess. Cela nous a permis de revoir la traduction de certains termes wolof et dont la compréhension portait à équivoque. Nous avons dû aussi reformuler certaines questions et réaménager la durée de nos entretiens.

---

<sup>45</sup> **G.FERREOL et al.**, Dictionnaire de sociologie, Armand Collin, Paris, 1995, p83.

### **2.4.2. La collecte des données**

L'enquête s'est déroulée dans le courant du mois d'Août et de Septembre 2005. Elle a eu lieu lors de la phase d'expérimentation des kits d'accouchement qui a été lancée un mois avant le démarrage officiel des activités du FA.

Pour les patientes, les interviews se faisaient essentiellement dans la matinée, moment des consultations où l'on enregistrerait une certaine affluence des malades. Les entretiens commençaient après que l'équipe chargée de l'animation au sein de la structure ait terminé sa séance quotidienne de sensibilisation ; laquelle portait sur divers thèmes dont le projet FA.

En ce qui concerne le personnel, les entretiens se faisaient généralement dans l'après midi, moment où il restait moins de patientes, ce qui les rendait plus disposés à nous parler.

Dans l'ensemble, les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions. Rarement avons nous rencontré de réticences auprès des patientes. Celles-ci étaient prêtes à nous parler dès l'exposé du but de l'enquête. Au cours de l'entretien, nous laissions libre cours au discours de l'interlocuteur après lui avoir indiqué un thème (ou sous thème). Nos interventions se limitaient à des relances pour les encourager à parler, à approfondir certains points ou recentrer la discussion autour du sujet.

L'ensemble des interviews se sont déroulées dans des conditions garantissant leur confidentialité ; ceci en vue de relever les barrières qu'aurait pu constituer l'évocation d'un sujet considéré comme intime.

Les discussions avec les patientes se sont faites en langue nationale wolof. Pour les professionnels de santé, nous avons fait usage du français, sauf pour quelques uns qui ont préféré s'entretenir avec nous en wolof.

Les entretiens étaient tous enregistrés sur cassette et transcrits par la suite.

### **2.4.3. Difficultés rencontrées**

Notre introduction, par les initiateurs du Projet, a levé certaines contraintes auxquelles nous aurions pu être confrontée. Ainsi, notre présence, perceptible au début, est très vite associée au décor.

Cependant, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés liées à l'état de fatigue de certaines accouchées ; ce qui a fait qu'au niveau de l'unité « hospitalisation », nous avons beaucoup plus parlé avec les accompagnants.

En outre, il y a le manque de disponibilité du personnel qui, trop occupé par les malades ou trop fatigué après le temps de travail, renvoie souvent l'entretien au lendemain ; ainsi, il nous fallait à chaque fois les relancer ; ce qui a un peu retardé notre temps d'enquête.

S'y ajoute le défilé continu de visiteurs occasionnant des interruptions au cours des enregistrements. Ceux-ci proviennent la plupart du temps des patientes ou des accompagnants qui viennent demander des renseignements ; mais aussi du personnel médical (lorsqu'il s'agit d'un entretien avec une accouchée) qui vient pour les soins.

## **2.5 Le profil de la population enquêtée**

L'identification de nos enquêtées repose essentiellement sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques. L'enquête a porté sur 57 patientes âgées entre 15 et 40 ans. La majorité d'entre elles se situent dans les tranches d'âge 30-35 ans (32%) et 20-25 (28%).

La plupart des femmes enquêtées habitent Guédiawaye (34 sur 57) et une bonne partie viennent des quartiers environnants (31%). La majorité des personnes appartenant à cette dernière catégorie (66%), proviennent de Pikine ; les autres de Thiaroye, Parcelles assainies, Rufisque, Diamaguene. 3 patientes parmi les enquêtées habitent des quartiers plus éloignés (Grand Dakar, Niarry Tally, Castors) et celles venant d'autres régions sont au nombre de deux. Cette répartition reflète l'étendue de la zone de couverture du centre de santé dont la portée dépasse la région de Dakar.

En ce qui concerne le statut civil, la majorité des interviewées sont des femmes mariées (91%). La répartition selon le nombre d'enfants montre qu'une bonne partie des patientes (41%) ont plus de 3 enfants. Celles qui ont 5 enfants et plus représentent 12% et les femmes vivant leur première grossesse sont au nombre de 4.

La distribution selon le degré d'instruction révèle le faible niveau d'instruction des femmes interrogées. Près de la moitié (47%) ne sont pas scolarisées. Sur les 30 patientes ayant fréquenté l'école, 63% n'ont pas dépassé le niveau primaire et une seulement a fait des études supérieures.

Plus de la moitié des femmes interrogées (53%) se disent ménagères et n'exercent aucune activité professionnelle. Pour celles qui ont une occupation, très peu exercent une activité économique rentable. La plupart d'entre elles (25%) font du petit commerce (vente de légumes, de fruits, de marchandises diverses) ou sont dans le secteur des services (restauration, couture, teinturerie, coiffure).

Une forte proportion des femmes mariées (78%) ont pour conjoint des personnes qui exercent dans le secteur de l'informel et la plupart du temps à leur compte. La majorité d'entre eux (44%) s'activent dans les professions de la production (maçonnerie, menuiserie, tapisserie...) ou des services (commerce, chauffeur...) Les émigrés représentent 10% et ceux qui exercent un emploi salarié sont minoritaires (6%).<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Les tableaux rapportant aux différentes caractéristiques des femmes enquêtées sont présentés en pages annexes.

## **DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS**

### **CHAPITRE III: PRESENTATION DU PROJET « FORFAIT ACCOUCHEMENT »**

Les données reprises dans ce chapitre sont issues de plusieurs sources : examen du Guide d'information et de procédure du «Forfait Accouchement» (FA), rapport sur « Le coût de l'accouchement au niveau du district de Guédiawaye», entretiens avec les responsables du Projet.

#### **3.1. Contexte de création**

Le projet de création du FA est né d'un constat général fait au niveau des maternités du Sénégal et faisant état des difficultés rencontrées par les femmes pour payer les soins coûteux que nécessite l'accouchement. Ainsi, la mise en place du FA est une volonté d'allègement des dépenses de santé chez les femmes parturientes (surtout celles présentant des complications) mais aussi d'amélioration de la qualité de leur prise en charge.

C'est vers la fin des années 90 que le projet FA a été mentionné pour la première fois dans le cadre du programme « Maternité sans risque ». Il a été ensuite inscrit dans le FSP « Santé urbaine et lutte contre la bilharziose au Sénégal » conduit depuis 2001 par le Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'ambassade de France (SCAC) avec l'approbation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM). Cette expérience est appuyée et financée par la Coopération Française (CF) dans le cadre du FSP « Santé urbaine ». Elle a été d'abord pensée dans une optique de mutuelle puis d'assurance césarienne avant d'être instituée en Forfait étendu à l'ensemble des soins liés à l'accouchement et à la période post-partum.

Le FA est une innovation réalisée dans la Région Médicale de Dakar sur proposition du district sanitaire de Guédiawaye et en accord avec le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Le district de Guediawaye a été choisi pour servir de zone test à ce projet. Il a été

ciblé en raison du niveau élevé d'accouchements et de fréquentation de son centre de santé par les femmes.<sup>47</sup>

C'est dans cette perspective que des ateliers de réflexions regroupant l'ensemble des actions concrètes, de réunions, d'enquêtes économiques, de présentation et d'explication du projet ont été organisés au niveau des structures de santé impliquées du district. Une vaste opération de mobilisation sociale a été faite; des séances de sensibilisation ont été menées auprès des groupes de femmes de la localité, des mosquées, des associations diverses.

La phase d'expérimentation a été lancée durant tout le mois de septembre 2005 et le démarrage officiel des activités a eu lieu le 05 octobre cette année.

### **3.2. Principes et mécanismes de fonctionnement.**

#### **3.2.1. L'organisation du Forfait**

Le Fa est un système original de recouvrement des coûts liés à l'accouchement. Il fonctionne selon le principe d'une mutualisation des risques de complications d'accouchement. Il offre à toute femme parturiente la garantie d'un prix unique et acceptable, quelle que soit l'issue de l'accouchement même en cas de césarienne.

Il repose sur les principes de prévoyance et de partage solidaire des risques financiers de l'accouchement. Le but est d'assurer l'accessibilité financière de tous, en particulier des plus démunis à travers l'élargissement de l'assiette de recouvrement des soins coûteux. Le système favorise ainsi la participation des usagers et vise à diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

Le FA est mis en oeuvre dans toutes les formations sanitaires publiques du district de Guédiawaye où des soins d'accouchement sont pratiqués à savoir le CSRB et les postes de santé Fith Mith, Nimzatt, Ndiarème et Hamo Tefess.

Deux niveaux de forfaits sont appliqués : la somme de 12 000 francs est exigée au niveau des maternités de poste. Au centre de santé Roi Baudouin, une somme de 18 000 francs est appliquée. Ces différents niveaux de forfait ont été établis afin de favoriser les structures périphériques vers lesquelles s'adressent plus facilement les populations démunies et ainsi d'éviter les effets de sélection adverse vers Roi Baudouin. Cette somme forfaitaire peut être

---

<sup>47</sup> Le district de Guédiawaye a réalisé 12 099 accouchements en 2000, soit environ la moitié des accouchements effectués dans la région de Dakar. Son centre de santé (le CSRB) a le niveau le plus élevé en terme d'accouchements parmi les structures publiques de la région de Dakar. Voir **DPS, Situation économique et sociale de la région de Dakar**, 2003, p 135 ; **E.O.FAYE et al/Groupe Dystocie, Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal**, DSR/CGO/SCAC/OMS, 2003, p33

réglée en une ou deux tranches égales, payables au cours de la période prénatale ou le jour de l'accouchement. Le paiement est décentralisé. Il peut s'effectuer auprès de toutes les formations sanitaires concernées par le Forfait.

Le centre opérationnel du forfait se situe au centre de santé Roi Baudouin. C'est le comité de santé de district qui a la charge de gérer les fonds du FA. L'ensemble du système est suivi par un comité de pilotage et un comité de suivi.

### **3.2.2. La procédure de prise en charge**

Le forfait prend en charge l'accouchement, qu'il soit normal ou non, et couvre donc les prestations suivantes :

- les frais de l'accouchement dirigé, de l'épisiotomie, des médicaments en cas d'urgence, de la césarienne
- les frais de transport en cas d'évacuation d'une maternité publique du district vers le CS Roi Baudouin
- les frais de suite de couches pendant le séjour dans la structure de l'accouchement
- les frais de soins du paludisme au moment de l'accouchement
- la prise en charge de soins au nouveau né au niveau de la structure
- les frais de transport en cas d'évacuation du district vers une maternité de référence

La prise en charge établie par le forfait comporte cependant un certains nombres de limites. En effet, le forfait ne couvre pas la surveillance de la grossesse ni les pathologies indépendantes de celle-ci. Il ne couvre pas non plus les soins donnés dans d'autres formations sanitaires non publiques du district ou dans les formations publiques hors du district. En cas de référence par une structure « hors forfait », la règle du forfait sera appliquée aux patientes pour éviter toute discrimination et malgré les risques de sélection inverse possible. En outre, Le forfait ne prend pas en charge les soins liés aux avortements.

Les médicaments et les consommables utilisés pour les soins d'accouchement sont mis pour l'essentiel sous forme de kits. On en distingue 4 sortes : kit d'accouchement, kit d'épisiotomie, kit d'urgence et kit de césarienne ; ceci pour assurer la disponibilité continue des médicaments ainsi que des consommables nécessaires.

Toute femme qui accoucherait dans un des 4 postes de santé du district aurait à payer le « tarif forfaitaire poste de santé » et ne devrait plus rien payer jusqu'à sa sortie, le contenu de l'ordonnance habituelle faisant partie des kits. En cas de complications, cette femme sera référée au centre de santé et prise en charge sans frais supplémentaires jusqu'à sa sortie.

Toute femme qui accoucherait au centre de santé (comme premier recours) aura à payer le « tarif forfaitaire centre de santé ». Elle bénéficierait alors de tous les soins nécessaires pour la délivrance quelle que soit le type d'accouchement et sans frais supplémentaires ni d'autres ordonnances.

### **3.2.3. La prise en compte de la qualité des soins par le FA**

La question de la qualité des soins a été bien mise en évidence dans le processus de mise en œuvre du Forfait. Partant du constat qu'une amélioration de cette qualité dépend en premier lieu du degré de motivation des soignants, il est fait état dans le guide de procédure du Forfait de mécanismes d'amélioration de cette motivation. Ainsi, dans le cadre de l'application du Forfait, des primes à l'attention du personnel médical sont prévues.

Ces primes, tirées d'une partie des bénéfices réalisés sur les tickets d'accouchement et/ou de césarienne (soit 15%), seront calculées sur la base du nombre d'accouchements réalisés et d'un indice de qualité apprécié grâce à une "supervision formative". Celle-ci, définit selon des critères du respect de l'application des « Politiques, Normes et Protocoles » pour tout le paquet de services dispensés dans les structures, s'efforce en outre d'apporter à ces dernières les formations, corrections et informations utiles à une adaptation de la qualité.

Ces motivations pour la qualité concernent tous les agents qui travaillent au niveau des soins d'accouchement : médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires, filles de salle, matrones...

En outre, le respect du principe d'équité est envisagé dans la prise en charge. Chaque patiente de la même maternité paie la même somme et bénéficie des mêmes kits, quel que soit le déroulement de l'accouchement.

Ainsi la mise en place du forfait a pour but de permettre :

- un accès financier plus facile aux interventions liées aux accouchements compliqués
- de mettre fin au paiement fractionné des différentes dépenses liées aux accouchements
- de renforcer la solidarité au niveau du district
- d'améliorer la qualité de l'offre de soins

Le chapitre suivant est consacré à la description des parcours d'accouchement des femmes enquêtées.

## **CHAPITRE IV : LE PARCOURS DES FEMMES PARTURIENTES : ATTITUDES, OBSTACLES ET ATTENTES**

Ce chapitre va essayer de faire ressortir, à travers les entretiens que nous avons eus avec les patientes et le personnel médical, les comportements de celles-ci en matière de santé maternelle, leur vision de l'accouchement, les difficultés rencontrées lors de cette expérience et leurs aspirations dans ce domaine.

### **4.1. Les comportements face à l'offre de soins**

Les attitudes des patientes en matière de soins maternels vont être décrites à partir de plusieurs critères à savoir les motivations liées à la fréquentation de la structure sanitaire, le suivi des CPN et l'itinéraire thérapeutique des femmes au cours de la grossesse.

#### **4.1.1. Le choix de la structure de soins**

Le premier acte dans toute recherche de soins porte en général sur le choix de la structure. Celui-ci répond à divers facteurs parmi lesquels la localisation géographique joue un rôle très important. En effet, plus de la moitié des femmes (53%) nous ont révélé avoir choisi la structure parce que celle-ci est la plus proche de leur domicile.

D'un autre côté, la réputation dont jouit le personnel de santé exerçant sur les lieux est un facteur de choix important pour les patientes. En effet, les jugements que les populations portent sur le personnel, fondés sur des critères aussi bien objectifs (compétences techniques du personnel) que subjectifs (gentillesse ou dureté du personnel) justifient l'estime qu'ils leur vouent. Par conséquent, la structure est mieux fréquentée si le personnel bénéficie d'une considération favorable. En témoignent ces propos de patientes :

- Je viens ici parce que j'ai entendu dire qu'ils [les agent de santé] sont très compétents.
- Une voisine m'a racontée qu'on l'avait bien traitée. C'est pourquoi je suis venue.

Cette renommée renvoie la plupart du temps à une seule personne, en l'occurrence la maîtresse sage-femme du poste, laquelle habite au sein de la structure et est bien connue autour de la circonscription. En atteste le discours de cette femme :

A chaque fois, j'entends dire par mon entourage que la sage-femme qui est ici est gentille et qu'elle connaît bien les problèmes de femmes.

D'autres logiques aussi apparaissent dans le choix de la structure de soins. Les relations interpersonnelles entrent souvent en jeu. Le fait d'avoir des connaissances parmi les membres du personnel ou d'être recommandé induit un certain nombre de privilèges que les autres ne

sont pas sûrs d'obtenir. Ce que montrent les propos de ces patientes rencontrées en service CPN et qui viennent des Castors et des Parcelles Assainies, des quartiers assez éloignés de Guédiawaye :

- Ma belle-sœur m'a recommandée à une sage-femme qui est ici. C'est une amie à elle.
- Mon mari est infirmier, c'est lui qui m'a dit de venir ici

Le contournement de certaines structures plus proches au profit de celles où l'on fait partie du « réseau des personnes connues » est fréquent. C'est ce que confirme un membre du comité de santé :

Nous sommes des politiciens, nous sommes très connus par les populations. Les gens viennent ici tout le temps pour que nous réglions leurs problèmes, ils ne suivent même pas la procédure. Même les gens qui peuvent payer, ils viennent nous dire de leur apporter des avantages. Si on ne fait pas la police ici, ils vont en abuser.

S'efforcer de se forger une relation personnalisée avec les agents de santé est ainsi tout à fait valorisée et la question «khammè ngama ? (Vous ne me reconnaissez pas ?) » souvent posée aux professionnels de santé en notre présence dénote de cette attitude. Aux yeux de certaines patientes, cet effort donne droit automatiquement à des avantages, ce qui, si tel ne se trouve pas être le cas, engendre souvent des frustrations :

Bien que toute la famille vienne ici, on nous considère toujours comme des étrangers et on nous fait payer la même chose à chaque fois.

On voit ainsi qu'en matière de choix d'une structure sanitaire, les relations d'interconnaissance sont déterminantes. La structure fréquentée n'est pas nécessairement la plus proche mais le lieu où le malade est sûr d'être connu et où il pourrait bénéficier d'une attention particulière.

D'autres ont voulu venir dans la structure uniquement parce qu'elles ont déjà eu une «expérience heureuse» dans le même lieu. Cette expérience est la plupart du temps un accouchement sans problèmes. Ces affirmations reviennent comme un leitmotiv :

- J'ai toujours accouché ici et je n'ai jamais eu de problème.
- Mon aîné, je l'ai eu ici ; c'est pourquoi cette fois-ci, je suis venue ici directement. *Boo gisèe lula jik dooko bàayi* (si tu fais quelque chose qui te portes chance, tu ne l'abandonnes pas).

D'autres encore donnent comme explication la recherche de la discrétion. Le récit de cette femme qui a quitté Cambérène pour une CPN illustre cet état d'esprit :

Je viens ici parce que je ne veux pas très tôt attirer l'attention autour de mon état. Le poste de santé qui est dans mon quartier, quand tu y vas, tu es sûr de rencontrer quelqu'un qui te connaît, alors qu'ici, personne ne saura rien à ton propos.

Cette attitude consistant à ne pas vouloir se faire remarquer s'explique par le fait que dans la société sénégalaise, il est de tradition de ne pas révéler son état de grossesse, de le dissimuler le plus longtemps possible en adoptant des attitudes et un port discrets, ceci pour se préserver des « mauvais regards » et du *thiat* (mauvaise langue). En outre, le fait de se préserver d'attitudes dévoilant l'attente d'un bébé, tel l'achat de vêtements, obéit à cette même logique.

Ainsi, nous pouvons dire que la fréquentation d'une structure de soins par les femmes dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels la proximité, la considération dont jouit le personnel soignant, les relations interpersonnelles mais aussi certains aspects d'ordre socio-culturel sont très présents.

Cependant, on remarque que ces influences, si déterminantes soient-elles lorsqu'il s'agit de CPN, de visites pour un PF ou une échographie, sont minimes si on se trouve face à un accouchement. Celui-ci fait intervenir d'autres logiques allant de l'urgence médicale :

Durant toute ma grossesse, je me traitais à Le Dantec. Mais les douleurs m'ont surprise au cours de la nuit. J'avais commencé à perdre les eaux. Je n'avais pas le temps d'aller jusque là-bas ; c'est pourquoi on m'a amené ici.

...à la recherche de plus de sécurité, laquelle est plus présente, selon certaines patientes, au niveau du centre de santé où l'existence d'un équipement technique plus performant permet une meilleure prise en charge médicale de l'accouchement en cas de complications :

Ici, c'est un grand hôpital [le CSRB], ils ont plus de matériels que les dispensaires, parce que si tu accouches et que tu dois être opérée, que Dieu m'en préserve, on sait jamais, on peut avoir des problèmes. Les évacuations et tout cela, ce n'est pas sûr, je préfère venir directement ici.

Les témoignages des professionnels, principalement des maîtresses sages-femmes de poste, recourent la vision des patientes dans ce domaine :

Beaucoup de femmes viennent ici faire le CPN mais au moment de l'accouchement, la moitié d'entre elles vont vers les hôpitaux de Dakar. J'insiste toujours pour qu'elles viennent accoucher ici mais cela ne les empêche pas d'aller ailleurs.

On voit donc que quand il s'agit d'accouchement, ce sont les recours aux structures de soins les plus centralisées qui sont privilégiés. Cette préférence pour les structures situées au plus

haut niveau de la pyramide sanitaire, que d'aucuns ont appelé « la culture de l'hôpital »<sup>48</sup> et qui date de l'époque de l'Etat-Providence, fait que les structures périphériques, même si elles disposent d'une maternité, ne sont généralement utilisées que pour des prestations liées aux CPN ou au PF et sont rarement sollicitées pour un accouchement.

#### 4.1.2. Le suivi des CPN par les patientes

L'importance des CPN a toujours été démontrée dans le processus de la grossesse. En effet, elles permettent de détecter la plupart des affections pouvant conduire à des complications lors de l'accouchement et de pouvoir ainsi les prévenir.

A travers les réponses recueillies au niveau des patientes, on peut dire que l'importance des CPN semble être bien comprise. La majorité des femmes interrogées (84%) déclarent suivre normalement leurs « visites » (terme habituel utilisé pour désigner les CPN). Cependant, si nous nous référons aux discours recueillis au niveau du personnel de santé, on se rendrait compte que le suivi des CPN n'est pas si massif que le laissent supposer les nombreux témoignages des patientes. Même si bon nombre de sages-femmes enquêtées reconnaissent qu'il y a un meilleur suivi des CPN ces dernières années grâce aux séances d'IEC, la plupart d'entre elles révèlent que beaucoup de femmes encore n'effectuent pas régulièrement leurs CPN. De nombreux récits provenant des sages-femmes font état de ce problème :

- Beaucoup de femmes d'ici n'ont pas le réflexe des CPN. Elles consultent tard. Il y en a qui viennent au-delà de 6 mois. Il y en a aussi qui arrivent quelques jours avant l'accouchement, juste pour avoir le carnet. D'autres viennent pour la première fois et quand tu les consultes, elles sont à terme. Elles ne viennent généralement que quand elles ont des douleurs.
- Les femmes ne viennent en CPN que quand il y a quelque chose. Il y a toujours un motif à leur venue, soit, elles vomissent trop, soit, elles ont des douleurs abdominales ou autre chose. C'est très rare qu'une femme vienne pour une CPN à une date précise correspondant à son rendez-vous.

On se rend compte ainsi que le suivi des CPN dépend la plupart du temps de l'état de santé de la femme enceinte qui le fait seulement si une raison bien précise le justifie. Ce faible suivi des CPN et les manquements constatés au niveau des dates fixées pour les rendez-vous sont souvent attribués à l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction constatés chez la plupart des femmes, ce qui fait que bon nombre d'entre elles ne sont pas toujours conscientes de leur importance. Ce qu'illustrent les propos de cette accouchée :

Je n'ai jamais fais de CPN...parce que je n'étais pas malade...je n'ai eu aucun problème durant toute ma grossesse.

---

<sup>48</sup> **M.E.GRUENAI**, « *Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique* » in Systèmes et politiques de santé, Paris, Karthala, 2001, pp71-72-73.

En plus, certaines pathologies sont souvent reliées à l'état de grossesse et donc jugées comme tout à fait normales. En effet, faute d'une bonne connaissance des signes d'alerte, beaucoup de femmes partent du principe que certaines manifestations font tout simplement partie du déroulement de la grossesse et ne ressentent pas la nécessité de se faire consulter.

Les CPN sont ainsi encore banalisées par bon nombre de femmes, reléguées au second rang au profit d'autres priorités tels les voyages, les cérémonies ; actes souvent invoqués par les patientes pour justifier leur retard.

D'un autre coté, ces irrégularités constatées au niveau des CPN peuvent être liées à des pesanteurs socio-culturelles. Les nombreuses occupations des femmes au sein des ménages font que celles-ci ne trouvent pas toujours le temps d'honorer leur rendez-vous, le manque de temps est souvent donné comme motif de retard :

Je devais venir depuis lundi (on était vendredi), mais tu sais, durant ces quatre derniers jours, c'est moi qui suis de tour. Le matin, il faut que j'aille d'abord au marché et que je fasse la cuisine avant de pouvoir venir et à l'heure où je termine, je sais que je ne vais trouver personne ici. C'est l'heure de la descente.

On constate que ces manquements peuvent être dus aussi à des raisons relatives à la disponibilité du personnel. Maintes fois, en notre présence, des patientes ont été renvoyées au lendemain parce que la sage-femme qui les traitait était absente. C'est le cas de cette femme :

Pour ma dernière visite, j'ai eu un retard parce qu'ils ont dit que la sage-femme n'était pas là. Une était malade et il en restait seulement une qui limitait le nombre de visites. Je suis venue à trois reprises et à chaque fois je trouvais le nombre atteint.

Ainsi, on constate qu'à cause de facteurs liés à l'analphabétisme des femmes, à des pressions socioculturelles mais aussi à la disponibilité du personnel de soins, le suivi des CPN n'est pas totalement effectif au niveau des structures de soins.

#### **4.1.3. L'itinéraire thérapeutique des femmes enceintes: coexistence des médecines moderne et traditionnelle**

Beaucoup d'études ont montré que la recherche de soins ne se limite généralement pas à un seul recours thérapeutique, car comme l'a montré Fassin, « les désordres du corps et de l'esprit mettent en jeu beaucoup plus que du biologique ». Parmi les femmes interrogées, moins de la moitié (44%) nous ont affirmé se fier exclusivement aux avis médicaux. Les autres allient souvent médecine moderne et tradithérapie si elles ne s'adonnent tout bonnement à l'autoprescription médicale. Cette dernière est très pratiquée par les patientes. L'utilisation de décoctions, de tisanes, faites à partir de feuilles, racines ou écorces de plantes

aux vertus curatives est très répandue au niveau des patientes enquêtées. C'est ce que traduisent ces propos :

- je bois beaucoup de *bissap* (feuille d'oseille) et de kinkéliba. C'est bon pour une femme enceinte
- j'utilise souvent du *bissap* mélangé à du *kel*. Parfois aussi, quand je me sens trop fatiguée, je vais voir la masseuse du quartier
- j'utilise du *cèpp*, je le fais bouillir ; cela nettoie le sang et rend en même temps la peau du bébé propre et douce

Cependant, on remarque que l'automédication des femmes enceintes est particulièrement sélective. La plupart d'entre elles sont conscientes du danger de certaines boissons pas toujours opportunes. La crainte de l'effet direct de ces boissons fait que celles-ci sont plus évitées lors de la grossesse. C'est ce qui ressort de cette affirmation qui est revenue à plusieurs reprises dans les discours des patientes évoquant leur(s) grossesse(s) : « je ne bois pas n'importe quoi et pour autant que je peux, je me limite à la prescription des médecins »

Ce recours à l'automédication dans sa forme traditionnelle s'explique par le poids important de l'entourage en ce qui concerne l'administration des soins dans nos sociétés. Les connaissances populaires relatives aux recommandations et interdits à respecter durant la grossesse sont largement partagées au sein de la cellule familiale et communautaire, laquelle Janzen assimile à un « groupe organisateur de la thérapie ».

Beaucoup d'autres ont déclaré avoir recours à la tradithérapie lors d'une grossesse et à travers les discours, un large éventail de motifs se présente :

- Pour mon dernier enfant, je suis allée voir la masseuse qui est aux Parcelles Assainies, parce que si ton ventre est élevé (*sa biir bu ajoo*), il faut qu'on le masse pour qu'il descende. Elle m'a aussi donné des racines à infuser et à boire.
- D'habitude, je ne prends pas ce genre de choses mais lors de ma dernière grossesse, j'étais tellement malade que mon mari m'a emmenée voir un marabout qui m'a donné du *safara* (eau bénite) que je devais boire et m'asperger sur le corps.

Ainsi, ce recours à la médecine traditionnelle est inspiré la plupart du temps par la gravité de l'état de la femme, gravité qui installe souvent un doute quant à l'origine de la maladie. Ces soupçons nourris à l'endroit des causes médicales de l'affection poussent de nombreuses femmes à recourir à la tradithérapie :

- Lorsque je suis enceinte, je suis en même temps un traitement traditionnel parce que à chaque fois que j'accouche, au lendemain du baptême, je fais une dépression nerveuse pendant quelques jours. On m'a dit que c'est dû aux *rab* (esprits).
- Je vais voir des marabouts pour me préserver contre les djinns et autres esprits maléfiques.

On voit que pour beaucoup de femmes enceintes, la crainte de l'action de certains esprits malveillants est permanente. Cela s'explique par le fait que dans la plupart des sociétés africaines, la maladie n'est pas seulement appréhendée dans sa dimension biomédicale, le *disease* comme l'a présenté Allan Young. Elle comporte un aspect socio-culturel ancré (le *sickness*) et est ainsi perçue comme résultant d'agents externes. C'est ce qui a poussé Claudine Herzlich<sup>49</sup> à faire une distinction entre «maladie endogène», celle qui est naturelle, clinique et «maladie exogène» due à l'action d'une volonté mauvaise (Satan, démon, sorcier...) ; d'où la recherche de protection contre ces agression extérieures.

C'est ainsi que dans nos sociétés, l'étiologie non forcément médicale des maladies fait que chaque symptôme est perçu différemment. Cela explique ce «pluralisme thérapeutique» constaté dans nos sociétés où médecine moderne et médecine traditionnelle sont dans une parfaite juxtaposition.

#### **4.2. La quête de soins des accouchées : difficultés et stratégies de sortie**

La plupart des femmes interrogées sont des multipares. L'évocation des expériences d'accouchement renseigne sur ses représentations et son vécu. Pour beaucoup de femmes interviewées, l'«événement-accouchement» est une épreuve douloureuse avec, en toile de fond, une angoisse devant le risque de décès. En illustre l'expression wolof *mucc na* (elle est sauvée de la mort) pour désigner l'accouchement. La douleur ressentie et le risque qui lui est lié sont présents dans l'esprit de beaucoup de femmes :

- L'accouchement, c'est quelque chose de vraiment dur.
- L'accouchement, c'est quelque chose de grave, de douloureux, et qui a beaucoup de risques.

La crainte d'un décès suite à l'accouchement est sous jacente dans l'esprit des femmes. C'est le cas de cette mère-accompagnante :

Durant toute sa grossesse, je n'avais pas la tête tranquille. Tu sais, les affaires d'accouchement, ce n'est pas sûr. Je craignais beaucoup pour elle. Je priais tout le temps pour qu'elle accouche en paix.

Aussi, le fait de pouvoir « accoucher sans problèmes » est constamment imploré par les parturientes. Les critères d'un «bon accouchement» reposent souvent sur la faible durée du travail. Un tel accouchement est perçu comme une chance, même s'il s'est déroulé hors d'une structure sanitaire :

---

<sup>49</sup> C.HERZLICH, Santé et maladie, EHSS, 1996, p34.

Je me suis levée le matin, le ventre me faisait mal et avant qu'on ait eu le temps de m'emmener à l'hôpital, j'ai accouché. C'est après qu'on m'a amenée ici. Tout s'est déroulé tellement vite. Je n'ai eu aucun problème. Je rends grâce à Dieu.

Un accouchement sans problèmes se distingue aussi, aux yeux de beaucoup de patientes par l'absence de complications de l'accouchement :

Je suis venue vers 4 heures (de l'après-midi) et avant même pas une heure de temps, j'ai accouché. Cela s'est bien passé. Je n'ai pas eu d'agrafes ni rien.

La mort comme conséquence d'une opération non réussie génère un sentiment d'angoisse. La crainte des opérations, surtout la césarienne, est perceptible dans le discours de beaucoup de femmes :

Durant toute ma grossesse, ma seule crainte, c'était d'être opérée. C'est pourquoi lors de mon accouchement, quand j'ai su qu'on m'amenait au bloc, j'avais tellement peur, j'ai pensé que j'allais mourir.

Par ailleurs, à côté de ces douleurs naturelles, les femmes devront être confrontées à d'autres difficultés relatives à leur prise en charge lors de cette "épreuve".

#### **4.2.1. Les contraintes financières : le frein majeur à l'accès aux soins maternels**

L'analyse de la situation financière des enquêtées confirme la faiblesse des revenus à laquelle est confrontée la majorité des populations qui fréquentent le district sanitaire. En effet, la plupart des femmes interrogées n'ont aucune activité et pour celles qui ont une occupation, le métier exercé n'assure pas une capacité d'épargne considérable. En outre, la plupart des conjoints de nos interviewées évoluent dans l'informel et sont par conséquent confrontés à une précarité et à une instabilité des revenus. C'est la raison pour laquelle bon nombre de femmes parturientes rencontrent d'énormes difficultés pour faire face aux dépenses que requièrent les soins d'accouchement. Plusieurs témoignages d'accouchées en rendent compte:

- Les frais, c'est très dur pour moi. J'ai déjà dépensé plus de 25 000F et voyez ces médicament [elle me désigne une ordonnance], on me les a prescrits depuis hier mais je ne les ai toujours pas achetés.
- J'ai eu beaucoup de difficultés pour payer les frais d'accouchement. Mon mari n'a pas un travail stable. *Day taaba taaba rek* (il se débrouille simplement).

Si les récits des patientes font état d'énormes difficultés concernant les frais d'accouchement, plusieurs témoignages venant des professionnels de santé rejoignent ces propos :

- Il y a beaucoup de gens qui viennent ici avec les mains vides.
- Souvent, les parents viennent, te déposent un malade sur les bras sans rien laisser.
- On voit beaucoup de femmes qui, après avoir accouché, restent ici pendant 3 jours ou plus sans avoir de quoi payer.

On remarque donc que la plupart des femmes parturientes sont dans l'incapacité de supporter le coût des soins d'accouchement. Cette charge financière semble plus lourde lorsque l'accouchement nécessite un acte chirurgical, la césarienne plus particulièrement. En effet, presque toutes les patientes enquêtées qui ont subi ce genre d'intervention trouvent le coût élevé et bon nombre d'entre elles ont rencontré d'énormes difficultés pour subvenir aux dépenses importantes occasionnées par cette opération. C'est ce qui ressort du discours de cette femme, évoquant son accouchement :

J'étais à la maternité Nimzatt. J'y ai fait 5 jours avant qu'on ne m'évacue ici. Ma mère m'accompagnait et nous avons pris un taxi clando. Quand je suis arrivée ici, on m'a fait une césarienne... J'étais très malade après l'accouchement, j'ai passé 5 jours ici... Avec tout ce que j'ai dépensé, c'était vraiment cher. Rien que les médicaments que j'ai achetés, si je les estime, cela doit dépasser les 150 000F, sans compter le ticket de 17 000F qu'on doit payer à la sortie.

Cette femme de 27 ans habitant Yeumbeul a éprouvé les mêmes difficultés lors de son accouchement par césarienne :

Ma mère m'avait d'abord emmenée à un dispensaire qui se trouve à Yeumbeul. La sage-femme nous a dit de venir ici. Arrivée ici, les médecins m'ont consultée puis, ils ont décidé de m'amener au bloc... Les frais étaient vraiment chers. Je devais même acheter du sang parce que j'en avais beaucoup perdu. On te demande parfois jusqu'à trois poches de sang et chacune coûte 7500F sans compter que tout le temps, on te dit d'acheter ceci, d'acheter cela. Parfois, tu achètes une ordonnance et avant que tu la termines, on t'en prescrit une autre. Mon mari ne m'a rien dit mais je savais qu'il avait des difficultés pour trouver de l'argent. Tu sais, il ne gagne pas suffisamment dans son travail.

Cette patiente internée en « Suite de couches » était dans la même galère. Elle explique les conditions de son accouchement :

Je suis venue ici le samedi vers 10 heures du soir et le lendemain vers les coups de 2 heures 30, on m'a opérée. Je ne savais même pas qu'on allait m'opérer. J'étais d'abord à Sicap Mbaou et c'est eux qui m'ont dit de venir ici. Je ne connais pas le montant exact des frais parce que j'étais fatiguée. C'est mon mari qui s'occupe de tout. Mais je sais que c'est très cher, je l'entends souvent rouspéter. Hier seulement, on nous a prescrit une ordonnance de près de 20 000F et avant cela, il y en avait d'autres. Je sais qu'il ne les a pas achetés facilement (*teuboul rek jend ko*) parce qu'il n'a pas d'argent, il ne travaille pas, il a du se débrouiller (*dafa lijenti*)... Et ça reste encore parce qu'avant de sortir on doit payer la salle (le ticket). C'est très dur. En ce moment, il se démerde pour compléter.

On constate ainsi que les frais que nécessitent les soins d'accouchement semblent constituer un véritable casse-tête pour bon nombre de financeurs de ces soins (les conjoints en général). Même si par bonheur, ces derniers avaient fait acte de prévoyance en "gardant de l'argent à

côté", l'importance des frais à l'arrivée les laissent souvent dans une situation de démunis, voire de "faillite" totale. C'est le cas de ce mari-accompagnant :

J'avais gardé de l'argent parce que quand ta femme se trouve en état de grossesse, tu te prépares. C'est pourquoi j'avais mis de côté 75 000F. Mais lors de son accouchement, tout y est passé. Les frais m'ont vraiment dépassé. Il est arrivé un moment où il ne me restait plus rien. En ce moment, même le mouton du baptême me pose problème.

Un autre mari- accompagnant abonde dans le même sens :

L'opération, c'est vraiment cher. J'avais d'énormes difficultés quand ma femme a accouché. Parce que dans la vie, tu sais, dès fois tu as de l'argent, dès fois tu n'en as pas. Le premier jour où je suis venu et qu'on m'a dit qu'elle allait être opérée, je n'avais en tout et pour tout que 2 000F dans ma poche. Dieu seul sait ce que j'ai enduré avant d'avoir l'argent nécessaire.

Le coût élevé de l'opération est même reconnu par le personnel médical. Leurs témoignages recoupent ceux des patientes et des accompagnants. Une infirmière en service post-opératoire révèle :

Même si nos coûts sont plus abordables par rapport à d'autres structures, il faut reconnaître que l'opération est vraiment chère. Tu vas à la salle d'accouchement, on te prescrit des ordonnances ; au bloc, tu as des ordonnances ; ici (service post-opératoire), c'est la même chose. Donc pour les démunis, c'est dur. Ils financent beaucoup avant d'arriver ici. Ils pensent que les ordonnances s'arrêtent au bloc. Parce qu'ils doivent acheter des solutés et plein d'autres choses encore: des drapages, novalgin, synto... C'est pourquoi quand ils arrivent ici, il ne leur reste plus rien. Parfois tu vois quelqu'un qui, durant toute la durée de son hospitalisation ici n'a pas acheté un seul médicament.

Une sage-femme s'exprime dans la même lancée :

La femme quand elle accouche, elle pense le faire normalement. Maintenant, il arrive qu'au cours du travail, il y ait un problème, un obstacle qui l'amène au bloc. Là-bas, il faut beaucoup de médicaments, des solutés pendant des jours jusqu'à ce qu'elle puisse s'alimenter normalement. Tout cela doit être acheté. Tu sais avec l'IB, tout est facturé. En cas de sauvetage maternel, HRP, post-coagulopathie, certaines femmes ont besoin de transfusion sanguine, elles payent la poche à 7500F. Par exemple, celle qui vient de partir, elle a fait 9 poches, elle devait sortir depuis avant-hier mais elle était retenue ici parce qu'elle n'avait pas encore payé. Elle occupait les locaux comme ça, cela n'a pas de sens. Il y a aussi le problème des tickets à 17500F que la femme doit payer avant de sortir.

Outre l'incapacité financière des patientes, ces problèmes relatifs au financement des soins d'accouchement ont d'autres sources parmi lesquelles la cherté des médicaments occupe une place importante. En effet même si une part considérable des prescriptions médicales est constituée de génériques, la proportion non moindre des autres sortes de médicaments dont la

vente est pour l'essentiel assurée par le secteur privé rend leur prix exorbitant. Comme l'explique cette sage-femme :

Nous prescrivons toujours des génériques parce que la plupart des MEG dont nous avons besoin sont disponibles à la pharmacie de l'IB. Maintenant, il arrive que les gens aillent acheter au dehors. Cela est dû au fait que parfois, on n'a pas le temps de leur dire d'acheter à l'intérieur du centre. On leur donne l'ordonnance et on leur dit tout simplement « allez acheter ». Les gens qui ne comprennent pas le système vont acheter au dehors, ce qui va leur revenir plus cher. Parfois, ils peuvent aller à la pharmacie de l'IB [du centre], le produit est en rupture ; ils sont obligés d'acheter au dehors. Il nous arrive aussi de prescrire des médicaments officines.

Cette affirmation met le doigt sur le déficit de communication présent au niveau du centre et qui a des effets sur le coût élevé des médicaments. Cette affirmation d'une sage-femme « Il faut dire que nous communiquons peu » semble confirmer cet état de fait, ce que d'ailleurs nos observations ont corroboré. En effet, la plupart du temps, l'ordonnance est remise au gardien chargé de filtrer les entrées et celui-ci la remet à l'accompagnant sans se donner la peine de lui signifier l'endroit où ces produits doivent être achetés. L'accompagnant est souvent hélé par ces termes : « qui accompagne X? » Et quand le concerné se présente, on lui dit « va lui acheter cette ordonnance ». En outre, les pénuries fréquentes de médicaments diminuent la part achetable au sein des structures sanitaires, ce qui contribue au renchérissement du coût des ordonnances.

De ce fait, plus que le coût de l'accouchement, c'est l'achat d'ordonnances qui pose plus de problèmes aux patientes :

- Lors de mon dernier accouchement, le paiement [le ticket], n'était pas cher mais c'étaient les ordonnances qui posaient problème.
- L'ordonnance qu'on m'avait prescrite ne contenait que deux médicaments mais ils coûtaient vraiment cher. Pour l'un, on ne m'a rendu que 100 F sur les 15 000F que j'avais donnés et l'autre m'a coûté 8 000F.
- Pour mes deux accouchements, on m'a fait une césarienne et à chaque fois, les frais en ordonnances dépassent les 100 000F. Lorsque je montrais les ordonnances à mon mari, il criait toujours : quoi une ordonnance à 30 000F? Je dis : oui c'est bien 30 000f. Et souvent, le nombre de médicaments n'est même pas nombreux. A chaque accouchement, je fais 6 jours ici.

Les freins que pose le coût des médicaments sont aussi ressentis par les agents de santé. Comme l'affirme cette matrone :

- Il y en a qui viennent, tu leur dis d'acheter à la pharmacie, ils te disent carrément qu'ils n'ont pas d'argent et ils rentrent comme ça en emportant les ordonnances sans que tu sois sûr qu'ils vont les acheter.

- Parfois, ils ne comprennent pas que les ordonnances qu'on leur prescrit, c'est indépendant de notre volonté parce que les médicaments ne nous appartiennent pas. Nous, on a rien à leur offrir. On peut leur donner que ce que nous avons parce que on n'a rien.

On se rend compte ainsi que le prix exorbitant des médicaments constitue la principale difficulté à laquelle les femmes parturientes doivent faire face. En effet, il se trouve qu'au Sénégal, à l'instar de la presque totalité des pays d'Afrique subsaharienne, seule une minorité de la population est censée être couverte en matière de médicaments essentiels. Ceci découle du fait que la plupart des médicaments sont importés et donc assujettis à des conditions budgétaires draconiennes et aux taux de change défavorables des monnaies étrangères<sup>50</sup>. Ainsi, les prix appliqués aux médicaments sont la plupart du temps hors de proportion avec le pouvoir d'achat des individus, faisant que d'aucuns considèrent la décision d'acheter un médicament comme «*un investissement plutôt qu'un acte de consommation*<sup>51</sup>». Ce qui explique la ruée observée vers les marchés illicites de médicaments et l'engouement dont fait l'objet la pharmacopée traditionnelle auprès de la population ces dernières années<sup>52</sup>.

Ainsi, on constate que dans les faits, les sommes déboursées à l'accouchement sont plus importantes que le tarif exigé. Même en cas d'accouchement normal, les frais engagés en ticket, ordonnances et autres frais supplémentaires dépassent souvent les 25 000F ; ces dépenses sont de loin supérieures lorsqu'il s'agit d'une opération.

Par ailleurs, les récits des parcours d'accouchement mettent en exergue l'importance du rôle que joue le mari dans le financement des soins. Son incapacité financière voire son absence lors de l'accouchement sont des éléments déterminants dans le processus de soins de l'accouchée. Ce rôle se reflète dans nombre de discours :

- J'ai eu des problèmes parce que le travail de mon mari n'est pas stable (*démèewoul noonu*).
- J'ai tardé à payer parce que mon mari est absent; il va souvent en mer et y reste des jours

Les récits des parcours d'accouchement ont montré que la pauvreté et le coût prohibitif des soins sont les obstacles majeurs dans la prise en charge des femmes parturientes. Cependant, différents procédés sont adoptés par les populations pour éluder cette contrainte.

#### **4.2.2. Stratégies adoptées pour contourner cet obstacle**

Face à ces problèmes relatifs au financement des soins maternels, les patientes usent de toutes sortes de procédés et de recours pour venir à bout de ces contraintes. A en croire les patientes,

<sup>50</sup> C.Y.KLIMEK & G.PETERS, *Une politique de médicaments pour l'Afrique*, Paris, Karthala, 1995, pp25-27.

<sup>51</sup> *Op.cit.*, p119.

<sup>52</sup> B.D.DIAKITE et al., « *Consommation médicale à Bankoni* » in *Se soigner au Mali*, Karthala/ORSTOM, 1993, pp 154-175.

la première stratégie adoptée semble être le recours à la solidarité et au soutien familial, solidarité qui participe de la culture sociale et morale de la société sénégalaise. En effet, dans la plupart des cas, ce sont les membres proches au sein de la famille qui contribuent à la prise en charge financière des soins :

- Au moment de l'accouchement, mon mari n'avait pas d'argent. J'ai dit à ma tante d'aller voir ma sœur et c'est elle qui a tout payé.
- Durant toute mon hospitalisation, mon mari ne pouvait acheter aucun médicament. Mais je n'avais pas de problèmes parce que j'ai des parents qui peuvent m'aider.

D'autres font des emprunts pour subvenir aux frais d'accouchement. C'est le cas de cette mère-accompagnante :

Quand elle a accouché, son mari n'était pas là ; il était parti à Touba pour le magal de Darou Mousty. J'ai dû emprunter à des voisins et à des amis.

Ce mari accompagnant a usé du même recours lorsque sa femme a accouché :

Il a fallu que je coure par-ci, par là (*lijënti*) ; j'ai même emprunté à des amis.

Comme on l'a constaté, le coût prohibitif des soins de santé maternelle représente un grand obstacle au cours du parcours d'accouchement. Cependant, il ne constitue pas le seul. D'autres limites, inhérentes cette fois-ci au système sanitaire, vont apparaître tout au long de la description faite sur la pratique médicale, laquelle constitue l'objet de notre analyse dans le chapitre suivant.

## **CHAPITRE V : LES PRATIQUES DE SOINS A GUEDEAWAYE**

Le personnel interviewé, toutes catégories professionnelles confondues, comprend aussi bien les agents du centre de santé que ceux des postes de santé ciblés. La majorité d'entre eux ont plus de 20 années d'expérience professionnelle et les autres ont tous au moins 5 années d'expérience à leur actif. 5 des agents interrogés sont en service accouchement et les autres ont tous eu à travailler dans la salle d'accouchement au cours de leur carrière. Le personnel se distingue en 3 catégories : un personnel étatique, un personnel engagé par la Commune et un personnel affilié au comité de santé. Les ASC, communément appelés matrones, se retrouvent dans la dernière catégorie et ne possèdent généralement aucune qualification professionnelle. La plupart d'entre elles ont appris le métier sur le tas et ont bénéficié par ailleurs de formations en SR, en techniques de lavages de matériels entre autres.

Cette analyse sur les pratiques de soins à Guèdiawaye ne vise pas la description des savoirs biologiques ou médicaux mais porte plutôt sur les comportements des professionnels de santé et sur les problèmes rencontrés dans leurs activités relationnelles.

### **5.1. L'administration des soins aux patientes : processus et contraintes**

Les soins donnés aux femmes parturientes suivent un ensemble de procédés conditionnés souvent par l'urgence médicale. En effet, la prise en charge d'une accouchée nécessite la disponibilité immédiate des agents de santé. Comme l'explique cette ASC rencontrée dans un poste de santé :

Si une femme vient pour accoucher, je lui demande d'abord son carnet, je la "touche" pour voir comment ça avance. Je la fais entrer en salle de travail. Son admission dépend parfois, quand je suis certaine qu'elle n'est pas prête d'accoucher, je la renvoie chez elle pour un moment ou je lui dis de se promener.

On voit que la plupart du temps, l'accueil des femmes et la plupart de leurs soins incombent aux matrones. Cependant, ces dernières ne prennent ces attitudes que quand il s'agit d'accouchements normaux. Si un quelconque problème se présente, la maîtresse sage-femme est sollicitée et c'est cette dernière qui prend les décisions concernant la procédure à suivre. La reconnaissance de leurs limites en pareille situation, motivée par un manque de qualification, se perçoit à travers beaucoup de leurs discours :

Au moindre problème, on appelle la maîtresse sage-femme. C'est elle qui décide si on doit évacuer ou non. Si c'est le cas, nous on appelle le parent et on l'informe de la situation. On lui dit d'aller chercher de l'argent pour les frais qu'on va lui demander là-bas.

Quand il y a des problèmes, c'est la cheftaine de garde et la MSF qui s'en occupe. Même s'il doit y avoir évacuation. Ce sont elles qui s'occupent de tout. Nous [les matrones], on n'en sait pas grand-chose.

Ainsi, on voit que si certaines complications se présentent, celles-ci s'auto écartent et sont ainsi confinées dans des rôles subalternes (information du parent, accompagnement des malades vers les centres de référence). Dans ces moments là, ce sont les MSF qui sont au cœur du processus du déroulement de l'évacuation :

Quand on est en face d'une complication qui nécessite une évacuation, par exemple les réanimations intenses du bébé, les HRP et autres. J'établis la fiche de liaison et j'appelle l'ambulance. Il vient généralement dans les 5 minutes.

Dans les faits, les MSF ne disposent pas de toutes les prérogatives pour assurer un bon déroulement de l'évacuation. Certains aspects leur échappent et elles se retrouvent souvent désarmées face à des résistances. Comme l'affirme cette MSF :

En cas d'évacuation, la malade est toujours accompagnée par une matrone. Mais lorsque la femme a déjà accouché, les matrones ont souvent la paresse de le faire. Je leur dis toujours d'accompagner les patientes même si elles ont déjà accouché, j'insiste toujours. Mais elles te disent que l'ambulancier leur a dit que ce n'est pas nécessaire, que si elles donnent la feuille [bulletin de liaison] seulement, ce n'est pas la peine de l'accompagner ; je pense que c'est par paresse.

Par ailleurs, au cours de leur pratique médicale, les sages-femmes rencontrent beaucoup de difficultés. En effet, l'analyse des discours fait émerger plusieurs contraintes relatives aux insuffisances du système dans lequel ces acteurs de la santé sont imbriqués. Ces difficultés sont sources d'innombrables retards dans l'administration des soins.

D'abord, pour assurer le transport du malade lors de l'évacuation, les professionnels sont parfois face à des manquements. Ceux-ci sont plus présents au niveau des postes de santé isolés ne disposant pas d'ambulance. Le recours à d'autres alternatives devient alors nécessaire :

Parfois quand on appelle l'ambulance, il se peut qu'il se trouve à Fann, ou Le Dantec ou ailleurs. Le temps qu'il arrive, vous voyez bien qu'on ne peut pas attendre ; alors là, on prend généralement un taxi.

...même si ces recours sont devenus plus rares grâce à l'augmentation du parc automobile :

On a maintenant plus de difficultés depuis qu'il y a maintenant deux ambulances au niveau du district. Mais avant, on avait beaucoup de problèmes surtout la nuit, tu imagines à trois heures du matin, on se mettait sur la route pour chercher un véhicule. C'était impossible

D'un autre côté, le problème de la gestion de l'urgence demeure toujours incertain. Comme l'explique cette MSF :

Les patientes viennent souvent dans l'urgence et n'amène pas de l'argent avec elles. Si vous leur faites l'ordonnance, l'accompagnant vous dit : « il faut que je retourne chez moi parce que je suis venu sans argent ». Cela pose des problèmes au niveau des soins. Nous avons une caisse d'urgence mais nous sommes aussi limités dans l'utilisation de cette caisse. Si nous recevons 3 à 4 patientes en même temps, les médicaments sont épuisés.

Ces propos mettent le doigt sur un autre problème auquel sont confrontés les professionnels de santé à savoir les pénuries de consommables et de matériels de travail. Même si, comme l'affirment la plupart des agents interrogés, ces ruptures ne durent jamais longtemps, cela ne constitue pas moins un frein dans l'administration des soins, comme l'illustrent les propos de cette infirmière :

On a des fois des ruptures de compresses ; les pinces sont parfois insuffisantes et les malades ne comprennent pas toujours quand tu les renvoies en donnant comme motif ce genre de manquements.

Ce problème de pénuries est un fait que nos observations ont confirmé. Nous avons assisté à de multiples disputes opposant le personnel et les patientes à la suite d'un renvoi de ces dernières pour cause de « balance ou de tensiomètre défectueux » si ce n'est « des pinces qui sont insuffisantes ».

Autre problème souligné et qui est surtout présent au niveau du centre de santé, c'est l'insuffisance des capacités d'accueil au niveau de la salle d'accouchement. Cela occasionne souvent des renvois de femmes venues pour accoucher. C'est ce qui ressort des explications d'une sage-femme :

Le manque de place est notre problème majeur. On essaie de renvoyer le moins possible. Mais parfois on est obligé surtout en cette période d'affluence. De toute façon, on ne renvoie jamais une femme en travail normal. Quelles que soient nos difficultés de place, elles sont admises ; mais pour celles qui doivent entrer au bloc, on les réfère vers une autre structure.

Ce problème de manque de place est durement ressenti par les parturientes qui doivent souvent effectuer un véritable parcours de combattant pour se faire admettre. Une patiente qui a subi par deux fois une césarienne, témoigne :

Pour mon premier accouchement, j'étais à Sicap Mbao et c'est eux [les médecins] qui m'ont évacué à Le Dantec. Pour mon dernier accouchement, je suis venue directement ici [au CSRB] parce qu'en ce temps là, j'avais entendu dire qu'on réparait le bloc à Le Dantec. Avec ma belle-mère, on est venu ici à 9h du soir et ils ont dit que c'est plein. On est retourné vers les autres hôpitaux. Nous avons passé toute la nuit à errer d'un hôpital à un hôpital mais partout, on nous disait que c'était plein. Nous sommes revenues ici mais ils refusaient toujours de me prendre. Finalement, c'est au lendemain vers 11 heures (dans la matinée), quand nous sommes revenues pour la troisième fois qu'on m'a prise.

Le discours de cette mère de 7 enfants, venue pour un pansement à la suite d'un accouchement par césarienne, témoigne de la même "galère" que rencontrent les femmes en cas de manque de place :

On ne m'avait jamais opérée pour mes autres enfants. C'était la première fois. J'étais allée dans un centre de santé qui se trouve à HLM ; là-bas, on m'a transférée à Abass Ndao parce que c'étaient des jumeaux. Ils ont dit que l'un risquait de venir par le pied... d'ailleurs, il était mort-né. Lorsque je suis arrivée à Abass Ndao, ils m'ont dit que le bloc est en panne ; je suis allée à Nabil Choucair, là-bas aussi on m'a dit que le bloc est en panne. Après, ils m'ont dit d'aller à Roi Baudoin. C'était un dimanche, je suis arrivée ici vers 2 heures [du soir] et ils m'ont dit que c'est plein. Mon mari a insisté...il leur dit : « je ne sais plus où l'emmenner, je suis déjà allée partout avec elle ». Il a discuté longtemps avec eux et c'est après qu'ils m'ont prise.

De l'avis de plusieurs professionnels, ce problème de manque de place s'explique par la forte demande que reçoit le centre de santé Roi Beaudoin en matière de soins obstétricaux :

On reçoit beaucoup d'accouchées ici, des référées, des évacuées. On a parfois 3 à 4 femmes en travail sur le même lit. Il nous arrive même d'avoir des accouchements à terre.

Ces problèmes, inhérents aux dysfonctionnements du système sanitaire sénégalais (insuffisance des lits, non fonctionnement de certains services de SOU), posent un problème de surcharge et par conséquent, d'accroissement du temps de travail des personnels. Ainsi, on remarque que certains agents s'occupent d'autres fonctions ne faisant pas partie de leurs tâches. C'est ce qu'explique une matrone rencontrée dans un poste de santé :

On a beaucoup de travail ici, il m'arrive souvent de cumuler deux services : maternité et consultation.

Les propos de cette infirmière en dit long sur le surcroît de travail des professionnels :

Je suis chargée des pansements ici, je m'occupe aussi du régime des malades. Mais tu vois, je laisse parfois mon travail pour venir faire l'administration et si Mme X (la responsable du service) n'est pas là. C'est moi qui suis à cheval entre son travail et le mien.

L'insuffisance du personnel semble être la cause manifeste de ce volume de travail jugé trop élevé, c'est ce que note cette infirmière:

Le personnel est insuffisant parce que si on avait deux infirmières quelqu'un pourrait prendre la relève et on aurait pu prendre un plus grand nombre de personnes mais en ce moment, il n'y a qu'une sage-femme et une infirmière. Nous sommes très surchargées. Parfois, on reste ici jusqu'à 20 heures.

Pour conclure ce paragraphe, nous pouvons dire que l'analyse de la pratique médicale a fait apparaître d'autres causes de retards dans l'administration des soins, lesquels viennent s'ajouter sur le problème fondamental de l'incapacité financière des patientes souligné plus haut.

## 5.2. Une trame de négociations dans la prise en charge des malades

Face à l'urgence médicale et à l'incapacité des patientes à honorer leur facture, le personnel use de différents moyens propres ou mis à leur disposition pour assurer la prise en charge de l'accouchée. Comme l'affirme cette infirmière :

En général, on ne les attend pas ; quand ils n'achètent pas leur ordonnance, on est obligé de faire avec ce que nous avons. On utilise les produits qui restent, les médicaments que d'autres malades nous ont laissés.

Il peut arriver aussi que l'agent de santé finance lui-même les soins du malade :

- Souvent, je suis obligée de sortir mon propre argent pour acheter une ordonnance à une malade, le temps que le parent aille chercher de l'argent et quelque fois, il revient même pas pour me rembourser :
- Il m'est arrivé à plusieurs reprises d'acheter un pagné à des accouchées qui n'en avaient pas les moyens ou même de leur fournir de la nourriture quand on ne voit pas ces parents.

Quand le soignant s'aperçoit de l'état d'indigence dans lequel se trouve la patiente, il la met en contact avec le service social pour lui assurer une prise en charge gratuite :

Il y a des gens qui sont sans ressources. Quand tu les regardes bien, tu vois que ce sont de véritables indigents. Ces gens là ne peuvent pas payer. Nous, on est en mesure de le dire. On les connaît, on en voit tous les jours. Dans ces cas là, nous ne pouvons pas les abandonner. Nous les référons au service social qui les prend en charge. Nous avertissons toujours le service social si nous nous rendons compte que la patiente est effectivement incapable d'honorer ses ordonnances.

Cependant, le recours à ces services d'aide (comité de santé, service social) n'est pas toujours empreint de succès. C'est le cas de cette patiente qui évoque sa propre expérience :

Quand on m'a opérée, mon mari est allé voir le service social mais ils ne nous ont pas aidé. Il est venu tardivement, il leur a demandé mais ils ont refusé.

Cette déclaration faisant état d'une situation où l'aide sollicitée est remise en question recoupe celle d'un membre du comité de santé :

Si on doit aider tous les gens qui frappent à notre porte, nous serions ruinés depuis longtemps. Nous essayons d'aider le maximum possible mais il y a un pas que nous ne pouvons franchir.

Cependant, il arrive aussi que le soignant use d'un ultime recours : le refus de soigner

- Nous, on procède de cette manière : si tu es accompagnée, on te garde ici, et on dit à ton parent d'aller chercher de l'argent tout en te soignant. Mais parfois, on est obligé d'abandonner les soins (*tèe sunu loxo*) pour te forcer à payer.
- Si tu n'es pas déclaré cas social et que tu n'achètes pas les médicaments prescrits, on est forcé d'arrêter les soins et d'attendre parce que ne disposant pas de produits.

Cette situation dans laquelle la patiente se voit refuser les soins pour cause d'incapacité financière est parfois vécue par les femmes parturientes. Ce témoignage d'une patiente en offre l'illustration :

Lors de mon accouchement, les sages-femmes avaient exigé que j'amène d'abord les ordonnances avant qu'elles ne me touchent. Je leur ai dit que mon mari n'avait rien mais ils ont dit que ce n'était pas leurs problèmes. Il a fallu qu'une de mes tantes vienne et leur remet 25 000F pour qu'elles daignent me toucher.

Ainsi, on remarque que le financement des soins est à la base des principales interactions entre le personnel et les patientes au cours de la pratique médicale, interactions qui symbolisent le plus souvent la nature de leurs relations dont les différents aspects vont être débattus dans les paragraphes qui vont suivre.

### **5.3. La relation thérapeutique : théâtre de conflits permanents**

Au sein des maternités, les rapports soignants/soignés sont la plupart du temps empreints de multiples problèmes. Les propos des professionnels à l'endroit des patientes semblent confirmer cet état de fait :

- Les patientes nous créent souvent des problèmes.
- Avec les patientes, il y a toujours des brebis galeuses.

Ces difficiles relations semblent provenir des multiples incompréhensions liées à divers aspects de la qualité des soins ainsi qu'au problème de la quête financière supplémentaire à laquelle s'adonnent certains professionnels.

#### **5.3.1. La qualité des soins offerts**

La définition de la qualité des soins porte généralement sur un ensemble de critères tels la disponibilité des ressources et services, les compétences techniques du personnel et les relations interpersonnelles entre soignants et soignés.

Au vu des réponses recueillies, l'accueil et l'attitude du personnel semblent constituer les éléments majeurs d'appréciation de la qualité des soins par les patientes. Un peu plus de la moitié des enquêtées (53%) reconnaissent que le personnel leur réserve un accueil bienveillant et les traite avec gentillesse et chaleur. Ces affirmations traduisent la bonne opinion qu'ils ont du personnel :

- ici les sages-femmes sont vraiment gentilles. Elles sont chaleureuses (*dañu yëg nitt*).
- Elles ont beaucoup de compassion (*dañu bari yermandé*).

En plus des jugements portés à la qualité de l'accueil, les multiples sollicitudes verbales (civilités) ou gestuelles du personnel à leur endroit sont aussi interprétées par les patientes

comme un signe de gentillesse. Ces propos venant de deux accouchées en sont l'illustration parfaite :

- Ils s'occupent bien de toi ici (*dañ lay taxawu*). Hier même, je leur ait dit que je ne pouvais pas bouger et c'est dans mon lit qu'il m'ont « touchée » et tout ; ils me transportent même quand je vais aux toilettes.
- Quand je vomissais tout à l'heure, une des sages-femmes est venue me réconforter et me tenir le bras et après, quand j'ai fini, elle est revenue tout nettoyer.

Il faut souligner cependant que ces conditions d'accueil et de traitement favorables réservés aux patientes lorsqu'elles sont venues pour accoucher sont plus marquées au niveau des postes de santé. Les témoignages recueillis au niveau du centre de santé comportent autant d'avis positifs que négatifs. Une bonne partie des patientes rencontrées au centre de santé portent des jugements plus nuancés qui reflètent parfois d'une mauvaise considération de la part du personnel. Ces propos d'une accouchée semblent confirmer cet état de fait :

Ils [les agents] n'ont pas ton temps (*duñu la tall*). Quand tu accouches, tu as besoin d'assistance mais parfois elles te réprimandent, te harcèlent, ce qui fait que tu as peur de leur dire ce qui ne va pas, ce qui te fait mal.

Ce manque d'attention que symbolise souvent une violence verbale provenant de certains professionnels s'explique en grande partie, de l'avis de ces derniers, par la surcharge de travail plus prégnante au niveau du centre de santé :

Ici [le centre de santé], ce n'est pas la même chose qu'au niveau des postes de santé, parce que là-bas, s'il y a deux sages-femmes, elles peuvent cajoler la malade, la dorloter alors qu'ici les deux sages-femmes sont avec 30 malades ou plus par jour...Des HRP, des avortements et tout. Parfois, un malade te demande quelque chose, tu ne réponds pas, tu es occupée par autre chose, tu as la tête ailleurs et on dit que l'accueil est mauvais. Ils ne comprennent pas ce que tu endures.

Pour la plupart des patientes, ce «mauvais comportement» est lié tout simplement à un problème de personnalité :

Parfois, tu tombes sur quelqu'un de bien, parfois sur quelqu'un de dur (*tàng*). Y'en a même qui t'injurient, te menacent. Cela dépend tout simplement des tempéraments.

D'autres reconnaissent tout simplement l'ascendant manifeste du personnel à leur rencontre et le subit avec résignation, comme quelque chose d'établi :

- Les sages-femmes te harcèlent mais tu dois accepter (*muñ*), parce que c'est toi qui veux te faire soigner.
- Celui qui te soigne, tout ce qu'il exige, tout ce qu'il te demande tu dois le lui donner.

Cet "autoritarisme" dont fait parfois montre le soignant à l'égard de la patiente est vécu par cette dernière comme tout à fait normal et ainsi accepté. Comme l'a remarqué Didier Fassin<sup>53</sup>,

---

<sup>53</sup> D.FASSIN. *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 1992, p82

l'«homme de savoir», qu'il soit médecin, guérisseur, marabout, est à la fois incontestablement un «homme de pouvoir» qui en use pour asseoir parfois un puissant clientélisme mais aussi un important prestige autour de lui.

Ainsi, on constate que les relations sont parfois difficiles entre les patientes et les professionnels. Selon ces derniers, ces rapports sont plus tendus avec les accompagnants. C'est ce qui ressort de ces explications :

- on n'a pas de difficultés particulières avec les patientes elles-mêmes. Ce sont surtout les accompagnants qui nous posent problème.
- La majeure partie des problèmes, c'est avec les accompagnants que nous les avons ; parce que les malades, quand on les soigne, elles nous découvrent, savent qui nous sommes ; mais les accompagnants qui sont à l'écart, c'est eux qui nous interprètent mal.

On voit ainsi que les relations soignants/soignés, particulièrement soignants/accompagnants sont souvent heurtées. Ces incompréhensions sont dues la plupart du temps à des facteurs dont quelques uns vont être énumérés dans les paragraphes suivants.

### **5.3.2. Les sollicitations pécuniaires ou matérielles non justifiées**

Beaucoup de descriptions du système médical sénégalais font état de la pratique dite de «racket» dans certaines structures sanitaires. Le district de Guédiawaye ne semble pas constituer une exception dans ce domaine. En effet, l'analyse des discours recueillis de part et d'autre fait émerger l'existence de cette pratique. En illustre les multiples problèmes entre le personnel et les accompagnants et qui se trouvent être la plupart du temps motivés par cette pratique. En effet, les sollicitations financières dont les malades font l'objet et à l'incertitude qu'ils éprouvent quant à leur justification sont source de multiples incompréhensions. Les discours des professionnels nous en montrent l'étendue:

- Les malades, quand tu leur dis d'aller chercher de l'argent, elles rouspètent. Elles te disent : « Tu ne m'as même pas encore touchée et tu me demandes de l'argent
- La plupart du temps, ils [les accompagnants] nous accablent parce que tu vois, quelqu'un peut payer tout de suite une ordonnance, tu lui dis que je l'ai administrée à la malade, il peut ne pas te croire. Tu lui prescris une autre ordonnance et il te dit : « Je viens de payer comptant, où est ce qu'on a mis ça ? »
- La principale incompréhension vient du fait qu'on donne 3, 4 voire 5 ordonnances aux parents de l'accouchée. A chaque fois, on lui dit : « allez acheter cette ordonnance ». Le parent amène les médicaments, on utilise, après on lui dit encore d'aller acheter une autre ordonnance. Après, quand il a épuisé pratiquement tout son argent en ordonnances, on lui dit : « allez payer le ticket ». Finalement, ils en ont marre, ils ne comprennent pas l'utilisation de toutes ces ordonnances. Cela crée beaucoup d'incompréhensions. En fait, ce sont des ordonnances qui sont utilisées par la patiente mais la personne qui achète est au dehors et la personne à qui on administre les médicaments est souvent dans un état

presque inconscient. Elle ne peut pas se rendre compte de tout ce qu'on lui fait. Ce qui fait qu'on a souvent des réclamations. Ils [les accompagnants] te disent : « Les médicaments que j'ai achetés, est ce que ma malade les a réellement reçus ? »

Ce climat de méfiance entre prestataires et accompagnants semble toutefois être justifié. Il ressort des entretiens avec ces mêmes prestataires de l'existence de corruption au sein des maternités. Même si tous les agents interviewés se défendent d'en être des auteurs (« on ne fait pas partie du personnel qui demande de l'argent aux malades »), ils se targuent néanmoins d'en être les témoins et portent tous un jugement sur cette pratique attribuée le plus souvent à des « collègues » :

- Ce genre de choses, je le vois tous les jours ; j'ai vu les gens faire...
- Ce qui se passe à la salle d'accouchement n'est pas normal. Tout le monde le sait. *Liñi fadoon laaj dafa tegewul ci yoon* (ce qu'on demandait aux malades n'était pas justifié). Tu as un malade, tu n'as pas assez d'argent mais on te dit : « va acheter du savon, va acheter de l'eau de javel, tu dois payer la table... » Ce n'est pas normal !
- Quelle que soit sa profession, l'homme c'est l'homme. Il agit en fonction de son éducation, de sa nature. Il y'en a qui n'ont aucune conscience professionnelle. Ils peuvent « manger » l'argent du malade pour quelque chose qui n'en valent pas la peine.

Certaines patientes, quant à elles, vivent tout simplement ces pratiques de corruption et leurs témoignages rejoignent ceux des professionnels en ce domaine.

- Tu amènes ton ordonnance, on le vend à quelqu'un d'autre
- Lors de mon accouchement, il m'ont demandé de l'argent pour acheter je ne sais plus quoi. Je n'ai rien dit mais je savais bien que l'argent allait entrer dans leurs poches.

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons dire que l'analyse de la pratique médicale a révélé bon nombre d'insuffisances mais aussi de pratiques défavorables à la bonne prise en charge des femmes parturientes. On se demande si avec toutes ces limites, le FA va trouver un cadre adapté pour répondre aux objectifs qu'il s'est fixé. C'est à cette question que va essayer de répondre le chapitre qui va suivre.

## **CHAPITRE VI : LE «FORFAIT ACCOUCHEMENT» : PERCEPTIONS ET ENJEUX**

### **6.1. Une appréciation globalement positive**

L'aspect bénéfique du «Forfait Accouchement» a été reconnu unanimement par les enquêtés. L'analyse des différentes perceptions sur le FA fait apparaître de multiples bienfaits aussi bien au niveau des patientes que pour le personnel.

#### **6.1.1. Des avantages pour les patientes**

Le premier avantage à l'endroit des femmes parturientes noté réside dans la levée de l'incertitude face aux frais d'accouchement par l'institution d'un système de prépaiement au niveau du FA. C'est ce qui ressort des explications de cette patiente.

Le FA, c'est une bonne chose parce que l'accouchement, cela dépend de Dieu. Personne ne sait exactement quel sera le moment et comment cela va se dérouler. Quand tu viens en « visite », tu peux déposer l'argent petit à petit, parce que lors de l'accouchement, ce n'est pas certain que tu ne te retrouves pas dans des difficultés et que tu sois en mesure de payer les frais.

Cette sensation de désarroi face à l'incertitude sur les dépenses que l'accouchement va occasionner, souvent vécue par les femmes parturientes, fait que le système de paiement à l'avance semble être bien considéré. Comme l'explique cette accouchée :

Ce projet est une bonne initiative parce que parfois l'accouchement te trouve dans une situation de démunie total comme cela a été mon cas pour mon enfant aîné. En ce temps là mon mari avait arrêté de travailler parce que tu sais, le métier de docker n'est pas un travail stable ; cela dépend des saisons et comme c'était l'hivernage, le boulot ne marchait pas fort. C'est pourquoi j'ai eu d'énormes difficultés pour assurer les frais.

En outre, le système de prépaiement participe de la tranquillité d'esprit des femmes au moment de l'accouchement:

Quand tu viens pour accoucher, la douleur que tu éprouves en pareil moment te suffit amplement. Alors si tu dois y ajouter des problèmes d'argent, ce sera plus pénible. Si, le moment venu, tu avais payé avant, même si ton mari est absent ou qu'il n'a pas d'argent, tu ne te préoccuperas de rien.

Cette tranquillité d'esprit, lorsque le prépaiement est effectué, ne va pas profiter seulement aux accouchées. Les « agents de financement » vont y tirer un certain avantage. Comme l'affirme ce mari-accompagnant :

Si tu as une femme en état de grossesse, tu n'est jamais tranquille, tu te demandes toujours quelles dépenses l'accouchement va engager.

Les propos de cette MSF rendent compte de cette inquiétude qui taraude souvent l'esprit des conjoints:

Le fait qu'ils sachent, dès le début de la grossesse, qu'ils doivent payer telle somme, c'est un avantage. Des couples viennent ici souvent et le mari vous demande : « j'aimerais savoir combien je dois payer à l'accouchement. » Là, on ne pouvait rien dire parce qu'on ne connaît que le prix du ticket ; car au moment de l'accouchement, il faut acheter des ordonnances et tout cela va dépendre de l'état de santé de la patiente. Compte tenu de ces imprévus, on ne pouvait pas leur dire la somme exacte. Maintenant, avec le FA, le problème ne se pose plus.

On peut dire ainsi que les avantages liés à la forfaitisation des frais d'accouchement et l'adoption d'un système de prépaiement remporte l'assentiment de tous.

D'un autre côté, la réduction considérable qu'induit le FA sur le coût des soins d'accouchement est perçue comme un réel avantage par la plupart des patientes interrogées. En effet, l'ensemble des frais se résume à l'achat du ticket du Forfait, jugés abordables par rapport aux multiples frais habituels consentis en cas d'accouchement.

Le FA, c'est bon pour les démunis. Parce que si tu calcules les multiples frais que tu fais depuis la grossesse, c'est vraiment cher ; alors, si on te réduit les soins d'accouchement, c'est tant mieux. Je trouve que c'est une véritable aide.

C'est ce que souligne une matrone rencontrée dans un poste de santé :

Je trouve que c'est bien parce que si la malade est fatiguée et que tu lui offres tout ce dont elle a besoin, sans rien réclamer, elle est contente. C'était comme si tu lui faisais un don. Avec l'expérience des kits, certaines malades viennent et te demandent si ce que tu leur offres est bien pour elles et si elles n'ont plus rien à payer, je leur dis non. Et là, elles sont vraiment heureuses.

Cette diminution du coût des soins est plus appréciée par les patientes ayant subi une opération lors de l'accouchement et qui supportent des dépenses beaucoup plus importantes que celles qui ont eu un accouchement normal. Cette appréciation est partagée par la plupart des professionnels :

- Le FA est une bonne chose surtout pour ceux qui ont une césarienne. Au lieu de dépenser dans les 100.000 F CFA et plus, ils n'auront plus qu'à verser 18 000 ou 12 000 F CFA. Et le principal avantage dans ces cas là, c'est que les patientes ne sont plus confrontées à des dépenses dispersées.
- Avant, quand les femmes viennent pour accoucher, on leur prescrit beaucoup d'ordonnances, elles sont tellement fatiguées par l'achat d'ordonnances qu'à la fin, elles avaient des problèmes pour payer le ticket. Mais maintenant, quand tu paies ton forfait, on te demande plus rien et on te fournit tout.

En plus, le système des kits mis en place pour l'approvisionnement des consommables assure une bonne disponibilité des médicaments et des consommables nécessaires à une bonne prise en charge des malades. C'est ce que confirme cette sage-femme :

Avant, quand la femme venait pour accoucher, je lui disais d'aller acheter ceci, d'aller acheter cela. Maintenant tout est dans les kits, même le «Freedom» [serviette hygiénique]. On ne perd plus de temps à attendre que la patiente aille acheter au dehors, tout est disponible pour la prise en charge.

L'appréciation faite sur la présence de serviettes hygiéniques parmi les consommables révèle un aspect important sur les soins apportés aux femmes, à savoir l'hygiène. En cela, son introduction dans les kits est très appréciée par les professionnels de santé, au regard des changements de comportements que cela va opérer chez les femmes en ce sens. Comme le souligne une MSF :

Le culte de l'hygiène n'est pas trop valorisé par ici. C'est pourquoi, je pense que l'arrivée du FA est très bien de ce côté-là, parce que quand une femme a des lochies et qu'elles utilisent des serviettes malpropres, c'est dangereux. Certaines femmes, quand tu leur dit d'acheter du «Freedom», elles ne le font pas et utilisent leurs propres serviettes.

La présence, dans les kits, de tous les consommables nécessaires à la prise en charge des malades rend celle-ci beaucoup plus rapide, supprimant ainsi l'un des principaux facteurs de retards dans l'administration des soins. Cette perception se retrouve dans les propos de cette MSF :

Maintenant, il n'est plus nécessaire d'attendre que la malade paie ou amène d'abord les ordonnances pour lui prodiguer des soins. Avec le FA, si elle vient, on lui donne les soins nécessaires sans qu'elle ait besoin de décaisser quoi que ce soit. Parce que si on dit au parent d'aller acheter une ordonnance ou autre chose et qu'il n'a pas d'argent, le temps qu'il aille en trouver, cela peut amener beaucoup de retard. Souvent, les gens viennent me trouver jusque chez moi [les MSF ont leur logement au sein du poste] et ils me disent : «on m'a prescrit telle ordonnance, on m'a demandé d'acheter telle chose ou telle autre, je n'ai pas d'argent». Là, je suis obligée de venir voir si je peux faire une intervention ou d'essayer de voir comment négocier avec le malade. Tout cela peut amener des retards.

Cette levée des retards constatée dans l'administration des soins semble être plus marquée au niveau des postes de santé, lesquels sont plus exposés à des situations d'évacuations. La plupart des professionnels exerçant en périphérie ont souligné l'importance des kits dans la rapidité du processus d'évacuation :

Au moindre problème, on évacue. On n'attend même pas. Avant, on avait parfois des difficultés pour avoir les matériels que la femme doit avoir lors de l'évacuation, les haemmacels et autres n'étaient pas toujours disponibles. Maintenant, avec les kits, si on a le moindre doute, on appelle aussitôt l'ambulance et le temps qu'il arrive, on se dépêche à lui placer tout ce qui est nécessaire.

D'un autre côté, les nombreuses surfacturations et autres «arnaques» vont s'amoinrir. L'information fournie aux femmes lors des séances de sensibilisation concernant la présence d'instances chargées de recevoir les réclamations semble être bien comprise. C'est ce qui ressort de la déclaration de cette femme :

Si on procède de cette façon, il n'y aurait plus de problèmes, parce que si tu payes ton forfait avant et qu'au jour de l'accouchement, on veut te faire payer autre chose, tu es en droit de refuser.

Par ailleurs, certaines pratiques médicales, telle l'utilisation abusive de perfusions d'ocytociques, «le synto», en vue d'activer l'accouchement, sont maintenant bannies avec l'avènement du FA. La pratique consistant à faire des directions de travail alors que l'indication ne se pose pas, adoptée souvent pour des fins peu orthodoxes, induisait de multiples dangers pour les patientes. Le discours de cette MSF témoigne de cet état de fait :

La plupart des femmes qui viennent, on leur fait du « synto » alors que ce n'est pas toujours nécessaire. Tu sais, je ne peux être là 24 heures sur 24 et je ne peux surveiller constamment les matrones ; elles profitent de mon absence pour accélérer l'accouchement de cette façon là rien que pour pouvoir procéder à des "arrangements en dessous de table". Cette pratique a beaucoup d'inconvénients. Premièrement, c'est douloureux ; ensuite, ça peut créer de hémorragies et autres.

Globalement, nous constatons que le caractère bénéfique du FA remporte l'adhésion de la quasi-totalité des enquêtés. La suppression de certains retards à travers l'institution d'un système de prépaiement institué par le FA, associé au coût amoindri des soins surtout pour les opérées, sans compter la disponibilité continue des médicaments et la suppression de certaines pratiques médicales à risque sont à l'origine de cet état de fait. Cependant, comme nous allons le voir, ces avantages ne concernent pas que les patientes.

### **6.1.2. Des facilités au niveau de la pratique médicale**

A travers les entretiens, on s'aperçoit que les avantages tirés du FA ne se limitent pas seulement aux patientes. La mise en place du Forfait semble être aussi favorable, à différents niveaux, pour les professionnels de santé.

D'abord, au niveau des retards dans l'administration des soins qui, selon le personnel, se trouve réduite grâce à la disponibilité des médicaments. En effet, la mise en place de kits d'accouchement assure une présence continuelle de tout le matériel nécessaire pour les soins prodigués aux femmes parturientes ; ce qui apporte des facilités quand à l'administration des soins. Ce qu'explique cette infirmière :

Maintenant, on va soigner sans complexe, les médicaments sont là, les produits ne sont plus en rupture. Même le sang est pris en charge.

Un autre avantage réside dans l'influence que le FA va opérer sur les interactions parfois heurtées entre soignants et soignés. De l'avis de beaucoup de professionnels, les incompréhensions notées dans les rapports professionnels/patientes, plus particulièrement professionnels/accompagnants et qui étaient source de disputes permanentes vont connaître leur épilogue :

- Avec le FA, il n'y aura plus de discussion (*coow dootul amati*).
- Cela va nous permettre de mieux gérer nos malades et ainsi de resserrer les relations que nous avons avec eux
- Le FA va améliorer nos rapports avec les malades (*dina gëna rataxal sunu diggënté*)

Ainsi, ces incompréhensions, dues la plupart du temps à la méfiance des accompagnants face aux « rackets » vont être réduites, et partant, les nombreuses plaintes que les responsables de maternité recevaient à longueur de journée et qui constituaient une véritable gêne dans leur travail. C'est ce qu'explique ces MSF :

- Avec le FA, les patientes, surtout les parents, n'auront plus à se plaindre parce qu'avant, ils venaient me dire : «on m'a dit de payer ceci, je ne devrais pas payer cela». Toutes ces plaintes que je devrais résoudre, en même temps que je faisais mon travail, me faisaient perdre énormément de temps.
- Je suis la MSF ici, je représente la structure moralement. Quand on parle de ce problème [l'arnaque], c'est moi que les gens «voient», alors qu'on ne sait pas toujours ce qui se passe dans les salles d'accouchement avec les matrones. Quand à elles [les matrones], leur responsabilité n'est en rien engagée. Elles peuvent faire ce qu'elles veulent mais à la fin, c'est moi qui endosse toutes les critiques. Donc je peux dire que sur ce plan, le FA m'enlève un poids sur la tête.

D'un autre côté, les primes de qualité prévues par le FA à l'attention des agents de santé semblent soulever beaucoup d'intérêt de la part des intéressés :

Il paraît que des motivations sont prévues pour le personnel. A mon avis, c'est une très bonne chose.

Ces motivations semblent être beaucoup plus appréciées du côté des ASC. La majorité d'entre elles se sont réjouies de cette innovation et «attendent de voir». Comme l'a remarqué cette ASC:

Les motivations sont les bienvenus parce que nous, nous ne sommes pas des sages-femmes, nous ne sommes que des aides, nous n'avons pas grand-chose.

On se rend compte ainsi que les motivations prévues par le FA sont bien accueillies au niveau du personnel, même si la procédure de calcul de ces primes et des critères d'octroi n'est pas tout à fait claire dans l'esprit de la plupart d'entre eux. C'est le cas de cette ASC :

Je ne comprends pas très bien sur quoi on va se baser pour calculer ces motivations. En tout cas, nous, de notre côté, on se débrouille pour améliorer la qualité des soins.

Il faut souligner que l'intérêt manifesté à l'égard des motivations s'explique en grande partie par les rémunérations des personnels de santé jugées insuffisantes :

Vous savez que le salaire des sages-femmes, c'est pas beaucoup ; si le FA peut nous apporter un plus, c'est tant mieux.

Cette faible rémunération est davantage soulignée au niveau des ASC :

Par rapport à ce qu'on endure, je peux dire que ce qu'on nous paie, c'est presque rien. C'est de la motivation simplement. On ne nous donne que 27 000F par mois.

Ainsi, on peut dire que les multiples facilités que le FA accorde par rapport aux tâches médicales et les primes de qualité prévues font que ce projet trouve un écho favorable de la part du personnel

## **6.2. Quelques appréhensions relatives à la mise en œuvre du FA**

A travers les réponses recueillies sur les perceptions face à la mise en œuvre du FA, diverses inquiétudes sont apparues. Ces appréhensions relatives la plupart du temps à la gestion du projet et à son fonctionnement, ont été plus le fait des personnels de santé que des patientes.

La première inquiétude notée concerne les ruptures éventuelles de médicaments : Cette crainte transparait dans les propos de cette MSF :

Tout ce que je redoute, ce sont les ruptures parce que si cela arrive on aura du mal à l'expliquer aux patientes et cette situation va encore nous mettre en mal avec elles. Déjà avec cette phase d'expérimentation, lorsque j'ai épuisé tous les kits qu'on avait mis à ma disposition, certaines femmes commençaient à se poser des questions. L'une d'entre elles m'a demandé : « Où est mon Freedom ». Elles peuvent même penser que c'est nous qui l'avons prise. C'est cela mon inquiétude principale.

D'autres appréhensions, en rapport avec la charge de travail sont aussi évoquées. Bon nombre de professionnels craignent que les multiples facilités qu'apporte le FA au niveau des populations ne puissent occasionner des affluences qu'il leur sera difficile de maîtriser :

- C'est sûr que la charge de travail sera accentuée. Nous seront envahis. Tout le monde va vouloir venir à Baudoin pour accoucher, alors que le personnel n'est pas suffisant.

Même si du côté du service «Suite de couches», on croit plutôt le contraire car, explique une sage-femme :

Avec le FA, le problème de place ne se pose plus. On retenait des patientes ici au-delà de leur durée d'hospitalisation parce que tout simplement elles n'avaient pas payé, alors que ces places pouvaient être concédées à d'autres.

### **6.3. Obstacles et contraintes**

Les différentes perceptions des principaux concernés par le Forfait ont permis de dégager les enjeux et éventuellement les contraintes relatives à sa mise en œuvre. Les multiples avantages que procure le FA, reconnus de part et d'autre par les différentes catégories d'enquêtés, constitue un élément important quand à la bonne réussite du projet.

La forfaitisation du coût des prestations liées à l'accouchement (qui se retrouve ainsi diminué) et le mécanisme de prépaiement institué dans la procédure de paiement, semblent avoir conquis l'approbation de la plupart des patientes. Les facilités intervenues dans l'administration des soins (disponibilité des médicaments, levée de certaines incompréhensions) sont bien appréciées par le personnel de santé.

Cependant, un certain nombre de comportements défavorables, décelés aussi bien dans les parcours d'accouchement que dans les pratiques de soins, fait que le FA risque de se heurter à des entraves pouvant remettre en cause son bon déroulement. En effet, bien qu'une minimisation des effets de la sélection adverse soit prévue à travers la mise en place de deux tarifs différents au niveau des postes et du centre, la « culture de l'hôpital », évoquée dans le parcours d'accouchement et qui est toujours présente dans l'esprit des populations, fait que le centre est davantage préféré au détriment des postes de santé. Cette situation, qui va à l'encontre du respect de la pyramide sanitaire, laisse craindre une stagnation des effectifs excessifs habituellement accueillis au niveau du centre de santé voire leur augmentation.

En outre, la faiblesse encore notée dans le suivi des CPN, associée à la persistance de certaines pratiques socioculturelles, notamment les interdits relatifs à l'anticipation de certains actes associés à la venue du bébé, n'est pas favorable à des actes de prévoyance. Bien que le montant du forfait soit jugé abordable par les patientes, le prépaiement institué pour les actes d'accouchement, inscrit lui aussi dans le registre de ces anticipations, risque de ne pas faire aisément exception. Par conséquent, le «will to pay» (volonté de payer) va cette fois-ci prendre le dessus sur le «ability to pay» (capacité de payer).

Il ne faut pas perdre de vue aussi le rôle important du mari dans le processus de financement des soins d'accouchement. En tant que financeur, la plupart des décisions que vont prendre les femmes en rapport avec le Forfait vont dépendre de sa position et éventuellement de son approbation. Les affirmations «ça dépend de mon mari», «si mon mari n'y voit pas d'inconvénient», «je vais voir si mon mari est d'accord» illustrent cet état de fait. Par

conséquent, les associer aux cibles sur lesquelles vont porter les actes de sensibilisation ne peut que profiter au bon déroulement du FA.

Par ailleurs, la question de la qualité des soins pose un problème qui mérite considération. Il est évident que la disponibilité continue des médicaments supprime les retards dans l'administration des soins. De même, les primes de qualité prévues pour le personnel, (celui-ci en a d'ailleurs toujours eues), vont bien entendu accroître leur motivation. Cependant, tout cela ne peut avoir que peu d'effets sur la qualité des soins. Celle-ci, telle que ressentie par les patientes (bonne qualité de l'accueil et des relations interpersonnelles, disponibilité des services et des ressources), et qui est différente de cette qualité définie selon une approche biomédicale, est difficile à obtenir dans un contexte sanitaire marqué par de grandes défaillances (insuffisances des infrastructures, déficit de personnel, manque d'informations et d'attention envers les patientes). Cette mauvaise qualité des soins, liée en grande partie aux dysfonctionnements du système sanitaire sénégalais dans sa globalité, sera difficile à résoudre par le FA, encore moins par une seule « supervision formative ».

## CONCLUSION

L'objectif central de l'étude consistait à voir, à travers les différentes perceptions des acteurs concernés, les enjeux de la mise en œuvre du projet « Forfait Accouchement » au sein du district sanitaire de Guédiawaye.

Pour mener une telle recherche, l'usage de méthodes qualitatives était bien entendu nécessaire. L'étude s'est focalisée sur les professionnels de santé des différentes maternités concernées par le Forfait, sur les patientes ainsi que sur les membres du comité de gestion. L'entretien, l'observation directe et l'étude de cas ont été les principales techniques d'investigation utilisées lors de l'enquête.

L'analyse des données recueillies confirme la première hypothèse que nous avons émise au départ. En effet, la description des parcours d'accouchement a montré que la majeure partie des populations qui fréquentent le district de Guédiawaye ressentent un besoin réel de prise en charge financière des soins d'accouchement. Ce besoin est plus marqué chez les personnes qui présentent des complications de l'accouchement nécessitant des interventions chirurgicales, prestations dont le coût est la plupart du temps hors de portée des populations. L'obstacle financier, aggravé par le coût élevé des soins et l'incapacité financière qui caractérise la plupart des patientes, est à l'origine d'une bonne partie des retards constatés dans l'administration des soins.

Ce que l'étude a infirmé en revanche, c'est le fait que l'apparition des nouvelles formes de prévoyance-maladie va avoir de l'impact sur la réussite d'un tel projet. En effet, bien que les systèmes de prévoyance des risques maladie (coopératives de santé, épargnes individuelles santé, mutuelles de santé) se soient développés considérablement ces dernières années, cela n'a pas favorisé pour autant l'esprit de prévoyance en matière de santé maternelle. Les considérations d'ordre socio-culturel par rapport aux multiples croyances et interdits qui entourent la grossesse, plus particulièrement celles relatives à l'anticipation d'actes concernant la venue du bébé, ne créent pas un cadre propice à l'adoption du système de prépaiement qui semble être à la base de fonctionnement du Forfait.

Cependant, malgré ces contraintes, la nouvelle procédure de prise en charge instituée par le FA semble convenir à la population. Les patientes y voient un moyen de se procurer des soins à moindre coût et une bonne disponibilité des médicaments. Quant aux personnels de santé, ils le perçoivent comme une alternative pouvant résoudre la plupart des difficultés rencontrées au cours de leur pratique professionnelle. Par ailleurs, la mise en œuvre du FA induit d'autres

implications par les changements de comportements qu'il produit au niveau des patientes (meilleure hygiène), mais aussi par les modifications apportées à la prise en charge médicale (abandon de l'usage abusive du « synto »). Ainsi, plus qu'une simple réduction du coût d'accouchement, le FA se préoccupe par la même occasion d'introduire une certaine qualité dans les soins.

Il ressort de l'étude que le FA, s'il ne veut pas remettre en cause sa pérennité doit nécessairement tenir compte de certains éléments dans sa volonté de faciliter la prise en charge des femmes parturientes. La question relative à la maîtrise du processus de fonctionnement du FA, au niveau du personnel notamment, mérite attention. Leur bonne connaissance des principes et procédés du FA est importante quant à la poursuite des actions engagées d'autant plus que ce sont eux qui vont servir de relais auprès des populations. Leur implication, devra être plus manifeste à travers une meilleure responsabilisation au niveau des instances mises en place à partir desquelles ils pourraient participer à la définition de certains programmes.

Pour terminer, l'étude retiendra que le FA, en introduisant une approche novatrice dans la prise en charge financière des soins d'accouchement, a réussi à rééquilibrer le coût de l'accouchement et à améliorer l'accès à des soins de meilleure qualité. Reste à savoir quelle peut être son véritable impact sur la réduction de la mortalité maternelle. Cette question, cruciale pour son développement, reste ouverte.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- AKOU A. & ANSART P.**, Dictionnaire critique de la sociologie, Le Robert Seuil, Paris, 1999, 583p.
- BEAUD M.**, L'Art de la thèse, La Découverte, coll « Repères », Paris, 2003, 197p.
- BENOIST J.(Ss la dir.)**, Soigner au pluriel (Essai sur le pluralisme médical), Karthala, coll « Médecines du Monde », 1996, 520p.
- BIT**, La Sécurité sociale : un nouveau consensus, Genève, 2002, 126p.
- BRUNET-JAILLY J.(Ss la dir)**, Se soigner au Mali (Une contribution des sciences sociales), Karthala/ORSTOM, coll « Homme et société », Paris, 340p.
- DURAND J.P & WEIL R.(Ss la dir)**, Sociologie contemporaine, Vigot, Paris, 1993, 598p.
- FALL C.**, Etendre l'assurance santé au Sénégal, possibilités à travers les régimes statutaires et organisations mutualistes, BIT, 2003, 40p.
- FASSIN D.**, « *Pauvreté, urbanisation et santé (Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar)* » in Psychopathologie africaine, vol.21 n°2, 1986-1987, pp155-176.
- FASSIN D. & JAFFRE Y.(Ss la dir)**, Sociétés, développement et santé, ELLIPSES/AUPELF, coll "Médecine tropicale", 1990, 287p.
- FAYE E.O. & al./Groupe Dystocie**, Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal, DSR/CGO/SCAC/OMS, 2003, 34p.
- FERREOL G. et al.**, Dictionnaire de Sociologie, Armand Collin (2<sup>ème</sup> ed.), coll « cursus », Paris, 1995, 315p.
- FNUAP**, Rapport sur l'état de la population mondiale, 2004, 115p.
- GOBBERS D. (dir.)**, Qualité et accès aux soins en milieu urbain (Résultat de la recherche menée dans 5 capitales de l'Afrique de l'AOuest), UNICEF/CF, 2002, 217p.
- GRAVITZ M.**, Manuel de recherche en sciences sociales, 10<sup>ème</sup> ed., Dalloz, 1996, 920P.
- GUILLAUME A. et al.**, Santé de la Reproduction en Afrique, FNUAP/IRD, 2002, 217p
- HERZLICH C.**, Santé et maladie (Analyse d'une représentation sociale), EHSS, Paris, 1996, 210p.
- HOURS B.(Ss la dir.)**, Systèmes et politiques de santé (De la santé publique à l'anthropologie), Karthala, coll « Médecines du Monde », Paris, 2001, 358p.

**JAFFRE Y. & DE SARDAN J.P (Ss la dir),** La construction sociale des maladies (les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest), PUF, coll « Les champs de la santé », 1999, 374p.

**JAFFRE Y. & DE SARDAN J.P (Ss la dir),** Une médecine inhospitalière (Les difficiles relations entre les soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest), APAD/Karthala, 2003, 462p.

**KLIMEK C. Y & PETERS G.,** Une politique de médicament pour l'Afrique (Contraintes et choix), Karthala, coll « Economie et développement » Paris, 1995, 198p.

**LAPLANTINE F.,** Anthropologie de la maladie (Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine), Payot, Paris, 1997, 411p.

**LY B.,** « *Sénégal : analyse des grandes tendances de lutte contre la pauvreté* », in Ajustement et hégémonisme en Afrique, Aide Transpary/OXFAM América, 2002, pp27-106

**MAIGA S-K & DIALLO M.,** Opérationnalisation de la santé de la reproduction dans les programmes de population des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, FNUAP, Dakar, 1998, 42p.

**MBODJ C.,** Pour une terminologie de la santé en wolof, CLAD/RIFAL, Dakar, 2002, 155p.

**Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale,** Femmes sénégalaises à l'horizon 2015, Population council, 1993, 239p.

**Ministère de la Femme, de l'Enfant, et de la Famille,** Plan d'Action National de la Femme (PANAF 1997-2001), 1996, 126p.

**Ministère de l'Economie et des Finances/DPS,** Situation économique et sociale de la région de Dakar, 2003, 205p.

**Ministère de la Santé et de la Prévention,** Plan National de Développement Sanitaire (PNDS Phase II : 2004-2008), 2004, 57p.

**MSPM/CF/District sanitaire de Guédiawaye,** Le Forfait Accouchement : Guide d'information et de procédure, 2005, 22p.

**OMS/GENEVE,** Rapport sur la Santé dans le monde (Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant), 2005, 265p.

**QUIVY R. & VAN CAMPENHOUDT L.**, Manuel de recherche en sciences sociales, DUNOD, Paris, 1995, 287p.

**RANSOM E-I & YINGER N-V**, Pour une maternité sans risque (Comment éliminer les obstacles aux soins), PRB, Washington, 2002, 36p.

**SHAW.R.P & GRIFFIN C.C.**, Le financement de la santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance, Banque Mondiale, Washington, 115p.

**SOUMARE A. et al.**, Le coût de l'accouchement pour les comités de santé : étude dans le district de Guèdiawaye, MSPM/CF, 2005, 58p.

**ZOUNGARA C. M & PARI A.**, « *La mortalité maternelle au Burkina Faso* » in Santé de la mère et de l'enfant (Exemples africains), IRD, Paris, 1999, 165p

# GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PATIENTES

## I. Caractéristiques socio-économiques

- Age
- Lieu de résidence
- Niveau d'instruction
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfants
- Activité professionnelle
- Revenus mensuels tirés de l'activité
- Usage des bénéfices de l'activité
- Profession du mari
- Appartenance à une association locale

## II. Connaissance, antécédents et attitudes en matière de soins obstétricaux

- Motif de la consultation
- Raisons du choix de la structure
- Connaissance des risques liés à la grossesse
- Suivi des CPN
- Lieu de suivi des CPN
  - les raisons
- Financement des soins liés à la grossesse
- Existence ou non de difficultés liées au financement
- Recours thérapeutiques durant la grossesse
  - les raisons
- Pratique ou non de l'automédication
- Recours ou non à la tradi-thérapie

## III. Vécu de l'accouchement

- Perceptions des risques liés à l'accouchement
- Lieux d'accouchement
- Critères du choix de l'établissement
- Représentations d'un accouchement
- Complications ou non lors d'un accouchement
- Nature des complications
  - les raisons
- Antécédents d'évacuations
- Antécédents de césariennes
- Opinion sur le coût de l'accouchement
- Difficultés rencontrées au financement lié à l'accouchement
  - les raisons

#### **IV. Points de vue sur la qualité des soins**

- Appréciation de l'accueil
- Appréciation des temps d'attente
- Appréciation de l'efficacité des traitements
- Point de vue sur le comportement des agents de santé
- Satisfaction à propos des services offerts

#### **V. Perceptions sur le Forfait Accouchement**

- Opinion sur la mise en place du FA
- Prestations jugés prioritaires pour le FA  
-les raisons
- Point de vue sur le montant du FA
- Attentes par rapport au FA

# **GUIDE D'ENTRETIEN A L'INTENTION DU PERSONNEL MEDICAL**

## **I. Identification**

- Age
- Statut
- Expérience professionnelle
- Ancienneté au poste actuel
- Formation suivie
- Formations continues
  - Nature des formations

## **II. Pratiques professionnelles**

- Suivi du programme de CPN par les patientes
- Disponibilité des médicaments et autres consommables
- Nature des produits prescrits
- Proportion des génériques
- Coût moyen des ordonnances
- Coût moyen des frais d'accouchement normal
- Coût moyen des frais en cas de complications
- Nature des complications
- Les raisons de ces complications
- Difficultés rencontrées
- Fréquence des évacuations
- Déroulement de l'évacuation des patientes vers un hôpital de référence
- Comportements face à une évacuation reçue
- Conditions d'une évacuation de qualité
- Problèmes rencontrés au cours de l'évacuation
- Processus de prise en charge des urgences
- Attitudes envers la mère en période post-partum

## **III. Relations avec les patientes et motivation au travail**

- Rapports avec les patientes
- Problèmes rencontrés avec les patientes
- Attitudes envers l'accompagnant
- Appréciation du temps de travail
- Opinion sur les rémunérations
- Satisfaction à propos du travail
- Motifs de satisfaction

#### **IV. Points de vue sur le Forfait Accouchement**

- Perceptions sur le Forfait Accouchement
- Avantages du FA
- Que déplorez vous sur le FA
- Attentes par rapport au FA

#### **THEMES DISCUTES AVEC LES ACCOMPAGNANTS**

- Localité
- Parenté avec la patiente
- Déroulement du parcours vers la structure de santé
- Difficultés rencontrées au cours du trajet
- Stratégies employées pour venir à bout de ces difficultés
- Problèmes de financement liés aux frais d'accouchement
- Les différents recours pour pallier à ces problèmes
- Appréciation du coût de l'accouchement

#### **THEMES ABORDES AVEC LES MEMBRES DU COMITE DE SANTE**

- Sortes de sollicitations reçues
- Principaux problèmes rencontrés par les malades
- Difficultés rencontrées dans votre travail
- Point de vue sur le coût des soins
- Appréciation du Forfait Accouchement

## CARACTERISTIQUES DES PATIENTES INTERVIEWEES

**Tableau 1 : Répartition des patientes selon leur âge**

AGE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
15 – 20	8	14
20 – 25	16	28
25 – 30	12	21
30 – 35	18	32
35 – 40	3	5
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tableau 2 : Répartition des patientes selon leur lieu de résidence**

RESIDENCE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Guédiawaye	34	60
Pikine	15	26
Dakar	6	11
Hors de la région de Dakar	2	3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tableau 3 : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants**

NOMBRE D'ENFANTS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
0	4	7
1 – 3	30	53
3 – 5	16	28
5 – 7	5	9
7 et +	2	3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tableau 4 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Aucune	27	47
Primaire	19	33
Secondaire 1	8	15
Secondaire 2	2	3
Supérieur	1	2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tableau 5 : Répartition des patientes selon leur activité professionnelle**

ACTIVITE PROFESSIONNELLE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Aucune	30	53
Petite commerce	14	25
Professions des services	8	14
Elèves/Étudiantes	3	5
Autres	2	3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tableau 6 : Répartition selon le secteur d'activités du conjoint**

ACTIVITES PROFESSIONNELLE DU MARI	EFFECTIFS	PROFESSIONS
Aucune	3	6
Activités de production	23	44
Professions commerciales et des services	18	34
Employés	3	6
Emigrés	5	10
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>