

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le septième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 7

FAUX

“ *Rendre les accouchements gratuits va provoquer une hausse des naissances !* ”

Certains prétendent que la gratuité des accouchements va entraîner une hausse des naissances et donc que cette mesure va à l'encontre de la promotion du planning familial. Il n'existe aucune preuve pour soutenir une telle idée alors que de nombreuses connaissances tendent à démontrer le contraire.

En Afrique, c'est dans les milieux urbains que les accouchements sont les plus chers et que les taux de natalité sont les plus faibles. Au Mali et au Burkina Faso, les femmes vivant en milieu rural ont respectivement 7,2 et 6,7 enfants en moyenne alors que celles vivant dans la capitale n'en ont que 4,8 et 3,4 [1, 2]. Au Burkina Faso, au Ghana, au Sénégal et dans d'autres pays, la tendance à la baisse de la fécondité se maintient, alors que les accouchements ont été fortement subventionnés ou rendus gratuits dans la période 2005-2010. De plus, on sait depuis longtemps que l'éducation est un des plus importants facteurs associés à la fécondité et que la pauvreté est un frein à sa baisse [3]. Or, les dépenses lors des accouchements, et surtout des césariennes, peuvent entraîner

les ménages les moins aisés dans l'extrême pauvreté [4]. On a mentionné déjà dans cette série de fiches (fiche n°2) la baisse des dépenses de santé pour les plus pauvres grâce à la subvention nationale des accouchements au Burkina Faso [5]. Du point de vue des droits humains, mais aussi sur un plan stratégique, le concept de « maternité sans risque » vise à sauver la vie des femmes lors des accouchements assistés par du personnel qualifié en facilitant la détection des complications (survenant dans 15% des accouchements), leur référence et leur prise en charge à l'hôpital. Or, on a vu dans la fiche n°1 que faire payer, c'est favoriser les accouchements à domicile et ainsi restreindre les possibilités de soins dont doit disposer toute femme enceinte. D'une façon générale, il est essentiel de renforcer l'accès des populations à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive pour que les femmes puissent être en mesure de choisir librement d'utiliser un produit contraceptif.

La gratuité augmente le recours à du personnel qualifié pour les accouchements et permet donc de sauver des vies. La gratuité des accouchements et de la planification familiale sont complémentaires. Toutes deux concernent la santé de la reproduction, répondent aux besoins de santé et de lutte contre la pauvreté, et favorisent l'application des droits sexuels et reproductifs.

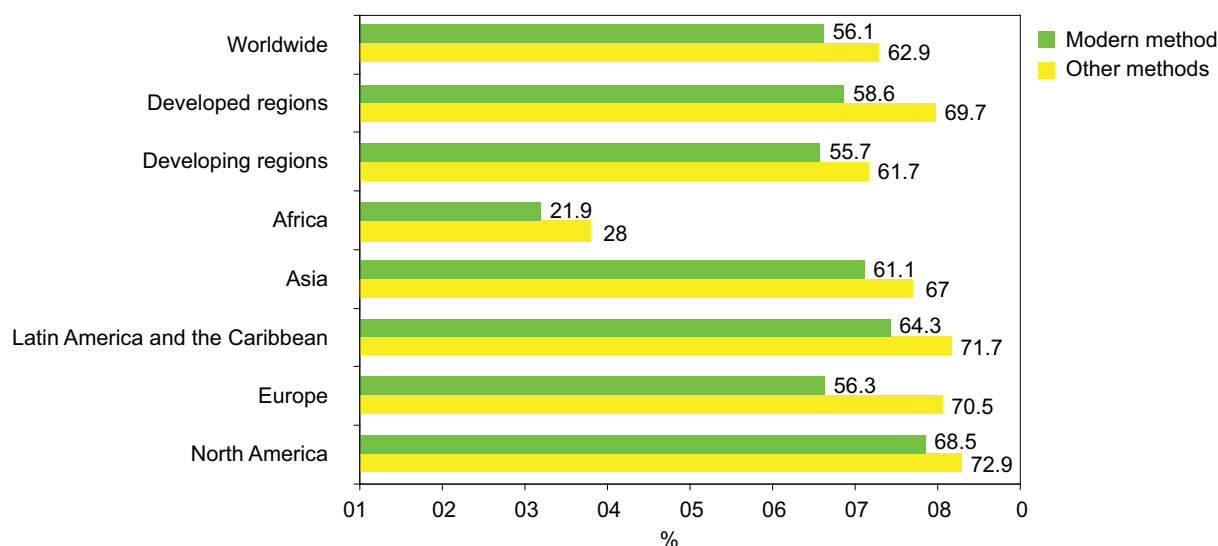


¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



Figure : pourcentage de femmes mariées ou en union libre, qui utilisent soit une méthode quelconque, soit une méthode moderne de contraception, 2007



Source : Organisation mondiale de la santé, 2013, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2ème édition*

Cette figure montre que le pourcentage de femmes utilisant une méthode de contraception en Afrique est très bas comparé aux autres continents. Les droits reproductifs des femmes ne sont pas satisfaits lorsque les produits contraceptifs ne sont pas

accessibles et disponibles gratuitement, au même titre que les accouchements. 200 millions de femmes dans les pays en développement ont des besoins en contraception non satisfaits, dont 130 millions en Afrique.

Références

- 1) Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
- 2) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
- 3) Schoumaker, B., Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé. African Population Studies 2004. Supplement A. vol. 19: p. 13-45.
- 4) Xu, K., D.B. Evans, G. Carrin, A.M. Aguilar-Rivera, P. Musgrove, and T. Evans, Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood), 2007. 26(4): p. 972-83.
- 5) Ridde, V., S. Kouanda, A. Bado, N. Bado, and S. Haddad, Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor. PLoS ONE, 2012. 7(3).