

## RAPPORT D'ETUDE DE RECHERCHE

# *Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans le département de la Donga*

### **EQUIPE DE RECHERCHE**

✓ **M. Marcel D. KOUNNOU,**  
*Economiste de la Santé et Socio-Anthropologue,*  
DDS AD

✓ **M. Gildas GBAGUIDI,**  
*Point Focal RADC*  
PARZS AD

✓ **Dr. Armand N. EKAMBI**  
*ATI PARZS AD*

✓ **Dr. Jacob NAMBONI**  
*DDS AD*

✓ **Mme Béatrice ADIMI**  
*Point Focal RADC*  
PARZS AD

Financement: PARZS

## REMERCIEMENTS

*LA REALISATION DE LA PRESENTE INVESTIGATION A ETE POSSIBLE GRACE A LA CONTRIBUTION EFFECTIVE DES AGENTS DE SANTE DES ZONES SANITAIRES DE DCO ET BASSILA D'UNE PART ET DES ACCOMPAGNANTS DES FEMMES CESARISEES D'AUTRE PART. NOUS SALUONS LEUR DEVOUEMENT ET SENS DE RESPONSABILITE QUI ONT PERMIS L'ATTEINTE DU BUT VISE. NOUS REMERCIONS EGALEMENT LES MEMBRES DE L'EQUIPE DE GESTION DU PROJET ET CELLE DU SPIRS-AD POUR LEURS CONTRIBUTIONS AUX PRESENTS TRAVAUX.*

## **AVANT-PROPOS**

Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et départements Sanitaires, fruit de la coopération entre le Bénin et le Royaume de la Belgique a pour objectif principal l'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité des populations des zones sanitaires sélectionnées (*ADD, KTL, CBGH, Bassila et DOC*). Le projet vise 04 résultats spécifiques :

- ❖R1 : L'offre des soins de santé de qualité dans les ZS de Comè, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée
- ❖R2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées
- ❖R3 : La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée
- ❖R4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées.

Au nombre des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les deux zones sanitaires de la Donga se trouve la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne en vigueur quatre ans environ dans le département. C'est donc la raison pour laquelle cette étude a été décidée et financée par le PARZS et menée en collaboration par le service de la planification, de l'informatique et de la recherche en santé de la DDS AD.

Il sera donc exposé dans le présent document les résultats de l'investigation pour éclairer l'opinion publique sur les différents résultats auxquels la gratuité de la césarienne a contribué à obtenir.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ADD</b>	<i>Aplahoué _ Dogbo _ Djakotomey</i>
<b>CAMA</b>	<i>Coefficient d'accroissement moyen annuel</i>
<b>CBGH</b>	<i>Comé _ Bopa _ Grand-popo _ Houéyogbé</i>
<b>DCO</b>	<i>Djougou _ Copargo _ Ouaké</i>
<b>DDS</b>	<i>Direction Départementale de la Santé</i>
<b>HZ</b>	<i>Hôpital de zone</i>
<b>KTL</b>	<i>Klouékammey _ Toviklin _ Lalo</i>
<b>OMD</b>	<i>Objectifs de Millénaire du Développement</i>
<b>OMS</b>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<b>OSC</b>	<i>Organisation de la Société Civile</i>
<b>PARZS</b>	<i>Projet d'Appui au Renforcement des départements et Zones Sanitaires</i>
<b>PAS</b>	<i>Programme d'Ajustement Structurel</i>
<b>SPIRS</b>	<i>Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé</i>
<b>TMA</b>	<i>Taux moyen annuel</i>
<b>ZS</b>	<i>Zone sanitaire</i>

## ***Table des matières***

<i>Contexte et justification de l'étude .....</i>	<i>7</i>
<i>Objectifs .....</i>	<i>9</i>
<i>Cadre théorique de l'étude.....</i>	<i>10</i>
<i>Revue de la littérature .....</i>	<i>12</i>
<i>Cadre de travail .....</i>	<i>15</i>
<i>Methodologie de travail.....</i>	<i>17</i>
<i>Presentation des resultats.....</i>	<i>23</i>
<i>Interprétation des resultats .....</i>	<i>35</i>
<i>Conclusion .....</i>	<i>43</i>
<i>Recommandations .....</i>	<i>45</i>
<i>Références bibliographiques .....</i>	<i>46</i>
<i>Fiche de dépouillement des registres des soins .....</i>	<i>48</i>
<i>Questionnaire aux femmes césariées et présente dans l'hôpital lors de l'étude .....</i>	<i>49</i>
<i>Questionnaire à l'endroit du personnel (soignants, équipe de gestion etc.) .....</i>	<i>50</i>
<i>Questionnaire à l'endroit du responsable des statistiques.....</i>	<i>51</i>

## **Résumé exécutif**

**Mots clés** : Evaluation, gratuité, césarienne, mise en œuvre, résultat, effets

Dans le souci de répondre promptement aux exigences sanitaires nécessaires pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les acteurs politiques africains en général et béninois en particulier ont développé et mis en œuvre des politiques d'accessibilité gratuite à certaines gammes de soins. C'est ce qui a fait l'objet du projet intitulé « santé pour tous ». La gratuité de l'offre de la césarienne dans les structures hospitalières béninoises à toutes les couches socio professionnelles débutée en 2009 s'inscrit bien dans cette vision et mérite d'être investiguée.

La présente étude réalisée en 2013 dans le contexte de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale intra hospitalière s'est déroulée dans le département de la Donga doté de deux hôpitaux dont un privé confessionnel et un public. Ces deux hôpitaux de zone ont servi de cadre à cette investigation qui a été de type transversal descriptif à visée évaluative. Les données recueillies et validées ont été saisies sur Epi-data® et analysées sur SPSS®. Les tests du  $\chi^2$  ont été réalisés pour les échantillons dont la taille est supérieure à 30 et une analyse descriptive pour l'échantillon de taille inférieure qui ont permis d'avoir des résultats intéressants.

Ainsi, l'enveloppe financière allouée à la mesure de la gratuité de la césarienne ne n'est pas conséquente du point de vue des agents de soins (certains postes ne sont pas pris en compte) de même que le délai trimestriel de son remboursement. Si les administrateurs hospitaliers affirment ne pas être en rupture de kits constitués, il a été constaté que les indicateurs de gestion de ses constituants ne sont pas calculés et rigoureusement tenus. Toutefois, bien que le personnel soignant soit enthousiaste pour la mise en œuvre de la politique, il a été constaté une asymétrie d'informations préjudiciable à la notion de 'gratuité' de la politique. En effet, au moment où le corps administratif des deux hôpitaux déclare disposer des ressources supplémentaires pour compléter le kit constitué en cas de nécessité, les prestataires des soins sollicitent plutôt les accompagnants des césarisées. Ce dysfonctionnement coûte en moyenne aux consommateurs ***28 000 f cfa à l'hôpital privé confessionnel et 44 286 f cfa à l'hôpital public.***

Pour les accompagnants des clientes rencontrés, ils déclarent être bien pris en charge dans des conditions cliniques satisfaisantes même si certains confient ne pas être informés/impliqués de la décision de recourir à la césarienne. Par ailleurs, au niveau des deux hôpitaux, il est noté que la distance 'domicile-hôpital' influence positivement la référence.

A l'hôpital de zone de Djougou (privé confessionnel), l'analyse statistique des résultats a révélé une corrélation statistiquement significative entre l'issue vitale du nouveau-né et la référence avec une corrélation de Spearman de ***-0,075***. Ainsi, plus vite la référence est faite, moins la vie du nouveau-né au sortir du bloc est menacée. Ceci est au mérite des responsables de la zone sanitaire qui ont, depuis peu,

redynamiser le système de référence. Ainsi, 95% des clients interviewés s'estiment satisfaites, nonobstant les frais supplémentaires payés.

En termes d'effets de la politique, il est noté que sa mise en œuvre a contribué à :

- ✓ Augmenter le taux moyen annuel d'accouchements assisté de **24,41% à Bassila et de 25,36% au DCO**
- ✓ Augmenter le taux moyen annuel de césarienne de **71,22% à Bassila et de 48,54% au DCO**
- ✓ Réduire **de 24,14%** le taux moyen annuel de décès maternel intra hospitalier **à Bassila et de 30,41% au DCO**
- ✓ Réduire de **5,21%** le taux moyen annuel de décès néonatal intra hospitalier **à Bassila et de 19,61% au DCO**

- **Quelques limites de l'étude :**

- ✓ La qualité relativement obsolète des dossiers des clientes n'intégrant pas les indicateurs clé d'infection post opératoire aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né
- ✓ La difficulté de certains bénéficiaires de donner une valeur nette des surcoûts payés en liquidité
- ✓ La discordance de la valeur des indicateurs d'une source à une autre
- ✓ L'absence de renseignements sur les durées moyennes de séjours en gynécologie

- **Proposition de canaux de communication au sein des structures hospitalières :**

- ✓ Ramener à une fréquence trimestrielle la tenue de l'assemblée générale ordinaire du personnel des hôpitaux et y discuter régulièrement des problèmes vitaux (gestion) de la structure : direction HZ ;
- ✓ Tenir mensuellement des séances d'IEC entre l'administration, le personnel soignant et les clients pour un recueil des problèmes pertinents de la relation soignant-soigné : direction HZ ;
- ✓ Créer des boîtes à suggestions pour recueillir dans l'anonymat les plaintes du personnel et des clients : direction HZ ;
- ✓ Organiser des dispositifs d'information aux populations à travers les réseaux des acteurs communautaires : EEZS des deux Zones Sanitaires de la Donga.

## ***1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE***

La santé constitue une ressource importante et essentielle du bien-être et la bonne santé d'une communauté améliore significativement sa croissance économique. C'est conscient d'une telle évidence que la plupart des pays africains, au lendemain de leur accession à la souveraineté suprême, ont opté pour l'affirmation du caractère inaliénable du droit à la santé pour chaque citoyen de même que sa gratuité. Ainsi, l'Etat-providence central édicte ses lois, les normes et les règlements, établit la politique de santé et dispose des structures de santé financées par les recettes publiques.

Mais ce courant d'Etat-providence prendra fin au début des années « quatre vingt » où les Gouvernements africains doivent faire face à des crises économiques marquées par l'effondrement des cours des matières premières et le déficit de la balance des échanges avec l'extérieur, l'affectation de plus de la moitié des recettes au remboursement des créances et les programmes d'ajustement structurels (PAS) et leurs effets sur les budgets sociaux (l'éducation et la santé) déjà précaires.

Dès lors, la logique de la rationalité devient la voie de survie des systèmes de santé face à une demande croissante. C'est dans ce contexte que naissent deux nouvelles politiques majeures qui vont réorienter les stratégies des systèmes de santé africains. Il s'agit d'une part de l'institutionnalisation des soins de santé primaires au terme de la conférence d'Alma Ata par l'OMS en 1978 qui devait permettre d'atteindre l'objectif commun de santé pour tous (SPT) en l'an 2000. Puis, l'Initiative de Bamako en 1987 qui a adopté les principes d'un nouveau programme visant à relancer et renforcer la mise en œuvre des soins de santé primaires et la nécessaire participation des populations bénéficiaires à la prise en charge de leur état de santé. Ainsi, désormais, les prestations sanitaires seront cédées à la communauté contre une contribution financière de sa part.

Ce nouveau mécanisme de financement qu'est le paiement direct des soins par les ménages est devenu la première source de financement du système de santé (44% selon les résultats du Compte National de la Santé 2008 du Bénin). Or, la proportion de populations couvertes par une sécurité sociale est très marginale (à peine 2% constituée par les fonctionnaires du secteur public et privé) dans un contexte où la promotion des mutuelles de santé est encore embryonnaire. Ainsi, une exclusion des populations pauvres et vulnérables de l'accès aux soins de santé de qualité reste inévitable. La faiblesse des indicateurs de santé, les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile inflexibles, la volonté d'atteindre les OMD et le mouvement régional d'adoption de politiques de gratuité ciblée ont poussé les autorités



béninoises à l'action. C'est la raison pour laquelle après les élections présidentielles de 2006, il a été décidé de la gratuité de la césarienne. Cette politique a ainsi introduit un nouveau mode de financement des soins de santé. Elle vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale et surtout lever la barrière financière pour l'accès universel à toutes les couches socio-économiques à une intervention de qualité.

Le département de la Donga n'est pas resté en marge de la mise en œuvre concrète de la politique de la gratuité de la césarienne aussi bien dans sa phase pilote par l'hôpital de zone de Bassila en 2009 que dans sa généralisation l'année suivante. Toutefois, après quatre ans de mise en œuvre dans le département, il est constaté que la politique est très peu documentée. De même, des interrogations subsistent en ce qui concerne :

- ✓ L'appréciation de l'environnement hospitalier de mise en œuvre
- ✓ Les résultats/effets obtenus de la politique.

C'est la raison pour laquelle, le projet PARZS visant « ***l'amélioration de l'accessibilité des populations des zones sélectionnées en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité*** » et appuyant entre autres les deux zones sanitaires dudit département a décidé de financer et de mener en collaboration avec les services déconcentrés du ministère de la santé la présente investigation.

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Evaluer la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans le département de la Donga

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- ✓ Apprécier les intrants disponibles pour la gratuité de la césarienne dans chaque structure hospitalière du département
- ✓ Apprécier le processus de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans chaque structure hospitalière du département
- ✓ Comparer les effets entre les périodes pré et post gratuité
- ✓ Juger la pertinence de la politique

### **3. CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

#### **3.1. Définition de quelques concepts clés**

**Evaluation** : c'est une démarche qui consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitime sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes aux différents acteurs concernés en fonction de leurs champs de jugement bien parfois différents, prendre position sur l'intervention et construire individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en actions[1].

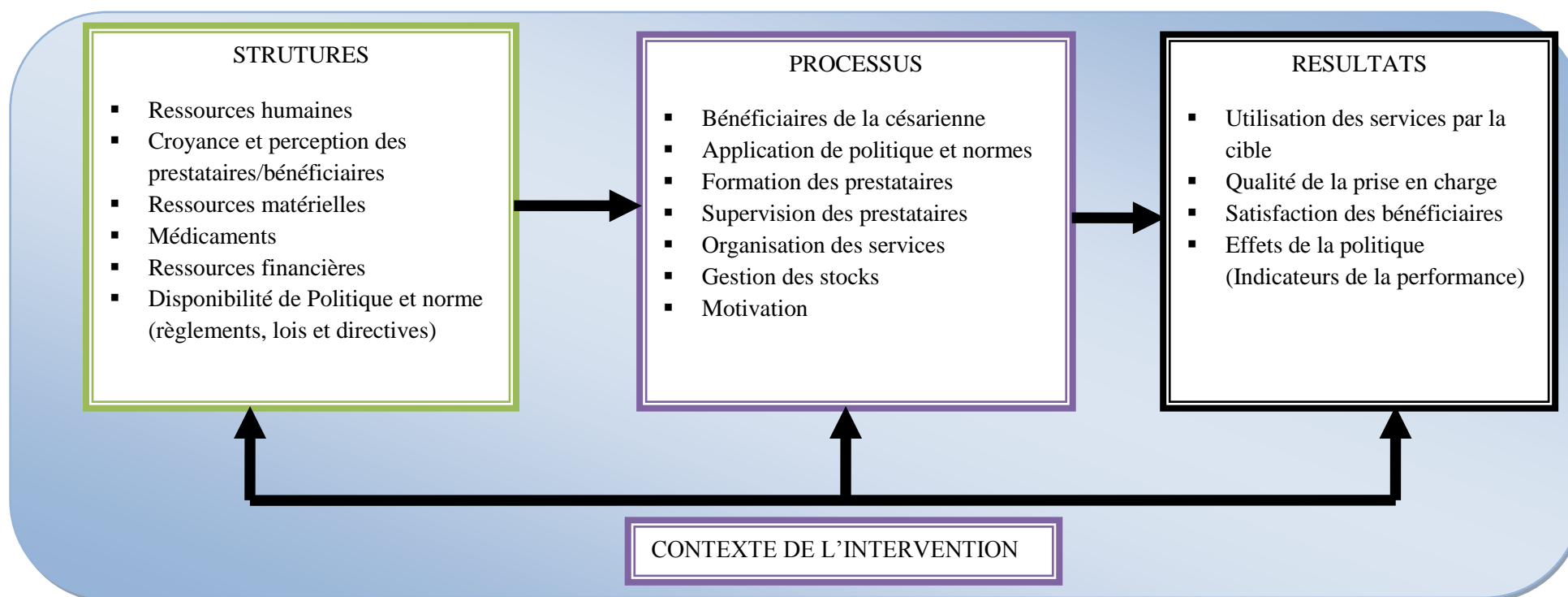
**Mise en œuvre de la gratuité** : Selon Mény et Thoenig, la mise en œuvre d'une politique publique se définit comme « un ensemble d'activités individuelles et organisationnelles transformant des conduites dans le cadre d'un contexte prescriptif établi par une autorité publique mandatée ». Elle repose sur deux « piliers » essentiels : un ensemble normatif (le processus, la structure, les résultats et les représentations) et un système d'acteurs (ensemble de personnes qui vont agir pour l'application).

**Césarienne** : Elle est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus par une incision de l'abdomen et de l'utérus. Il s'agit d'un « accouchement par voie haute ». Elle est pratiquée par un gynécologue-obstétricien.

**Ressources** : C'est un ensemble des moyens (ressources humaines, financières, matérielles, informationnelles et temporelles) affectées à des activités.

#### **3.2. Cadre conceptuel de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne dans le département de la Donga**

Le modèle utilisé a été inspiré de celui de A.P. CONTANDRIOPOULOS et collaborateurs [2] sur les composantes d'une intervention représentée ici par la gratuité de la prise en charge de la césarienne des femmes enceintes dans le département de la Donga au Bénin.



**Graphique 1 : Modèle d'évaluation normative d'une intervention (Adapté de A.P. CONTANDRIOPOULOS et Col. (2000))**

**Légende:**

Composantes de l'intervention
  Contexte de l'intervention

➔ Relation entre les composantes de l'intervention

#### **4. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

La politique de gratuité de la prise en charge de l'accouchement dystocique initiées et mise en œuvre par les Etats africains a fait l'objet de préoccupation de plusieurs publications dont les fonds peuvent être répartis sous trois angles :

##### **4.1. *Motifs de la mise en œuvre de la politique***

A l'aune de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et surtout au constat réalisé par la communauté internationale que les OMD dans le domaine de la santé ne seront manifestement pas atteints, les enjeux de l'accès facile aux services de soins et du financement de la santé dans les pays les plus pauvres reviennent sur le devant de la scène.... les acteurs politiques des pays en développement, considèrent de plus en plus l'idée de fournir gratuitement des soins aux populations les plus vulnérables comme un élément de réponse à ce problème [3,4].

L'analyse comparée des résultats de 18 programmes de prise en charge de patients en Afrique, Asie et Amérique du sud montre que la mortalité des personnes mises sous traitement baisse quand elles disposent d'un accès gratuit aux médicaments [5].

##### **4.2. *Quelques résultats atteints***

L'évaluation du degré de mise en œuvre de la nouvelle politique de gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes dans la ville de Brazzaville (République du Congo) a montré que la mise en œuvre de la mesure de gratuité n'est pas effective dans l'ensemble des centres de santé intégrés. Selon cette étude, seule une proportion de 46% des patients ayant participé à l'enquête a bénéficié de la mesure de gratuité bien que les CTA soient disponibles dans les structures pharmaceutiques.

Cette même étude a révélé que pour l'ensemble de centres de santé qui applique la mesure, seuls 7% des formations sanitaires enquêtées ont assuré des prestations à l'ensemble des patients reçus [10].

Dans 28.57% des centres de santé, aucun patient n'a bénéficié de la mesure, ce qui est probablement lié à la faible disponibilité des médicaments dans certains centres de santé et le manque des mesures d'accompagnement. Cette étude a démontré aussi que la mesure de gratuité n'est pas appliquée uniformément dans tous les centres de santé, elle varie de 0% dans 4 centres de santé à 100% dans un autre [10].

Plusieurs États d'Afrique subsaharienne ont initié et mis en œuvre des politiques publiques d'exemption de paiement direct de certains soins pour l'ensemble de la population ou en faveur de certaines catégories sociales vulnérables. L'évaluation de ces politiques a abouti à divers résultats.

Des études réalisées au Burkina Faso et au Mali, ont montré que, si le paiement direct a amélioré l'accès aux médicaments, il a réduit l'accès des populations vulnérables aux services, conduisant à une réduction de l'utilisation des services [6]. C'est d'ailleurs à ce même résultat qu'ont abouti certaines investigations menées au niveau de la sous-région.

En effet, entre 1990 et 2005, 26 études menées en Afrique de l'Ouest sur l'introduction du paiement direct et l'utilisation des services ont montré que 14 de ces études ont relevé un effet négatif sur l'utilisation des services [7].

En Afrique du Sud et à Madagascar, l'abolition de paiement direct a eu des conséquences néfastes sur l'adhésion à cette politique de la part des agents de santé dues aux carences de la phase préparatoire. Cette difficulté, ajoutée au manque de communication, a rendu les agents des centres de santé en Afrique du Sud frustrés, malgré le fait qu'ils soient favorables à cette mesure. La frustration en Afrique du Sud s'explique par le fait que l'abolition a accru le nombre de consultations et réduit le temps accordé à chaque patient. Les ressources humaines et les médicaments n'ont pas suivi [8]. A Madagascar, une étude a montré que l'abolition est associée à une augmentation de 22% du nombre de consultations après avoir pris en compte les effets de l'offre de service (qualité des services) [9].

#### ***4.3. Quelques revers observés***

Les problèmes de mise en œuvre de la politique au Niger s'observent avec acuité et se traduisent par les retards de remboursement et des ruptures d'approvisionnement de médicaments. Au Burundi, au début de la mise en œuvre de la politique de gratuité, les retards de remboursement étaient de six à neuf mois entre 2006 et 2007 [11].

Witter *et al.* (2008) ont noté également un retard de remboursement important au Sénégal à propos de la gratuité de la césarienne [12]. Récemment encore, une étude a montré que l'État avait des dettes de plus de quatorze milliards de francs CFA en 2010 envers les hôpitaux dans le cadre de cette politique et celle pour les personnes âgées [13]. Les retards de remboursement ont des effets non négligeables sur la capacité financière des formations sanitaires. Ils grèvent lourdement le fonctionnement des formations sanitaires. Celles-ci ne sont plus en mesure d'acheter les médicaments nécessaires à partir de leurs recettes propres. Elles ont continué à acheter des médicaments à partir de leurs bénéfices anciens thésaurisés pour soigner les patients sans attendre les remboursements.

Au fil du temps, les caisses des formations sanitaires se sont vidées. L'assèchement des caisses a accentué davantage les pénuries de médicaments, et les formes pédiatriques, plus chères, ont presque disparu des centres de santé. Ces effets de la baisse des recettes apparaissent dans d'autres cas. En Ouganda, l'absence de remboursement a mis les structures sanitaires dans l'incapacité d'assumer les dépenses récurrentes [14] et cela s'est traduit par une pénurie de médicaments et des laboratoires non fonctionnels [15]. Face à la pénurie de médicaments dans le district de Dosso, les acteurs (personnel de santé et usagers) ont développé des stratégies d'adaptation. On peut en énumérer trois. Les « doubles ordonnances » consistent à délivrer au patient une ordonnance pour les médicaments qui font défaut dans la structure de santé, cette ordonnance venant s'ajouter au forfait payé par le patient pour couvrir les frais de consultation et des médicaments disponibles dans la structure de santé. La deuxième stratégie est celle du changement de structure de santé par les usagers pour aller vers celles qui peuvent disposer de médicaments. La troisième est celle des dettes contractées par les structures auprès des centrales pharmaceutiques et des imprimeries en ce qui concerne la confection des outils de gestion. Dans d'autres pays, des stratégies semblables ont été développées pour faire face à la pénurie de médicaments.

Dans plusieurs pays africains, certains auteurs ont mis en exergue les insuffisances de ces politiques. Ce sont l'absence de sources pérennes de financement avec pour corollaire le remboursement tardif des structures de santé ; la mauvaise communication, une insuffisance dans les mécanismes de suivi-évaluation et de coordination, les imprécisions sur la prise en charge de la référence et une faible motivation du personnel [16;17;18;19;20].

## **5. CADRE DE TRAVAIL**

### ***Contexte géographique***

Le Bénin est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest limité au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique. Il couvre une superficie de 114.763 km<sup>2</sup>.

C'est un pays qui est parcouru par des pistes et dessertes rurales souvent inaccessibles pendant les saisons pluvieuses, ce qui rend difficile l'organisation des soins de santé aux populations situées à plus de 5 kilomètres des centres de santé.

Administrativement, le Bénin est découpé en douze départements dont celui de la Donga situé au sud au bas de sa partie nord-ouest. Il est composé de deux zones sanitaires à savoir celle de Djougou\_Copargo\_Ouaké et celle de Bassila.

### ***Contexte démographique***

La population béninoise est estimée en 2011 à 9.325.032 habitants avec une densité de 81 habitants au km<sup>2</sup>. C'est une population essentiellement jeune à dominance féminine avec un âge médian de 17.9 ans et un ratio de dépendance de 87.4%. Les moins de 15 ans représentent 43% de la population totale et les femmes en âge de procréer 30%. Il y a 42.5% de la population qui vient en milieu urbain. L'espérance de vie est estimée à 56.1 ans en 2011. Ces données résument bien les réalités du département.

### ***Contexte socio sanitaire du Bénin***

Les ressources humaines et les services de santé sont inégalement réparties sur le territoire avec pour corollaire une sur-couverture en infrastructures et une pléthore d'effectifs dans les grandes villes alors qu'il y a une insuffisance récurrente de ces ressources dans les régions rurales. Ce qui se traduit par une mauvaise qualité des soins et une iniquité dans l'accès aux soins de santé des populations pauvres et démunies. L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux :

- ❖ Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires qui correspondent aux districts de santé.
- ❖ Le niveau intermédiaire représenté par six Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures



de santé des niveaux intermédiaire et périphérique. On y trouve les hôpitaux de deuxième référence.

- ❖ Le niveau central représenté par le Ministère de la Santé a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de Santé. Les hôpitaux universitaires et nationaux y sont rattachés et représentent le troisième niveau de référence.

La part du Produit Intérieur Brut (PIB) affectée aux dépenses totales en santé est faible au Bénin et varie entre 4 et 5% suivant les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les comptes nationaux de la santé.

De 2000 à 2010, l'allocation de budget pour les dépenses publiques en santé au Bénin est restée faible entre 9 et 12% des dépenses générales de l'Etat avec une tendance à la baisse depuis quatre ans. Cette baisse du budget alloué à la santé traduit un désengagement de l'Etat vis-à-vis de ce secteur. Ceci est en contradiction avec le discours officiel et avec le slogan de « santé pour tous » au Bénin. Par ailleurs, les dépenses totales en santé oscillent entre 52 et 65 dollars par habitant et par an au taux de change courant du dollar US de 2000 à 2010. Les dépenses publiques en santé par habitant ont suivi la même tendance. Le niveau des dépenses privées en santé est très élevé entre 56% en 2000 et 50.5% en 2010. Il a très peu diminué ces dix dernières années et est source d'iniquité et de barrières à l'accès aux soins et services de santé de qualité et nécessite de mettre en place des mécanismes de protection sociale.

Cette faible dépense en santé traduit peut-être l'inaccessibilité financière d'une majorité de la population béninoise qui renonce aux soins de santé ou fait recours à la médecine traditionnelle. Le paiement direct des actes par les ménages constitue le premier mode de financement des dépenses en santé et représente 93 à 100% des dépenses privées en santé ces onze dernières années. En effet, l'apport des assurances et mutuelles de santé est très marginal sur la même période, même s'il a atteint 7% des dépenses privées en santé de 2008 à 2010.

## **6. METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

### **6.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative.

### **6.2. Population d'étude**

Elle sera constituée de deux types de cibles : primaire et secondaire.

#### **6.2.1. Cible primaire :**

Elle sera constituée de tout accompagnant de la femme césarisée et garant du paiement des coûts additifs de la prestation dans l'un des deux hôpitaux de zone de la Donga.

#### **6.2.2. Cible secondaire :**

Elle est constituée de :

- Agents de santé de la gynécologie et du bloc opératoire (médecins, infirmiers, sages-femmes, anesthésistes),
- Personnel administratif (médecin coordonnateur, Directeur de l'hôpital, C/SAAE, C/SAF)

### **6.3. Les sources**

Il s'agit ici des rapports statistiques des zones sanitaires, registres, dossiers des patients, fiches opératoires.

### **6.4. Critères d'inclusion et de non inclusion:**

#### **6.4.1. Critères d'inclusion :**

- Accompagnants de la femme césarisée et garant du paiement des coûts additifs de la prestation dans l'un des deux hôpitaux de zone de la Donga.
- Agents de santé qualifiés directement impliqués dans l'offre de la prestation de service.
- Personnel administratif clé de la structure hospitalière et du bureau de zone

#### **6.4.2. Critères d'exclusion**

- Cibles répondant aux critères d'inclusion mais en dehors du département de la Donga.

### **6.5. Méthodes et techniques d'échantillonnage**

#### **6.5.2. Méthode d'échantillonnage**

La méthode non probabiliste sera utilisée aussi bien pour la cible primaire que secondaire.

#### **6.5.2. Technique d'échantillonnage**

Dans chacune des deux structures hospitalières, toutes les cibles présentes seront enrôlées par choix raisonné. Tous les documents contenant les statistiques et données relatives à l'offre de la prestation seront consultés.

***Tableau 1 : Méthodes et techniques d'échantillonnage en fonction des cibles***

<i><b>Cible</b></i>	<i><b>Méthode</b></i>	<i><b>Techniques</b></i>
Accompagnants des femmes césariées rencontrées pendant l'enquête	Non probabiliste	Choix exhaustif
Personnel des soins (médecins, anesthésiste, infirmier, sage femme)	Non probabiliste	Choix exhaustif
Personnel administratif	Non probabiliste	Choix exhaustif
Statisticiens (hôpital et bureau de zone)	Non probabiliste	Choix exhaustif
Rapports statistiques	Non probabiliste	Choix exhaustif
Dossier des patients, registres, fiche opératoire	Non probabiliste	Choix exhaustif

### **6.6.2. Taille de l'échantillon**

Etant donné que la méthode d'échantillonnage est non probabiliste, les données recherchées seront collectées de façon exhaustive. Ainsi, les tailles par échantillon se présentent comme suit :

<i><b>Echantillons</b></i>	<i><b>Tailles</b></i>
Accompagnants des femmes césariées rencontrées	30
Personnel de santé	19
Dossier des patients dépouillés	947

## **6.6. Variables**

### **6.6.1. Définition des variables**

Les variables dépendantes et indépendantes de cette investigation sont les suivantes :

<i><b>Variables indépendantes</b></i>	<i><b>Variables dépendantes</b></i>
<i><b>Référence de la cliente</b></i>	<i><b>Issue vitale de la mère et du nouveau-né</b></i>
<i><b>Niveau informationnel de la gratuité chez la cliente</b></i>	<i><b>Frais supplémentaires payés par la cliente</b></i>
<i><b>Distance (domicile-hôpital)= Communes</b></i>	<i><b>Référence de la cliente</b></i>
<i><b>Frais supplémentaires payés par la cliente</b></i>	<i><b>Niveau de satisfaction de la cliente</b></i>

### **6.6. Opérationnalisation des composantes**

Pour rendre opérationnelles les variables, nous les avons définies en fonction de leur type qui seront par la suite comparées à la norme.

Les détails de l'opérationnalisation des composantes se trouvent ci-dessous :

**Tableau 2 : Aspects opérationnels de la composante «Intrants»**

<b>Variables composites</b>	<b>Définition</b>	<b>Variables/Modalité</b>
Ressources humaines	Agents de santé au niveau de chaque structure hospitalière	Nombre de médecins Nombre d'infirmier Nombre d'anesthésiste Nombre de Sage-femme

Croyance et perception des prestataires	Point de vue des prestataires par rapport à la prise en charge gratuite de la césarienne	Adhésion des prestataires Critiques des prestataires Réserve des prestataires
Ressources matérielles	Matériels nécessaires pour la prise en charge	Lits Poste opératoire Boîtes d'instruments opératoires Dispositifs de stérilisation Ambulances, dossiers des patients, protocole opératoire Source de relais énergétique
Médicaments	Produits nécessaires pour la prise en charge	Kits et médicaments
Ressources financières	Moyens financiers nécessaires au réapprovisionnement	Montant de la subvention : suffisant ou non
		<b>Frais supplémentaires</b> : oui/ non Si oui : montant payé
		Délais de remboursement : 1 mois ; Entre 1 et 3 mois ; Entre 3 et 6 mois ; Au-delà de 6 mois
		Postes de coût de la subvention : Kit, médicaments, acte, hospitalisation, soins post opératoires, motivation, transport

**Tableau 3 : Aspects opérationnels de la composante « Processus »**

Variables composites	Définition	Variables/Modalité
Bénéficiaires de la césarienne	Communes de provenance des bénéficiaires	1- Bassila ; 2- Djougou ; 3- Ouaké ; 4- Copargo ; 5- Autres
	Distance domicile-Hôpital	1- < 5 ans ; 2- Entre 5 et 10 km 3- > 10 km
	Type d'accès	Référée ou non
Application de la politique	Exécution de décisions	Oui Non
Supervision des prestataires	Supervisions reçues depuis la mise en œuvre de la gratuité	Nombre des supervisions
Formation des prestataires	Formations sur la gratuité reçues depuis la mise en œuvre de la gratuité	Nombre d'agents formés (sur site.....)
Organisation des services	Mécanismes mis en place pour	Information des bénéficiaires

	assurer la gratuité de la césarienne	Réactivité du système de PEC : <b>respect de la personne</b> (respect de la dignité humaine, autonomie des patients et confidentialité) et <b>attention accordée aux clients</b> (promptitude de la PEC, qualité de l'environnement, accès au réseau d'aide social et choix du prestataire)
Gestion des stocks	Dispositions prises pour la disponibilité des intrants	Taux de rupture des intrants Existence des fiches de stock Définition des indicateurs de gestion (CMM, stock minimal, d'alerte, de sécurité)
Motivation	Mécanismes de motivation du personnel	Motivation du personnel médico-technique Motivation du personnel de soutien

***Tableau 4: Aspects opérationnels de la composante «Résultats »***

Variables composites	Définition	Variables/Modalité
Qualité de la prise en charge	Issues de l'intervention	Nombre de césarisées vivantes après intervention
		Nombre de nouveau-nés vivants après intervention
		Nombre de césarisées sorties vivantes de l'hôpital
		Nombre de nouveau-nés sortis vivantes de l'hôpital
Satisfaction des bénéficiaires	Appréciation que les bénéficiaires ont de la mise en œuvre de la gratuité	<b>Satisfaction</b> : 1-Très satisfait, 2-Moyennement, 3-Pas du tout satisfait
		<b>Frais supplémentaires</b> : oui/ non Si oui : montant payé

***Tableau 5: Aspects opérationnels de la composante «Effets»***

Variables composites	Définition	Variables
Indicateurs de performance	Evolution dans le temps des indicateurs	Evolution du taux d'accouchement assisté
		Evolution du taux de césarienne
		Ratio de mortalité maternelle intra hospitaliers par an et par zone sanitaire
		Evolution du ratio de décès périnataux intra hospitaliers

## 6.7. Technique et outils de collecte de données

**Tableau 6 : Techniques et outils de collecte des données en fonction des cibles**

Cibles/Sources	Technique	Outils
Accompagnants des femmes césarisées	Entretien semi-structuré	Questionnaire
Personnel des soins	Entretien semi-structuré	Questionnaire
Personnel administratif	Entretien semi-structuré	Questionnaire
Statisticiens (hôpital et bureau de zone)	Récit des cas	Listing des indicateurs
Dossier des patients, registres, fiche opératoire	Dépouillement	Fiche de dépouillement

## 6.8. Déroulement de l'investigation

Une fois la phase de conception des outils de collecte des données bouclée, l'équipe de recherche mandatée a recruté et briefé des agents (infirmiers, sages-femmes, statisticiens, personnel des blocs opératoires) de collecte des données au niveau des deux zones sanitaires appuyées par le projet. Ce briefing a permis d'imprégner les recrues des aspects clés du protocole de recherche et surtout des différents items contenus sur les outils de collecte.

Cette étape de collecte des données s'est déroulée du 24 Avril au 04 Mai 2013 au niveau des deux hôpitaux de zone de la Donga. Au cours de cette période, trois exercices ont été faits :

- ✓ Dépouillement de tous les dossiers de toutes les femmes prises en charge pour césarienne au cours l'année 2012 au niveau de chaque structure hospitalière
- ✓ Entretien avec toutes les femmes césarisées rencontrées au cours de la période de la collecte des données et,
- ✓ Entretien avec le personnel administratif et médico-technique présent lors de la période sus indiquée.

## 6.9. Plan de traitement et d'analyse des données

Les données recueillies et validées ont été saisies sur Epi-data® et analysées sur SPSS®. Nous avons apprécié la valeur statistique de ces résultats en réalisant des tests du  $\chi^2$  pour les échantillons dont la taille est supérieure à 30 et pour l'échantillon de taille inférieure, nous nous contenterons de faire une analyse descriptive.

Pour le test du  $\chi^2$ , lorsque la valeur  $p$  (probabilité ou le risque de commettre l'erreur alpha c'est-à-dire en affirmant que l'hypothèse  $H_0$  est vraie alors que ce n'est pas le cas) issue du croisement entre deux variables est :

- ✓ Inférieure à 0,05 alors la variable indépendante influence significativement la variable expliquée
- ✓ Supérieure à 0,05 alors les deux variables ne sont nullement corrélées.

## **6.10. Aspects éthiques et réglementaires**

### **6.10.1. Autorisation d'enquête**

Nous avons obtenu l'autorisation d'enquête du Directeur départementale de la santé de l'Atacora et de la Donga et des médecins coordonnateurs des zones sanitaires concernées (*Cf. note de service N° du MS qui octroie aux zones du PARZS le statut de zones sanitaires pionnières*)

### **6.10.2. Consentements éclairés des sujets à interviewer**

La participation à l'enquête ménage a été libre et éclairée. Chaque femme césarisée interviewée a reçu une explication du but visé par cette étude et a donné son consentement avant que les questions de l'enquête ne lui soient posées. Il faut signaler que toutes les femmes césarisées rencontrées ont jugé de l'opportunité de l'investigation et se sont laissées soumettre au questionnaire.

### **6.10.3. Aspects déontologiques**

Pour des raisons de déontologie médicale et surtout compte tenu de la sensibilité des données à recueillir et du caractère médico-légal des sources, il n'est retenu comme agents de collecte des données que des professionnels des soins de santé. Par ailleurs, les fiches de collecte ne portent nullement des données socio démographiques pouvant permettre d'identifier les bénéficiaires de la prestation.

### **6.10.4. Difficultés rencontrées**

Bien de difficultés ont été rencontrées à bien étapes de cette investigation à savoir :

- ✓ La qualité relativement obsolète des dossiers des clientes n'intégrant les indicateurs clé d'infection post opératoire aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né
- ✓ La difficulté de certains bénéficiaires de donner une valeur nette des surcoûts payés en liquidité
- ✓ L'intégration de certains agents des HZ locaux a certainement influencé la réponse des prestataires par rapport à certaines préoccupations du guide d'entretien à eux adressé d'une part et celle des bénéficiaires des soins d'autre part.
- ✓ La discordance de la valeur des indicateurs d'une source à une autre
- ✓ L'absence de renseignements sur les durées moyennes de séjours en gynécologie

## 7. PRESENTATION DES RESULTATS

### 7.1. Les données d'ordre général

L'effectif de personnel rencontré est presque égale au niveau des deux structures hospitalières

**Tableau 7 : Effectif du personnel rencontré**

	<i>Personnel administratif et soignant rencontré</i>		<i>Total</i>
	<i>Administratif</i>	<i>Soignant</i>	
<b><i>HZOM</i></b>	<b><i>1</i></b>	<b><i>8</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>HZ Bla</i></b>	<b><i>3</i></b>	<b><i>7</i></b>	<b><i>10</i></b>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>4</i></b>	<b><i>15</i></b>	<b><i>19</i></b>

Près de 80% des dossiers dépouillés provenait de l'hôpital Ordre de Malte de Djougou. Autrement, l'HZOM a reçu en 2012 environ quatre fois plus de césariées que l'HZ Bassila.

**Tableau 8 : Nombre de dossiers dépouillés**

	<i>Nombre de dossiers de césariées dépouillés</i>
<b><i>HZOM</i></b>	<b><i>761</i></b>
<b><i>HZ Bla</i></b>	<b><i>186</i></b>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>947</i></b>

Près de 57% des femmes césariées provenait de l'hôpital de zone de Bassila.

**Tableau 9 : Nombre de femmes césariées rencontrées**

	<i>Nombre de femmes césariées rencontrées</i>
<b><i>HZOM</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>HZ Bla</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>30</i></b>

### 7.2. Les intrants disponibles pour l'offre de la prestation

#### ✓ *Les ressources humaines qualifiées disponibles*

Le personnel qualifié présent au service de gynécologie de l'HZ Ordre de Malte est le double de celui de l'HZ Bassila.

**Tableau 10 : Effectif du personnel qualifié en gynécologie par hôpital de zone**

	<i>Ressources humaines disponibles</i>				<i>Total</i>
	<i>Médecins</i>	<i>Anesthésistes</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Sages-femmes</i>	
<b><i>HZOM</i></b>	<b><i>02</i></b>	<b><i>03</i></b>	<b><i>06</i></b>	<b><i>06</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>HZ Bla</i></b>	<b><i>02</i></b>	<b><i>02</i></b>	<b><i>00</i></b>	<b><i>05</i></b>	<b><i>09</i></b>



<i>Total</i>	<i>04</i>	<i>05</i>	<i>06</i>	<i>11</i>	<i>26</i>
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

✓ ***Croyance et perception de la gratuité de la césarienne par les prestataires***

La grande majorité des prestataires rencontrée ont déclaré que la politique de la gratuité de la césarienne est vraiment opportune compte des dégâts vitaux auxquels ils étaient quotidiennement confrontés. Toutefois, ils (surtout le personnel non médical) restaient critiques sur le manque de motivations financières à leur affecter d'une part, l'insuffisance de l'enveloppe allouée pour la prise en charge face à certains tableaux critiques et la surcharge du travail secondaire à la mise en œuvre de la politique.

✓ ***Disponibilité des Ressources matérielles***

Les deux structures hospitalières visitées disposent chacune d'une source d'énergie de relais fonctionnel, de postes opératoires, d'équipements de stérilisation du matériel souillé, des boîtes d'instruments chirurgicaux, des obus d'oxygène, d'ambulance en bon état et un poste de transfusion sanguine.

✓ ***Disponibilité des Médicaments***

La totalité des prestataires interviewés ont reconnu la disponibilité permanente des kits constitués et des médicaments aux fins de garantir l'offre de la césarienne. Des réserves sont émises par rapport à leur insuffisance face à de cas atypiques, à leur complétude compte tenu de tableaux critiques qu'il est possible de rencontrer.

✓ ***Disponibilité des ressources financières et délai de remboursement***

La totalité des enquêtés interviewée ont reconnu que l'enveloppe financière allouée par femme césarisée est de ***cent mille francs***.

6/19 de l'effectif du personnel interviewé déclarent que l'Etat ne rembourse pas les factures des prestations offertes aux femmes. Le reste soit 13/19 est d'avis contraire et désigne non pas sans hésitation un trimestre comme délai moyen de remboursement des factures des césariennes.

✓ ***Effet du délai trimestriel sur le budget de fonctionnement des hôpitaux***

Dans l'ensemble des deux structures hospitalières, l'essentiel des interviewés déclarent que le délai trimestriel de paiement du nombre de césariennes prestées n'influence pas négativement la viabilité financière des hôpitaux.

**Tableau 11 : Effet de la périodicité du paiement des factures**

<i>Formations</i>	<i>Appréciation de l'effet du délai trimestriel de paiement des factures</i>				<i>Total</i>
	<i>Négatif</i>	<i>%</i>	<i>Positif</i>	<i>%</i>	
<b><i>HZOM</i></b>	<b><i>3</i></b>	<b><i>33,33</i></b>	<b><i>6</i></b>	<b><i>66,67</i></b>	<b><i>9</i></b>

<i>HZ Bla</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>100</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>3</i>	<i>23,08</i>	<i>10</i>	<i>76,92</i>	<i>13</i>

✓ *Appréciation du personnel sur le montant de cent mille*

La quasi-totalité du personnel soignant interviewée au niveau des structures hospitalières déclarent que le montant de l'enveloppe financière affectée par l'Etat ne couvre pas tous les postes de coût de la prestation.

**Tableau 12 : Appréciation du montant de la subvention**

<i>Formations</i>	<i>Appréciation de la subvention</i>				<i>Total</i>
	<i>Non Suffisante</i>	<i>%</i>	<i>Suffisante</i>	<i>%</i>	
<i>HZOM</i>	<i>8</i>	<i>88,89</i>	<i>1</i>	<i>11,11</i>	<i>9</i>
<i>HZ Bla</i>	<i>6</i>	<i>60 ,00</i>	<i>4</i>	<i>40</i>	<i>10</i>
<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>73,68</i>	<i>5</i>	<i>26,32</i>	<i>19</i>

✓ *Proposition de mécanisme de compensation de l'insuffisance de la subvention*

Au nombre des mécanismes de compensation du gap du montant financier fixé par l'Etat, les répondants (ceux qui estiment que la subvention est insuffisante) sont partagés entre :

- le recours à une subvention de la structure hospitalière,
- Le paiement direct par les bénéficiaires et
- Une subvention de l'Etat

En effet, si à l'HZOM, le personnel reste partagé entre la subvention de l'hôpital et celle de l'Etat central comme mécanisme de compensation de l'insuffisance de l'enveloppe financière, à l'HZ de Bassila, le choix est essentiellement porté par sur le paiement direct.

**Tableau 13 : Mécanismes de compensation**

<i>Formations</i>	<i>Mécanismes de compensation de l'insuffisance de la subvention</i>						<i>Total</i>
	<i>Subv de l'hôpital</i>	<i>%</i>	<i>Paiement direct</i>	<i>%</i>	<i>Subv de l'Etat</i>	<i>%</i>	
<i>HZOM</i>	<i>3</i>	<i>37,5</i>	<i>2</i>	<i>25</i>	<i>3</i>	<i>37,5</i>	<i>8</i>
<i>HZ Bla</i>	<i>1</i>	<i>16,67</i>	<i>5</i>	<i>83,33</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Total</i>	<i>4</i>	<i>28,57</i>	<i>7</i>	<i>50</i>	<i>3</i>	<i>21,43</i>	<i>14</i>

✓ *Montant supplémentaire payé par les césarisées rencontrées*

Trois femmes au niveau de chaque hôpital ont déclaré n'avoir rien payé au terme de la prestation. Notons qu'il s'agit des césarisées à peine sorties du bloc et fraîchement hospitalisées.

La moyenne du montant supplémentaire demandée par bénéficiaire de la prestation est **28 000 f cfa à l'HZOM et de 44 286 fcfa à l'HZ Bassila.**

**Tableau 14 : Montant supplémentaire payé par les bénéficiaires des soins**

Formations	Montant supplémentaire payé						Total
	< 20 000F	%	Entre 20 000 et 50 000F	%	> 50 000F	%	
<b>HZOM</b>	<b>4</b>	<b>40,00</b>	<b>5</b>	<b>50,00</b>	<b>1</b>	<b>10,00</b>	<b>10</b>
<b>HZ Bla</b>	<b>2</b>	<b>14,29</b>	<b>6</b>	<b>42,86</b>	<b>6</b>	<b>42,86</b>	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>25,00</b>	<b>11</b>	<b>45,83</b>	<b>7</b>	<b>29,17</b>	<b>24</b>

✓ **Postes de coût couverts par la subvention**

Il est constaté que les différents postes de coût fixés par le décret instituant la gratuité de la césarienne au Bénin ne sont couverts dans aucune des deux structures hospitalières. En tenant compte des tarifs en vigueur au niveau de chacune d'elles pour les postes de coûts pris en charge, il est constaté qu'il se dégage un manque à gagner de 14 750 F CFA à l'HZOM et un solde positif de 4 125 F CFA à l'HZ Bassila.

**Tableau 15 : Répartition de la subvention**

Postes de coût fixés par l'arrêté ministériel	HZOM	HZ B
Montant du transfert de la femme enceinte dans la structure hospitalière	-	-
Montant de la prise d'une veine avec soluté avant le transfert	-	-
Montant des frais de consultation	-	-
Montant de l'acte opératoire	60 000	22 500
Montant des médicaments et consommables médicaux	27 000	65 000
Montant de l'hôtellerie	6 500	5 000
Montant du contrôle post opératoire	3 000	-
Montant de la motivation financière	18 250 *	3 375*
<b>Total</b>	<b>114 750</b>	<b>95 875</b>

**7.3. Processus de l'offre de la césarienne**

✓ **Les bénéficiaires de la prestation**

✓ **Répartition par commune de provenance des femmes césarisées en 2012**

En 2012, l'hôpital Ordre de Malte de Djougou a reçu quatre fois plus de femmes pour la césarienne que l'hôpital de zone de Bassila. Il faut remarquer que par structures hospitalières, l'essentiel des femmes reçues provenait des communes où elles sont implantées.

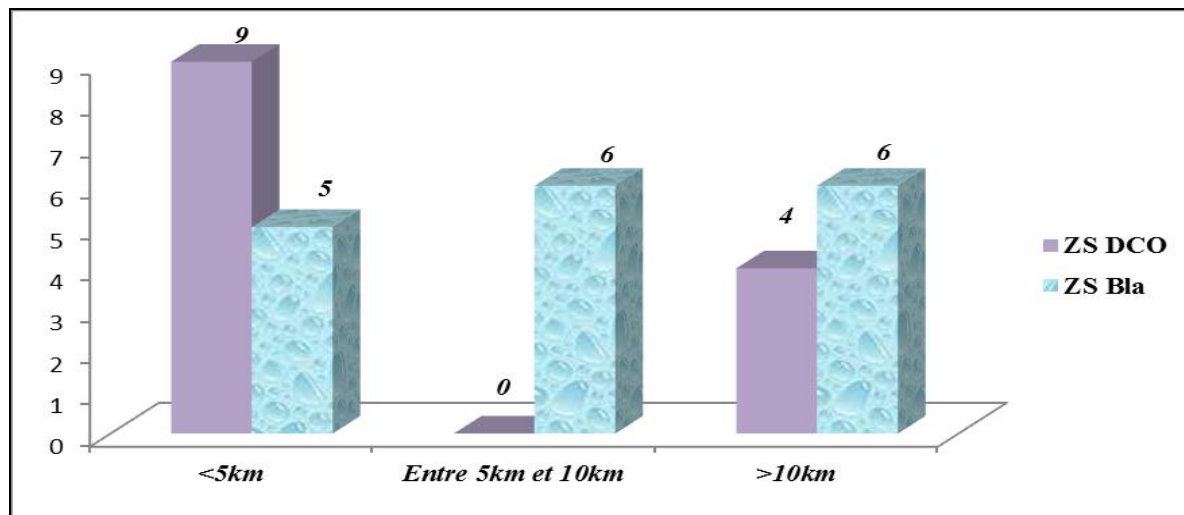
**Tableau 16 : Provenance des femmes césarisées en 2012**

	Communes					Total	%
	Bassila	Djougou	Ouaké	Copargo	Autres		
<b>HZOM</b>	<b>56</b>	<b>587</b>	<b>73</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>761</b>	<b>80,36</b>

<b>HZ Bla</b>	<b>162</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>186</b>	<b>19,64</b>
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>588</b>	<b>73</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>947</b>	<b>100</b>

✓ **Répartition par distance domicile - hôpital des césariées rencontrées**

Au niveau des deux structures hospitalières, la problématique de l'accessibilité géographique semblait ne pas se poser compte tenu des données recueillies.



**Graphique 2 : Appréciation de la distance domicile-hôpital des césariées rencontrées**

✓ **Répartition par type d'accès des césariées en 2012**

Les ¾ des femmes reçues en césarienne en 2012 à l'hôpital Ordre de Malte de Djougou étaient référées d'autres formations sanitaires. Au niveau de l'hôpital de zone de Bassila, un peu plus de la moitié des femmes enceintes reçues au bloc étaient référées d'autres formations sanitaires. De même, il est constaté qu'au niveau des deux zones sanitaires, les cas de référence sont fonction de la distance domicile-hôpital (communes de provenance) avec une corrélation positive.

**Tableau 17 : Types d'accès des césariées**

Formations sanitaires			Référence				
			Non	%	Oui	%	Total
HZOM	Distance domicile-hôpital	Bassila	4	7,14	52	92,86	56
		Djougou	160	27,26	427	72,74	587
		Ouaké	10	13,70	63	86,30	73
		Copargo	3	9,68	28	90,32	31
		Autres	5	35,71	9	64,29	14
		Total	182	23,92	579	76,08	761
HZ Bla		Bassila	78	48,15	84	51,85	162
		Djougou	0	0,00	1	100,00	1

		<i>Ouaké</i>	0	NA	0	NA	0
		<i>Copargo</i>	0	NA	0	NA	0
		<i>Autres</i>	5	21,74	18	78,26	23
		<i>Total</i>	83	44,62	103	55,38	186
<b>ZS DCO: <math>p = 0,000^*</math> ; CS = 0,009</b>			<b>ZS Bassila: <math>p = 0,039^*</math> ; CS = 0,183</b>				

✓ **Application de la politique de la gratuité de la césarienne**

La totalité du personnel rencontré à Bassila ont déclaré que leur structure hospitalière a mis en œuvre depuis 2009 la politique de l'offre de la prestation de la césarienne gratuitement alors qu'à Djougou, la mise en œuvre a débuté l'année suivante.

✓ **Formation et supervision des prestataires**

Les prestataires des soins rencontrés ont déclaré n'avoir pas reçu une formation sur les tenants et aboutissants de la mise en œuvre de la gratuité de l'offre de la prestation. La plupart estime que bien que la décision soit salubre, elle a été précipitamment mise en œuvre.

De même, les supervisions d'ordre clinique, aux dires des prestataires, ne sont faites ni par le niveau central ni par la direction départementale de la santé ni par la zone sanitaire. Toutefois, ils reconnaissent que les acteurs de l'agence passent trimestriellement à l'administration des hôpitaux certainement pour le paiement des factures préalablement envoyées.

✓ **Organisation des services**

✓ **Niveau d'information des bénéficiaires rencontrés**

Aussi bien à Djougou qu'à Bassila, il est retenu que le montant supplémentaire payé n'est pas lié au statut informationnel de la césarisée sur la gratuité de la césarienne.

**Tableau 18 : Niveau d'information des césarisées**

Formations			Frais supplémentaires				Total
			Non	%	Oui	%	
HZOM	Femmes informées	Non	2	15,38	4	30,77	6
		Oui	1	7,69	6	46,15	7
	Total		3	23,08	10	76,92	13
HZ Bla	Femmes informées	Non	0	0,00	5	29,41	5
		Oui	3	17,65	9	52,94	12
	Total		3	17,65	14	82,35	17
ZS DCO: $p = 0,416$ ; $CS = 0,225$				ZS Bla: $p = 0,218$ ; $CS = - 0,299$			

✓ **Réactivité du système de prise en charge**

La première modalité de cette variable est le respect de la personne. Pour les femmes césarisées abordées, si le respect de la dignité humaine et la confidentialité sont garantis au niveau des deux hôpitaux, leur autonomie ne semble pas faire la préoccupation des prestataires. En effet, elles déclarent qu'elles ne sont pas toujours informées des décisions

prises, de la suite des soins et de la possibilité de donner leurs avis sur la démarche thérapeutique prise par le personnel soignant.

Quant à la seconde modalité à savoir l'attention accordée, les bénéficiaires des soins sont unanimes sur la promptitude de la prise en charge, la bonne qualité de l'environnement de prise en charge, l'accès facile à la gratuité de la prestation mais la possibilité du choix du prestataire ne semblait pas être une préoccupation de grande envergure.

#### ✓ *La gestion des stocks du kit*

Le personnel des deux hôpitaux a reconnu qu'il n'y a jamais eu de rupture de stocks de kit de la césarienne. Toutefois, la gestion ne s'accompagne pas de la tenue des fiche de stocks et de la définition des indicateurs de gestion à savoir : la consommation moyenne mensuelle, le stock minimal, d'alerte et de sécurité.

#### ✓ *La motivation du personnel*

Il ne s'agira ici que de la motivation financière. Ainsi,

- au niveau de l'hôpital de zone de Bassila, le personnel médical a droit par acte de 10% 22 500F CFA (soit 2 250 f cfa) alors que le personnel anesthésiste bénéficie du 5% (soit 1 125 f cfa).
- A l'hôpital Ordre de Malte de Djougou, le personnel médical ou non du bloc bénéficie acte chirurgical 18 250 F CFA soit 25% de l'enveloppe financière (100 000 – 27 000).

### 7.4. *Résultats obtenus de la politique*

#### ✓ *Qualité de la prise en charge*

##### ✓ *Issue vitale des femmes césarisées au terme de l'intervention*

En 2012, 6 femmes sur les 761 reçues par l'HZOM soit 0,79% sont décédées au terme de l'intervention. Il faut signaler que des six cas de décès, cinq sont référés d'ailleurs. Quant à l'hôpital de Bassila, le seul de décès est référé d'ailleurs.

En général, l'issue vitale des femmes césarisées ne dépend nullement du statut référé ou non de la patiente.

**Tableau 19 : Issue vitale des femmes césarisées**

Formations			Issues vitales au terme de l'intervention				Total
			Mères décédées	%	Mères vivantes	%	
HZOM	Référée	Non	1	0,13	181	23,78	182
		Oui	5	0,66	574	75,43	579
	Total		6	0,79	755	99,21	761
HZ Bla	Référée	Non	0	0,00	83	44,62	83
		Oui	1	0,54	102	54,84	103
	Total		1	0,54	185	99,46	186
ZS DCO: $p=0,676$ ; $CS=-0,015$				ZS Bla: $p=0,368$ ; $CS=-0,066$			

✓ *Issue vitale des nouveau-nés au terme de l'intervention*

En 2012, 7,36% des cas de césarienne ont abouti au décès des nouveau-nés à l'hôpital de Djougou. De ces 56 cas, 49 proviennent d'autres aires de santé. Selon le résultat des croisements des données, la référence est un déterminant pour l'issue vitale des nouveau-nés au terme de l'intervention chirurgicale avec une corrélation de Spearman de -0,075.

A Bassila, 8,06% des cas de césarienne ont connu de décès des nouveau-nés. Il est à remarquer que les 2/3 desdits cas sont référés d'ailleurs. La référence ne se semble pas influencer l'issue vitale des nouveau-nés.

**Tableau 20 : Issue vitale des nouveau-nés**

Formations			Issues vitales au terme de l'intervention				Total
			Enfants décédés	%	Enfants vivants	%	
HZOM	Référée	Non	7	0,92	175	23	182
		Oui	49	6,44	530	69,65	579
	Total		56	7,36	705	92,64	761
HZ Bla	Référée	Non	5	2,69	78	41,94	83
		Oui	10	5,38	93	50	103
	Total		15	8,06	171	91,94	186
HZOM: $p=0,037^*$ ; $CS=-0,075$				HZ Bla: $p=0,359$ ; $CS=-0,067$			

✓ *Issue vitale de la mère à la sortie de l'hôpital*

0,79% des femmes césarisées en 2012 à l'hôpital de Djougou sont décédées en phase post opératoire (au sortir du bloc) ; les 2/3 des cas proviennent des références. Toutefois, le type d'issue n'a aucun lien avec le statut référé ou non de la patiente.

Par contre à l'HZ Bassila, aucun cas de décès maternels en phase post opératoire n'a été signalé au cours de l'année évaluée.

**Tableau 21 : Issue du séjour de la mère**

Formations			Issues vitales au terme du séjour				Total
			Mères décédées	%	Mères vivantes	%	
HZOM	Référée	Non	2	0,26	180	23,65	182
		Oui	4	0,53	575	75,56	579
	Total		6	0,79	755	99,21	761
HZ Bla	Référée	Non	0	0	83	44,62	83
		Oui	0	0	103	55,38	103
	Total		0	0	186	100	186
HZOM: $p= 0,587$ ; $CS = 0,020$				HZ Bla: $p= NA$			

✓ **Issue vitale des nouveau-nés à la sortie de l'hôpital**

33/761 des femmes reçues en césarienne à Djougou ont perdu leur nouveau-né en phase post opératoire. Des 33 cas, 28 étaient issus d'autres aires sanitaires. A Bassila, 5,38 des femmes reçues au bloc pour césarienne ont perdu leur nouveau-né en phase post opératoire et avant leur sortie de l'hôpital. Plus des 2/3 de l'effectif sont référés d'ailleurs.

**Tableau 22 : Issue du séjour du nouveau-né**

Formations			Issues vitales au terme du séjour				Total
			Enfants décédés	%	Enfants vivants	%	
HZOM	Référée	Non	5	0,66	177	23,26	182
		Oui	28	3,68	551	72,4	579
	Total		33	4,34	728	95,66	761
HZ Bla	Référée	Non	3	1,61	80	43,01	83
		Oui	7	3,76	96	51,61	103
	Total		10	5,38	176	94,62	186
HZOM: $p= 0,228$ ; $CS = -0,044$				HZ Bla: $p= 0,339$ ; $CS = -0,070$			

✓ **Niveau de satisfaction des césarisées**

Le niveau de satisfaction des bénéficiaires à l'issue de la prestation n'a aucun lien avec le montant supplémentaire qu'il leur est demandé de verser au niveau des deux structures hospitalières. Toutefois, la majorité absolue de des bénéficiaires reçues estimaient être moyennement satisfaites.

**Tableau 23 : Niveau de satisfaction des bénéficiaires des soins**

Formations			Niveau de satisfaction						Total
			Supérieur	%	Moyen	%	Médiocre	%	
HZOM	Frais supplémentaire	Non	2	15,38	1	7,69	0	0,00	3
		Oui	4	30,77	6	46,15	0	0,00	10
	Total		6	46,15	7	53,85	0	0,00	13
HZ Bla	Frais supplémentaire	Non	0	0,00	3	17,65	0	0,00	3
		Oui	6	35,29	7	41,18	1	5,88	14
	Total		6	35,29	10	58,82	1	5,88	17
HZOM: $p = 0,416$ ; $CS = 0,225$					HZ Bla: $p = 0,279$ ; $CS = -0,272$				

## 7.5. Effets de la politique

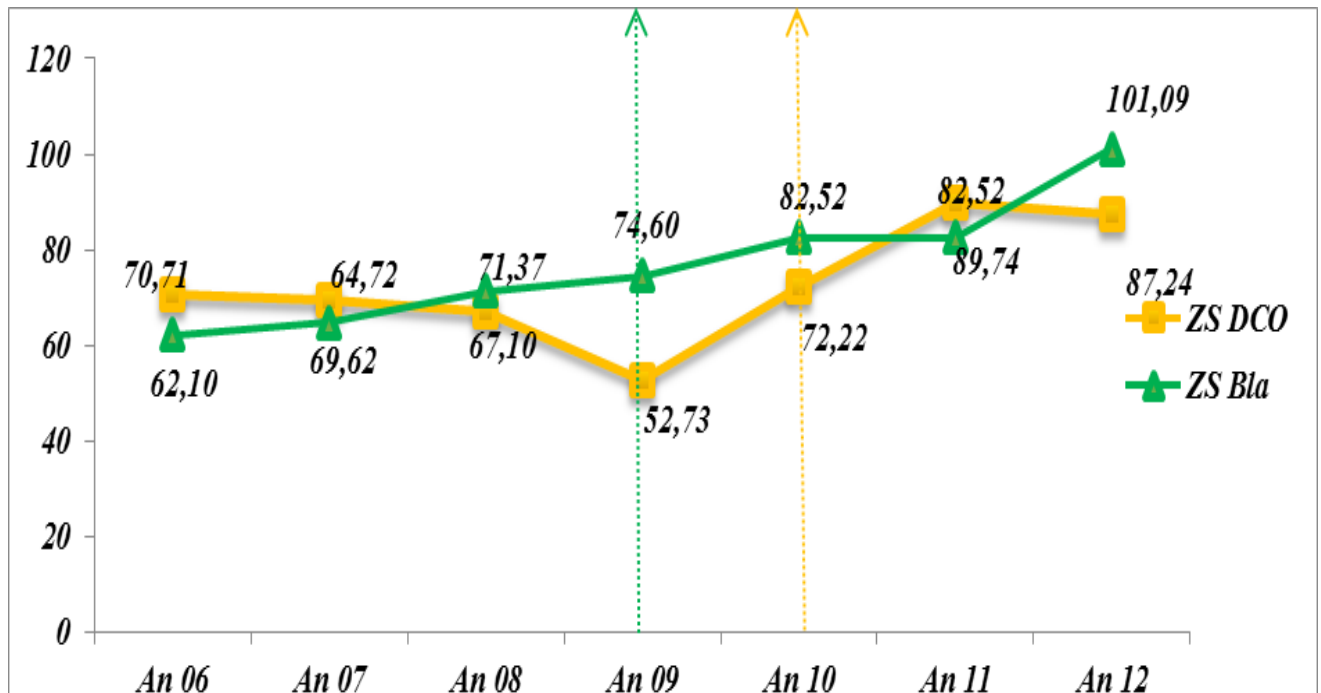
✓ **Evolution du taux d'accouchement assisté**

Au niveau de la zone sanitaire de Bassila, avant la gratuité, le taux moyen annuel (TMA) d'accouchement assisté = **68,37%** avec un coefficient d'accroissement moyen annuel (CAMA) du taux d'accouchement assisté = **6,31%**.

Au lendemain de la mise en œuvre de la gratuité, le TMA = **85,06%** avec un CAMA = **11,05%**.



Au niveau de la zone sanitaire Djougou\_Copargo\_Ouaké, le TMA = **66,38%** pour un CAMA du taux d'accouchement assisté = **0,58%** avant 2010. Après 2010, le TMA = **83,22%** avec un CAMA du taux d'accouchement assisté = **9,27%**.

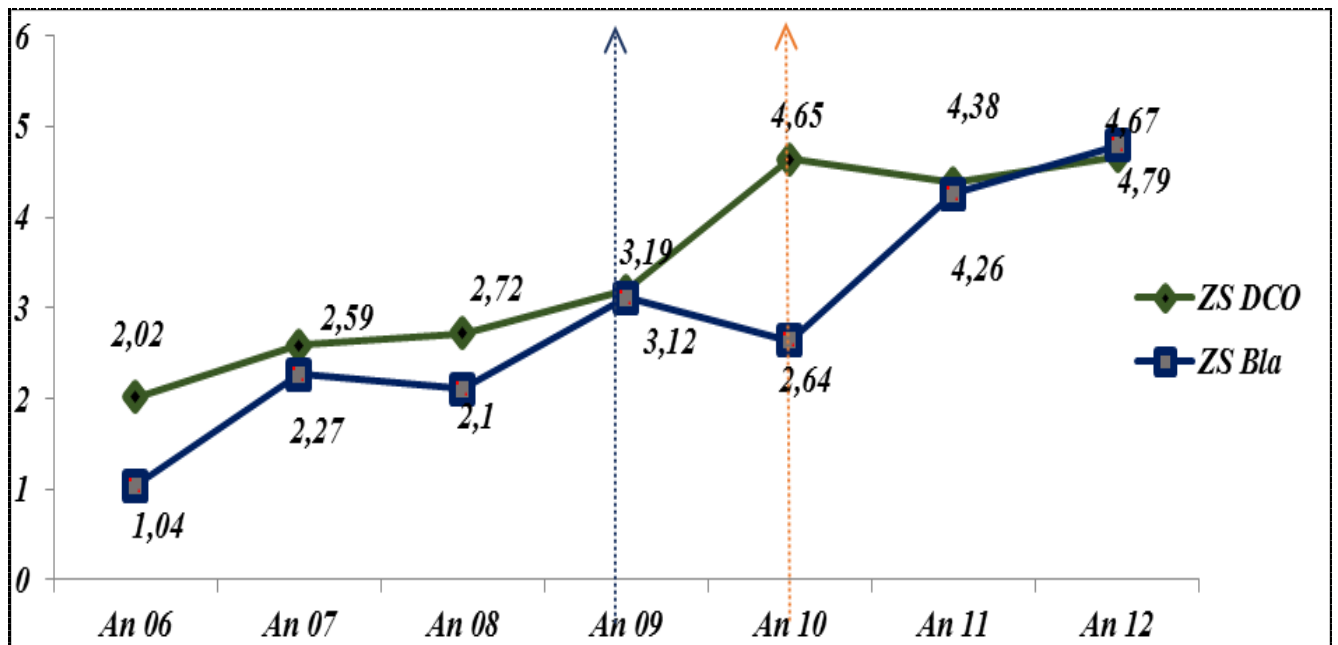


**Graphique 5 : Evolution du taux d'accouchement assisté**

✓ ***Evolution du taux de césariennes***

Au niveau de la zone sanitaire de Bassila, le TMA de césarienne avant 2009 = **2,15%** pour un CAMA du taux de césarienne = **38,4%**. Au lendemain de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, le TMA de césarienne = **3,69%** pour un CAMA du taux de césarienne = **16,73%**.

Au niveau de la zone sanitaire de DCO, le TMA = **3,07%** en phase de pré gratuité pour un CAMA du taux de césarienne = **27,91%** alors qu'il est de **4,56%** pour un CAMA du taux de césarienne = **0,26%** à partir de 2010.

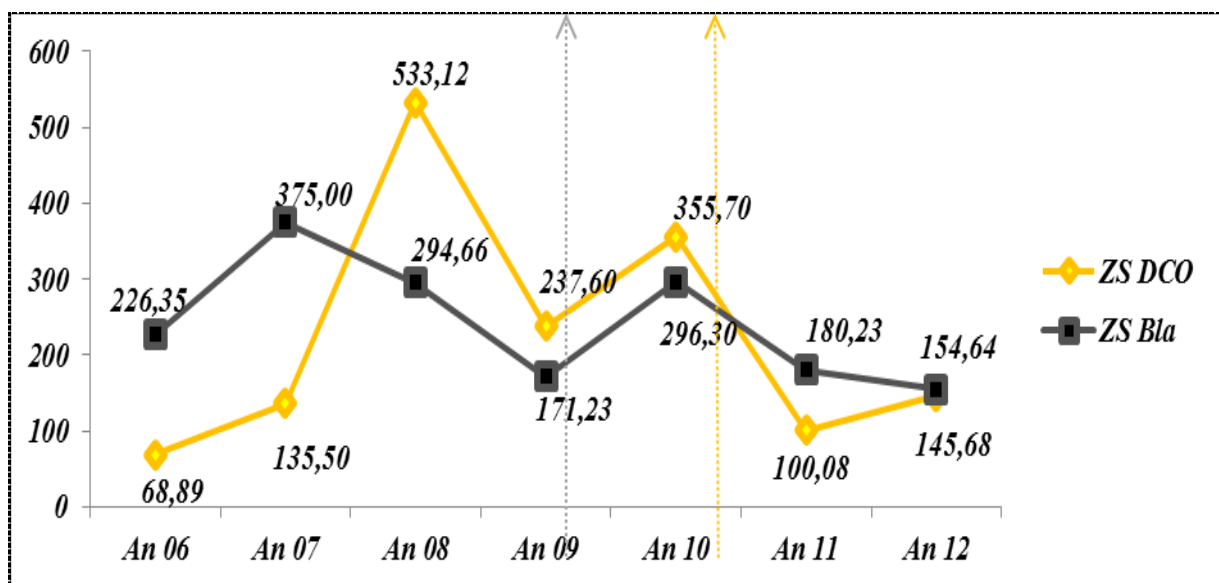


**Graphique 6 : Evolution du taux de césarienne**

#### **Evolution du taux de décès maternels**

Avant 2009, **la ZS-B** a enregistré un TMA de décès maternels intra hospitalier = **263,57** pour 100 000 accouchements assistés avec un CAMA du taux de décès maternels = **-6,15%**. Après la gratuité de la césarienne, la ZS a enregistré un TMA = **199,94** pour 100 000 accouchements assistés avec un CAMA du taux de décès maternels = **-2,56%**.

Dans **la ZS DCO**, le TMA de décès maternels en phase de pré gratuité = **270,29** pour 100 000 accouchements assistés avec un CAMA du taux de décès maternels = **29,41%** avant 2010. Au-delà, le TMA = **188,09** pour 100 000 accouchements assistés avec un CAMA du taux de décès maternels = **-46,1%**.

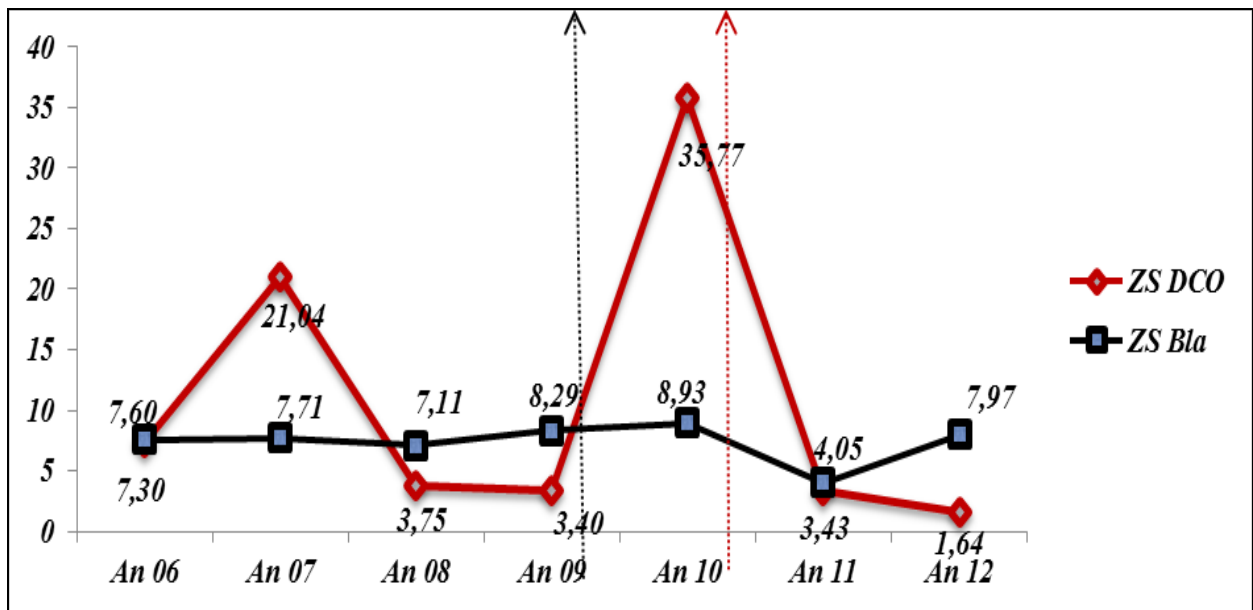


**Graphique 7 : Evolution du taux de mortalité maternelle**

✓ *Evolution du ratio de mortalité néonatale*

Avant 2009, **la ZS-B** a connu un TMA de ratio de mortalité néonatale = 7,7 pour 1 000 NV avec un CAMA du ratio de mortalité néonatale = 3,07%. Au-delà, le TMA = 7,3 pour 1 000 NV pour un CAMA du ratio de mortalité néonatale = -1,5%.

Avant la gratuité, **la ZS DCO** a connu un TMA de ratio de mortalité néonatale = 15,88 pour 1 000 NV pour un CAMA du ratio de mortalité néonatale = 80,23%. En phase post gratuité, le TMA = 12,77 pour 1 000 NV avec un CAMA du ratio de mortalité néonatale = - 87,07%.



**Graphique 8: Evolution du ratio de mortalité périnatale**

## **8. INTERPRETATION DES RESULTATS**

À la suite de l'Initiative de Bamako (IB), le Bénin a mis en place à la fin des années 1980 une politique de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers qui est à ce jour encore le mécanisme officiel : les recettes perçues par les formations sanitaires au point de délivrance des soins leur permettent d'acheter des médicaments essentiels génériques (MEG) et d'assurer diverses dépenses de fonctionnement. Dans les années 2000, des critiques importantes à l'égard du recouvrement des coûts ont commencé à émerger. D'autre part, les objectifs des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé restaient toujours hors de portée.

Un nouveau paradigme en faveur de mesures d'exemption de paiement, associé à un objectif à long terme de mise en place d'un accès universel au système de santé, a émergé dans les années 2000. Ce paradigme cumule un argument d'« équité » en faveur des plus vulnérables ou des plus pauvres, et un argument de « levier », l'exemption du paiement devant accroître de façon significative l'accessibilité générale et la fréquentation des formations sanitaires en levant la barrière financière.

### **8.1. Intrants pour la mise en œuvre de la gratuité de césarienne**

La bonne perception de la gratuité de la césarienne par le personnel des soins est un élément très indispensable pour la conduite et la réussite de la politique. Toutefois, la mise en épingle par le personnel surtout non médical de la problématique de l'insuffisance de la motivation financière dont il devrait être bénéficiaire au niveau des deux structures hospitalières a été communément constatée. Une telle situation est très souvent source de démotivation du personnel des soins chargé de la mise en œuvre de la politique surtout dans une atmosphère de demande plus accrue du type de soins rendus gratuits. La conséquence immédiate d'une telle réalité est le développement par les prestataires des comportements déviants (rançonnement des patients, vente illicite des médicaments.....). C'est d'ailleurs ce que souligne une enquête rencontrée « *Quand tu vas payer des produits à la pharmacie, ils escroquent ton argent. J'ai eu à payer des produits là-bas qui montaient de 35 à 50 000 francs CFA. Elle (l'accoucheuse) grondait. Toi-même tu sais qu'une femme qui vient pour accoucher ne peut jouir de toutes ses facultés. Mais malgré tout ça elle te gronde.* » [21].

De même, l'évocation de l'insuffisance de l'enveloppe financière allouée à la prestation serait certainement à l'origine des frais supplémentaires demandés aux bénéficiaires. Pour les

prestataires des soins, la cagnotte devient insuffisante en face des cas comme hémorragie abondante ou infection post opératoire, césarienne + Hystérectomie, césarienne + HTA, césarienne + ligature des trompes.... (même si l'examen des dossiers des patientes rencontrées ne révèle aucun des cas à peine cités) alors que le personnel administratif estime que le montant alloué est suffisant pour assurer aux bénéficiaires une prestation d'une qualité irréprochable. Ces versions contrastées entre le personnel administratif et celui des soins sont à la défaveur des césarisées. En effet, elles continuent de supporter des postes de coût non négligeables dont la justification reste toujours à démontrer. Il y a donc lieu de s'interroger sur les charges couvertes par l'enveloppe financière allouée par l'Etat.

Selon de décret N° 2008-730 du 22 Décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin, huit postes de coût devraient être couverts par le montant affecté. En pratique, les frais liés à la référence de la parturiente, de la prise d'une veine avec soluté avant le transfert et de la consultation ne sont nullement pris en charge par les deux formations sanitaires visitées. Au vu de l'importance vitale des deux premiers postes de coût, il est assez surprenant que les deux formations hospitalières visitées ne les intègrent pas dans le paquet des prestations à couvrir. Ceci pourrait être expliqué par le coût pour l'hôpital des autres postes de coût au regard du montant alloué. La consultation ou ticket modérateur est aussi à la charge du bénéficiaire. Les dépenses couvertes au niveau des deux structures hospitalières sont essentiellement : l'acte opératoire, les médicaments et consommables médicaux, l'hôtellerie et le contrôle post opératoire à l'hôpital de zone de Djougou.

Devant un tel tableau, nous nous sommes intéressés à la genèse du processus de la fixation du montant des cent mille. En effet, une enquête au niveau de certaines formations sanitaires a abouti à ceci :

- ✓ Au centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), les frais de césarienne, tous coûts évalués s'élèvent au minimum à 167.660 Fcfa et à 200.600 Fcfa au maximum.
- ✓ A l'hôpital de la mère et de l'enfant (Homel), les coûts varient de 123.885 Fcfa à 208.185 Fcfa.
- ✓ Au centre hospitalier départemental du Zou, la césarienne coûte au minimum 59.140 Fcfa et au maximum 100.225 Fcfa.
- ✓ Tandis qu'à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, les frais de cette opération chirurgicale varient de 61.460 Fcfa à 75.800 Fcfa.

Il faut notifier que ces montants comporte tous les postes de coût depuis l'entrée de la parturiente dans la formation sanitaire jusqu'à sa sortie.

Si à l'HZOM, la quasi-totalité de la cible (personnel administratif et celui des soins) interrogée estime que le montant fixé est insuffisant, à l'HZB, ce point de vue est essentiellement défendu par le personnel des soins. L'analyse du coût pour chaque structure de la prestation met en évidence et justifie le point de vue du personnel de l'HZOM et celui administratif de l'HZB. La préoccupation qui se dégage de cette analyse est de comprendre les différences de coût observées face au même paquet de prestations, médicaments et de consommables médicaux. L'explication de ce constat semble se trouver dans la dynamique du mode tarification des prestations, des médicaments et des consommables médicaux. En effet, compte tenu des charges à supporter par la structure hospitalière privée confessionnelle faute de sources de financement additionnelles rationnelles, elle se voit dans l'obligation de tarifier ses offres de manière à payer ses créances et assurer sa viabilité financière. Au niveau de la structure hospitalière publique, il est curieux de noter cette différence d'appréciation entre les deux types de personnel. Toutefois, même si le personnel administratif déclare qu'en cas de sollicitation supplémentaire de médicaments ou de consommables médicaux pour sauver les vies en présence, il est courant que l'hôpital subventionne le complément, le personnel des soins désigne le recours au paiement direct par la césarienne pour combler le gap.

Cette désignation croisée de recours à Bassila à une autre source de financement en cas de complication milite en défaveur des femmes car elles paient en moyenne par acte 44 286f cfa. Cette situation est omniprésente dans l'autre structure hospitalière avec un surcoût de 28 000f cfa.

## **8.2. *Le processus de l'offre de la gratuité***

Le constat fait au niveau des deux structures hospitalières est que plus de la moitié des patientes reçues pour la césarienne sont des cas référés d'ailleurs. C'est d'ailleurs ce que confirme l'analyse statistique issu du croisement des données au niveau de chaque structure. En effet, elle démontre qu'il existe une différence statistiquement significative (***ZS DCO :  $p = 0,000*$  et ZS Bla :  $p = 0,039*$*** ) entre la référence et les communes de provenance des césariennes. Cette nouvelle statistique nous oblige à revoir et comprendre la position de l'administration des hôpitaux à ne pas inclure les frais de référence dans le paquets des prestations à couvrir par l'enveloppe financière allouée vu que cette dernière est déjà insuffisante pour des charges médicales directes.

En ce qui concerne la formation / supervision des prestataires de soins, il est constaté que le personnel concerné n'a jamais reçu une formation (briefing) sur les mobiles et les résultats attendus de la mise œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne au Bénin. Cette

information non partagée avec les prestataires des soins (acteurs concrets de la mise en œuvre) pourrait ne pas les coopter véritablement dans le processus. Une telle situation a certainement créé l'asymétrie d'informations en ce qui concerne la source de financement pour suppléer à laquelle il faut faire recours en cas d'insuffisance du kit alloué. Ainsi, le personnel des soins sollicite les bénéficiaires des soins par le paiement direct alors que pour les responsables administratifs, la structure hospitalière est à même d'offrir le complément d'intrants médicamenteux. Cette dichotomie a été relevée par **Abdoulaye O. et Yamba K. [22]** lors de la phase de collecte de leurs données : ..... seul le district sanitaire de Dosso a opté pour une mise en œuvre rapide, sans que les agents soient formés et que les outils de gestion soient disponibles. Ces difficultés ont entraîné l'arrêt momentané de la mise en œuvre de la politique : *«On a commencé sans formation. Même pour le remplissage des supports parfois on a des problèmes ; on ne sait pas comment remplir parce que d'autres disent "on met zéro franc sur le registre de consultation ou sur le reçu", d'autres disent qu'"on met le montant". Donc on était dans l'embarras, après ça on a laissé tomber quelques mois. Puis une autre note de service est venue nous dire de reprendre la gratuité de soins»* (responsable d'un CSI de Dosso).

Au niveau des deux structures hospitalières, la préoccupation des césarisées rencontrées en ce qui concerne leur autonomie a été remarquable. Elles estiment ne pas être consultées pour des décisions thérapeutiques prises et de la suite des soins. Ce constat a toujours été fait dans l'analyse des relations soignant-soigné. En général, les systèmes sanitaires développent souvent une démarche unilatérale déclinée en plusieurs étapes bien précises et classiques. Or, ceux sur qui la démarche sera opérationnalisée sont des êtres humains, dotés de raisons. Leur implication dans le processus de prise en charge et l'intégration de leur préoccupations diverses pourraient sans nul doute améliorer de façon significative la qualité de la prestation offerte.

La gestion faite des kits constitués est assez préoccupante. D'une part, la complétude du kit se fait au bloc en ce qui concerne les drogues au niveau des deux structures. Un tel schéma de gestion ne devrait pas permettre à l'administration des deux hôpitaux à apprécier la qualité et la quantité des consommables médicaux additifs. Des sources diversifiées de médicaments pour une même prestation pourrait être sources de surcoût aux bénéficiaires. Les fiches de stock ne sont pas tenues et les indicateurs de gestion ne sont pas renseignés donc d'autre part. Cette façon de gestion de stocks aussi sensibles compte tenu de la fréquence de sa demande et surtout de son importance vitale devrait attirer et concentrer l'attention des autorités. Le suivi rigoureux et strict des indicateurs de gestion (la consommation moyenne mensuelle, le stock

de sécurité et le stock d'alerte...) permettrait d'anticiper les situations de rupture de stock même si le personnel des soins reconnaît que la situation n'a jamais été vécue.

Un autre pan de préoccupation est la différence existant entre les deux modèles de motivation financière du personnel de la structure privée et publique. La recherche des facteurs expliquant cette différence importante nous a obligés à nous intéresser aux différents textes régissant le mécanisme dans le secteur santé. En effet, il existe en la matière deux arrêtés ministériels. L'arrêté N°10277/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 21 Octobre 2005 modifiant l'arrêté portant fixation des primes et indemnités à la charge du financement communautaire dans les services et formations sanitaires du niveau périphérique stipule en son article 4 « pour les actes de spécialité n'entrant pas dans les attributions régulières des agents de l'hôpital de zone, une prime statutaire de 15 à 25% des recettes de ces actes est versée au profit de tous les membres de l'équipe ayant exécuté les actes ». A l'analyse, cet article en lui-même porte deux insuffisances majeures. La première est qu'il ne précise pas les types d'actes de spécialité n'entrant pas dans les attributions régulières des agents. Dans le cas d'espèce, la césarienne est bien un acte de spécialité mais du ressort des agents de la gynécologie (médecins gynécologues, sages-femmes) et du bloc opératoire. L'offre de ces services par eux justifie leur salaire mensuel et entre donc dans leurs attributions. La deuxième insuffisance est que l'arrêté reste muet sur la base de l'application de la fourchette proposée. Il est évident que les prestataires des soins défendent que la base d'application soit toute l'enveloppe financière alors que les administrations abordent la problématique sous un autre angle. C'est d'ailleurs, ce qui s'observe sur le terrain : l'HZOM, la première option semble être appliquée alors qu'à Bassila, la base est le montant du tarif de l'acte opératoire.

La résolution de cette divergence a fait prendre à l'autorité l'arrêté N° 174/MS/DC/SGM/DRFM/DNEH/SA portant indemnisation des gardes, astreintes, consultations et actes dans les hôpitaux. L'article 12 dudit arrêté stipule que « l'intéressement à ces activités est réalisé par le reversement d'un pourcentage de la valeur de l'acte aux praticiens réalisateurs comme ci-dessous :

- ✓ Pour les praticiens hospitaliers : 30% pour la consultation médicale et 10% pour les actes médicaux et chirurgicaux
- ✓ Pour le personnel paramédicaux spécialisé : 15% pour la consultation et 5% pour les actes médicaux et chirurgicaux ».



Ce dernier arrêté vient combler une lacune du premier en ce qui concerne la base du calcul.

### **8.3. Résultats/Effets de la politique**

En général, le nombre de césariennes faites d'années en années est croissant au niveau des deux zones sanitaires avec un bond l'année de mise en œuvre de la gratuité et une contre performance relative l'année suivante. L'explication qui pourrait justifier ce constat est le mécanisme de référence des parturientes. En effet, en 2009, l'hôpital de zone de Bassila a été la structure pilote de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans les départements de l'Atacora et de la Donga. Ainsi, les femmes gestantes des communes environnantes de Bassila préféraient son hôpital. La généralisation de la gratuité dans tous les hôpitaux l'année suivante a certainement réorienté les parturientes de chaque zone vers sa structure respective et surtout vers l'hôpital de zone de Djougou compte tenu de sa situation géographique stratégique. La légère baisse notée à son niveau en 2011 serait due à une accentuation du contexte précédemment décrit.

Le pic observé dans la zone sanitaire Djougou\_Copargo\_Ouaké en 2010 en ce qui concerne le nombre d'accouchements faits serait dû à la mise en œuvre des kits d'accouchements au niveau des toutes les formations sanitaires de la zone. La diffusion à grande échelle de la cession de ces kits à 7 500 fcfa toutes taxes comprises a essentiellement amoindri l'élan des professionnels des soins à se créer toute plage de marge de manœuvre personnelle. Une telle situation a énormément rassuré les bénéficiaires des soins de santé facilitant du coup leur accessibilité aux établissements sanitaires.

L'analyse des résultats a révélé qu'à l'hôpital de zone de Djougou que la référence est déterminant pour la survie (au sortir du bloc) des nouveau-nés par césarienne ( $p=0,037^*$ ). En effet, compte tenu la grandeur de la zone sanitaire de Djougou\_Copargo\_Ouaké, une partie importante des cas sont référés d'ailleurs et très souvent y parviennent dans un état très critique. Il est alors couramment constaté qu'en dépit de la conduite de la femme au bloc, des nouveau-nés y perdent des vies ; d'où l'importance de mieux structurer le mécanisme de la référence et de la contre référence.

En ce concerne les effets de la politique, nous avons voulu apprécier l'évolution dans le temps de quatre indicateurs à savoir :

- Le taux d'accouchement assisté
- Le taux de césarienne

- Le taux de mortalité maternelle
- Le ratio de mortalité périnatale

L'appréciation de l'évolution dans le temps du taux d'accouchement assisté a permis de saisir l'un des effets induits par la gratuité de la césarienne. En effet, entre les deux périodes (pré et post gratuité césarienne), le taux moyen annuel d'accouchement assisté s'est accru de **24,41%** dans la zone sanitaire de Bassila et de **25,36%** dans celle de DCO. La progression relativement faible du CAMA entre les deux périodes au niveau de la ZS Bassila est certainement due à l'évolution de l'indicateur vers le seuil maximal (89,74% en 2011 ou 101,09% en 2012). En effet, au niveau de cette zone sanitaire, l'existence de cliniques privées ou d'accoucheuses traditionnelles est rare. Ainsi, la mise en œuvre concrète de la politique a certainement dû rallier aux formations sanitaires publiques la majorité de la cible attendue.

A l'opposé, la performance de la ZS DCO s'expliquerait par deux facteurs essentiels. D'une part, un nombre important de la cible anciennement prise en charge par les cliniques privées préfèrent, au nom du mécanisme innovant mis en place depuis 2009<sup>1</sup>, les formations sanitaires publiques et la non atteinte du seuil maximal (82,52% en 2011 et 87,24% en 2012) jusqu'en 2012 d'autre part.

En ce qui concerne l'évolution du taux de césarienne, à Bassila, la gratuité de la césarienne a contribué de faire progresser le TMA de **71,22%**. La légère contre performance enregistrée en 2010 est due à la discontinuité de l'offre de la prestation de la césarienne à l'hôpital de zone pour fait d'indisponibilité de médecins gynécologues. Au DCO, le TMA s'est accru de **48,54%**. Les réductions de CAMA constatées peuvent être expliquées par la progression de l'indicateur vers la cible nationale admise qui est de **5%**.

Pour ce qui est du taux de décès maternel, le taux moyen annuel a été réduit de **24,14%** entre les deux périodes (avant et après gratuité de la césarienne) à Bassila et de **30,41%** au niveau de la ZS DCO. Si dans la ZS DCO, le coefficient d'accroissement moyen annuel a été drastiquement réduit, à Bassila, le coefficient a plutôt progressé de **3,59%**. Cette inefficacité observée dans cette zone sanitaire est due à la contre performance enregistrée entre 2009 et 2010 et peut s'expliquer par des discontinuités de l'offre de la prestation pendant la période. Ainsi, les cas compliqués gynécologiques étaient souvent référés vers d'autres hôpitaux en l'occurrence celui de Djougou. Ce deuxième retard relativement long est sans aucun doute explicatif de la situation observée dans la zone sanitaire.

---

<sup>1</sup>A partir de 2009, la zone sanitaire de DCO a mis en œuvre la politique de kits d'accouchement qui se cèdent à 7000F CFA dans toutes ses formations sanitaires.

Pour ce qui est de l'évolution du ratio de la mortalité périnatale, le constat qui frappe l'attention est le pic observé l'année de mise en œuvre de la gratuité au niveau de la zone sanitaire DCO. On en déduit un nombre plus élevé de décès avant les sept premiers jours de vie des nouveau-nés. Ceci peut s'expliquer par la qualité du plateau technique de l'hôpital et des centres de santé. En effet, compte tenu de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne et des kits d'accouchements en 2009, les structures sanitaires ne s'étaient pas préparées à la forte demande des soins de santé car « lorsque la demande devient excessive, la qualité prend toujours un coup ».

## 9. CONCLUSION

L'évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne trois ans après dans le département de la Donga est d'une opportunité capitale.

La stabilité depuis peu des ressources humaines disponibles pour la mise en œuvre de la prestation au niveau des deux structures hospitalières garantit son offre continue. De même, la personnel soignant juge opportune la décision compte tenu des dégâts vitaux dont il était témoin faute de l'accessibilité financière des parturientes même s'il relève la problématique de mécanisme de motivation. Au niveau des deux hôpitaux, il est disponible des ressources matérielles, financières et des kits de médicaments. Même si le délai trimestriel de remboursement semble avoir un effet relativement néfaste sur le fonctionnement des structures hospitalières compte tenu de l'existence d'autres politiques de gratuité des soins, le personnel estime que le montant de l'enveloppe financière allouée par l'Etat en compensation par césarienne offerte reste insuffisant au vu des postes de coûts à couvrir. Ainsi d'une part, des postes de coût sont soustraits du paquet de biens à offrir et le mécanisme de compensation mis en vigueur par le personnel de soins est le recours au paiement direct par la parturiente à l'insu de leurs responsables administratifs. Le montant supplémentaire moyen exigé par acte et par structure hospitalière est : *28 000 f cfa à l'HZOM et de 44 286 f cfa à l'HZ Bassila*. Ainsi, il peut donc être conclu que la prestation n'est pas gratuite dans aucune des deux structures. Le motif avancé par les prestataires des soins pour justifier ce recours est les cas de complication (césarienne + myomectomie ou kystectomie ou hémorragie post opératoire...).

Au niveau des deux hôpitaux, il est constaté et vécu que la politique est 'administrativement' mise en œuvre même si dans le fond des distorsions s'observent avec acuité. Remarquons que plus de la moitié des femmes reçues en césarienne à Bassila et près de ¾ de celles reçues à Djougou sont référées d'ailleurs. Par ailleurs, le test de Chi2 indique que la référence y est très déterminante pour le recours des femmes à césariser. Ces dernières sont bien informées de la mise en vigueur de la gratuité de la césarienne et la détention de cette information n'empêche pas les professionnels des soins de les soumettre au paiement direct pour complément des frais de prise en charge surtout ceux des médicaments. Or, le modèle de

gestion de ces derniers au niveau des deux structures laisse croire que d'une part des ruptures de stocks peuvent toujours survenir à la grande surprise des utilisateurs et d'autre part des possibilités de marges de manœuvres. De même, les césariées pointent du doigt la non intégration par les prestataires des soins du principe de l'autonomie du bénéficiaire des soins de santé. Les prestataires des soins de santé surtout estiment que des séances de briefing et supervisions sur la mise en œuvre de la politique sera d'une importance capitale aux fins de porter à l'attention des responsables les différentes difficultés qui sont quotidiennement rencontrées. Par ailleurs, le mécanisme de motivation financière diffère d'un hôpital à un autre. Celui pratiqué à Bassila est nettement en baisse par rapport à celui en vigueur à Djougou (privé). Il faut signaler qu'aucun des deux établissements ne respectent l'arrêté ministériel qui d'ailleurs présente des lacunes pour sa mise en application.

Trois ans de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne ont contribué à obtenir des résultats assez intéressants en ce qui concerne le nombre de césariennes faites et d'accouchements offerts. Toutefois, en terme de qualité des soins et au niveau de la structure hospitalière de Djougou, il est noté que l'issue vitale des nouveau-nés est fortement corrélée avec le statut d'accès (référé ou non). Toutefois, le niveau de satisfaction des parturientes n'est nullement influencé par le fait qu'elle ait ou pas des frais supplémentaires.

Pour ce qui est des effets induits par la gratuité de la prestation de la césarienne, il est établi que la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne a contribué à:

- Augmenter le taux moyen annuel d'accouchements assisté de **24,41% à Bassila et de 25,36% au DCO**
- Augmenter le taux moyen annuel de césarienne de **71,22% à Bassila et de 48,54% au DCO**
- Réduire **de 24,14%** le taux moyen annuel de décès maternel **à Bassila et de 30,41% au DCO**
- Réduire de **5,21%** le taux moyen annuel de décès néonatal **à Bassila et de 19,61% au DCO**

Il peut donc être conclu que la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne a été d'une grande pertinence dans le département de la Donga.

Au terme de l'analyse des données et surtout des constats faits, il est impérieux que l'on s'intéresse au paquet de paramètres qui déterminent le système de tarification dans les formations sanitaires béninoises en général et celles de la Donga en particulier.

## ***10. RECOMMANDATIONS***

- Accorder un briefing par structure hospitalière à tous les acteurs du processus pour mieux les imprégner des tenants et aboutissants de la politique
- Superviser périodiquement la mise en œuvre du mécanisme aux fins de recueillir et solutionner les goulots d'étranglement qui surgissent
- Organiser/Redynamiser le système de référence et contre référence
- Réétudier et adapter au contexte local le mécanisme de motivation de tous les acteurs chargés d'offrir la prestation
- Revoir le système des gardes pour alléger la charge de travail au vu du personnel disponible
- Revoir la gestion des kits et médicaments/drogues entrant dans la prise en charge des césariées

## 11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Demartean M.**, "Evaluation des pratiques communautaires dans les quartiers en santé"; 1999. Education santé 2001; 139.
2. **Contandriopoulos A., Champagne F., Denis J. et Avargues M.**, l'évaluation dans le domaine de santé : concepts et méthodes". Rev Epde. et Santé Publ 2000 ; 48 :517-539.
3. **Cholet E.**, "la gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres?" [Consulté le 24/05/2013] URL: [www.cairn.info/sante-internationale-9782724611724-p-261.htm](http://www.cairn.info/sante-internationale-9782724611724-p-261.htm).
4. **Cholet E., Morel M., Rogé H., Stadnichuk E. et Kerouédan D.**, "La mise en place de la gratuité des soins dans les pays les plus pauvres : une décision politique" [consulté le 07/06/2013].
5. **Brunet- Jailly J.**, "Le pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des coûts". PRESSES DE SCIENCE PO 2011.
6. **Lagarde M. et Palmer N.**, "Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people". 2006, The Alliance for Health Policy and Systems Research Geneva. p. 67.
7. **James C. et al.**, "To retain or remove user fees? Reflexions on the current Debate in low-and. Middle-Income countries". Appl Health Econ Health policy 2006; 553:137-153.
8. **Walker L. et Gilson L.**, "We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Social". Science and Medicine, 2004.59(6) p.1251-61.
9. **Fafchamps M. et Minten B.**, "Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil". Journal of African Economies, 2007. 13(3): p. 485-518.
10. **Trapsida J. M., Mankele R., Nzébélé P. et Okono G.**, "Problématique de l'accès des populations de la ville de Brazzaville aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine". Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville ; 2007.
11. **Who**, "Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage", Burundi; 2011.
12. **Witter S., Armar-Klemesu M. et Dieng, T.**, "National Fee Exemption Schemes for Deliveries. Comparing the Recent Experiences of Ghana and Senegal", in F. Richard, S. Witter, V. De Brouwere, *Reducing Financial Barriers to Obstetric Care in Low-Income Countries*, Antwerp, ITG Press; 2008; p. 167-198.
13. **Mbaye E., Kâ O. et Bâ C.T.**, "Le plan sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectées par sa mise en œuvre", in V. Ridde, L. Queuille, Y. Kafando, *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*, Ouagadougou, CRCHUM/HELP/ ECHO ; 2012.
14. **Kajula P.W., Kintu, F., Barugahare, J. et Neema, S.**, "Political Analysis of Rapid Change in Uganda's Health Financing Policy and Consequences on Service Delivery for Malaria Control", *The International Journal of Health Planning and Management*, n° 19, 2004; p. 133-153.
15. **Pariyo G.W., Ekirapa-Kiracho E., Okui O., Rahman M.H., Peterson S., Bishai D.M. et al.**, "Changes in Utilization of Health Services among Poor and Rural Residents in

Uganda. Are Reforms Benefitting the Poor?”, *International Journal for Equity in Health*, vol. VIII; 2009; n° 39.

16. **Richard F., Witter S., De Brouwere V.**, “Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources”. Antwerp: ITGPress; 2008.
17. **Asante F., Chikwama C., Daniels A., Armar-Klemesu M.**, “Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana”. *Ghana Med J* 2007 Sep; 41(3):110-7.
18. **Penfold S., Harrison E., Bell J., Fitzmaurice A.**, “Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions”. *Ghana Med J* 2007 Sep; 41(3):100-9.
19. **Richard F. et Witter S.**, “Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries”. *Am J Public Health* 2010 Oct; 100(10):1845-52.
20. **Ridde V., Robert E., Meessen B.**, “A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems”. *BMC Public Health* 2012; 12:289.
21. **Oumar M. S., Loubna B. et Ridde V.**, “Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? ”, *Humanitaire* [En ligne], 35 | 2013, mis en ligne le 25 juillet 2013, consulté le 18 novembre 2013. URL : <http://humanitaire.revues.org/2256>
22. **Abdoulaye O. et Yamba K.**, “La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité”, Les comités de gestion au Niger, *Afrique contemporaine*, 2012/3 n° 243, p. 65-76. DOI : 10.3917/afco.243.0065



## Fiche de dépouillement des registres des soins

Date :	_____	Code
Fiche N° :	_____	
Nom enquêteur	_____	
Nom superviseur	_____	
Formation sanitaire agréée pour la césarienne gratuite:		
• 1 : HOSM		
• 2 : HZ Bassila	_____	
Zone sanitaire	_____	
Contact Enquêteur	_____	

Variables	Choisir le code exact	Code choisi
<b>Commune de provenance</b>	1- Bassila 2- Djougou 3- Ouaké 4- Copargo	
<b>Référée d'une formation sanitaire</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Césarienne gratuite effectuée</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Femme vivante après l'intervention</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Enfant vivant après l'intervention</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Réanimation post césarienne du BB</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Infection maternelle post césarienne</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Infection néo-natale post césarienne</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Durée de séjour (hospitalisation) post césarienne</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Infection du site opératoire post césarienne</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Enfant sortie vivant de l'hôpital</b>	0- NON 1- OUI 2- N/A	
<b>Mère sortie vivante de l'hôpital</b>	0- NON 1- OUI 2- N/A	

**Merci !**

## Questionnaire aux femmes césariées et présente dans l'hôpital lors de l'étude

Date :		Code
Fiche N° :		
Nom enquêteur		
Nom superviseur		
Formation sanitaire agréée pour la césarienne gratuite:		
• 1 : HOSM		
• 2 : HZ Bassila		
Zone sanitaire		
Contact Enquêteur		

Variables	Choisir le code exact	Code choisi
<b>Commune de provenance</b>	1-Bassila 2- Djougou 3- Ouaké 4- Copargo	
<b>Distance domicile au centre de santé</b>	1- < 5 ans 2- Entre 5 et 10 km 3- > 10 km	
<b>Avez-vous bénéficié de la mesure de gratuité de la césarienne ?</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Etiez-vous informé que la césarienne est gratuite avant votre arrivée à l'hôpital ?</b>	0 - NON 1- OUI	
<b>Avez-vous payé des frais supplémentaires ?</b>	0- NON 1-OUI	
<b>Si oui, combien ?</b>	1- < 20 000 f 2- Entre 21 et 50 000 f 3- > 50 000 f	
<b>Etes-vous satisfait de la politique de gratuité de la césarienne ?</b>	0- NON 1-OUI	
<b>Si OUI, quel est votre niveau de satisfaction ?</b>	1-Très satisfait 2-Satisfait 3-Pas satisfait	
<b>Si NON, pourquoi</b>		
<b>Respect de dignité humaine</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Respect de la confidentialité</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Respect de l'autonomie</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Promptitude pour la prise en charge</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Qualité de l'environnement</b>	1- Bonne 0- Mauvaise	
<b>Accès à la gratuité</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Avez-vous des suggestions</b>		

## MERCI

### Questionnaire à l'endroit du personnel (soignants, équipe de gestion etc.)

Date :	_____	Code
Fiche N° :	_____	
Nom enquêteur	_____	
Nom superviseur	_____	
Formation sanitaire agréée pour la césarienne gratuite:		
• 1 : HOSM		
• 2 : HZ Bassila		
Zone sanitaire	_____	
Contact Enquêteur	_____	

Variables	Choisir le code exact	Code choisi
<b>Titre ou qualité de la personne interviewée</b>	1- Personnel soignant 2- Administration	
<b>La césarienne gratuite est pratiquée dans votre formation sanitaire depuis quand ?</b>	1- 2009 2- 2010 3- 2011 4- 2012 5- 2013	
<b>La subvention des 100. 000 f couvre-t-elle la totalité des soins ?</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Si non, comment compensez-vous les frais additionnels</b>	1- Subvention par l'hôpital 3- Paiement direct par les patientes. 4- Prélèvement sur le FSI 5- Autres	
<b>Si autre, préciser</b>		
<b>L'état rembourse-t-il effectivement les factures des césariennes pratiquées gratuitement ?</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Si OUI, quel est le délai moyen de remboursement des factures envoyées ?</b>	1- 1mois 2- Entre 1 et 3mois 3- Entre 3 et 6 mois 4- Au-delà de 6mois.	
<b>Ce délai de remboursement affecte-t-il votre budget de fonctionnement ?</b>	0- NON 1- OUI	
<b>Si OUI, Comment ?</b>		
<b>Fiches de stock pour le kit</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Indicateurs de gestion renseignés</b>	1- Oui 0- Non	
<b>Avez-vous des suggestions ?</b>		

Merci !

## Questionnaire à l'endroit du responsable des statistiques

Date :	_____	Code
Fiche N° :	_____	
Nom enquêteur	_____	
Nom superviseur	_____	
Formation sanitaire agréée pour la césarienne gratuite:		
• 1 : HOSM		
• 2 : HZ Bassila		
Zone sanitaire	_____	
Contact Enquêteur	_____	

Variables	Année	Nombre
<b>Taux de césarienne effectuée par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	1- 2008	
	2- 2010	
	3- 2011	
	4- 2012	
<b>Proportion de césarienne gratuite par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	
<b>Taux d'infection néo-natale enregistrée par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	
<b>Taux d'infection du site opératoire enregistré par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	
<b>Taux de décès maternel post césarienne par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	
<b>Taux de mortalité néo-natale post césarienne par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	
<b>Durée moyenne de séjour post césarienne par année</b>	1- 2006	
	2- 2007	
	3- 2008	
	4- 2010	
	5- 2011	
	6- 2012	

**Merci !**