



Couple avec leur nouveau-né issu d'une césarienne

Rapport de synthèse: l'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne dans cinq zones sanitaires, Bénin, FEMHealth

CENTRE DE RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE ET EN DEMOGRAPHIE – BENIN

Date : Mars 2014

Remerciements

Ce travail a été mené dans le cadre du projet FEMHealth, grâce au financement du programme FP7 de la CE (projet261449).

- FEMHealth est un projet international, collaboratif, constitué par un consortium d'universités et d'institution de recherche. Les partenaires suivants y ont participé : University of Aberdeen (Impact), UK (coordinateur)
- Agence de Formation, de Recherche et d'Expertise en Santé pour l'Afrique (AFRIC Santé), Burkina Faso
- Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Bénin
- Ecole National de Santé Publique, Maroc
- Institute of Tropical Medicine, Belgium
- Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Burkina Faso
- London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK
- MARIKANI, Mali

Les documents utilisés peuvent être consulté sur le site www.abdn.ac.uk/femhealth et pour toutes autres informations complémentaires prière envoyer votre demande à l'adresse mail suivante cerrhud@yahoo.fr

La présente recherche n'aurait pu être menée à bout sans la contribution effective des personnes physiques et morales à qui nous tenons à témoigner notre sincère gratitude.

Nous remercions vivement :

Le Ministère de la Santé à travers le Secrétariat Général du Ministère, l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne, la Direction de la Recherche et de la Formation en Santé, et la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;

Le Ministère des Finances et de l'Economie pour avoir facilité la collecte des données ;

Les Agences de Nations Unies à travers l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS pour avoir accepté de participer aux entretiens ;

Les membres du Comité National d'Ethique et de la Recherche en Santé pour avoir donné un avis favorable pour la réalisation de cette recherche ;

Les membres du Comité de Pilotage pour avoir orienté et suivi la réalisation de cette étude ;

Les autorités sanitaires et administratives des 12 départements et des cinq zones sanitaires sites du Projet FEMHealth ;

Les patientes et leurs accompagnants, les familles des femmes décédées pour leur participation aux entretiens ;

Les médecins, les infirmiers et sages-femmes des hôpitaux sites FEMHealth pour leur franche collaboration et leur soutien durant la phase de la collecte ;

Les agents de collecte de données pour leur rôle déterminant joué aux côtés de l'équipe de recherche ;

Les conducteurs de véhicules pour tous les sacrifices consentis sur le terrain ;

A tous les lecteurs de ce document, nous souhaitons une agréable lecture et attendons de façon très ouverte leurs critiques et suggestions constructives pour son amélioration.

Acronymes

ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne
AudObEm	Audit of Obstetric Emergencies
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (Mali)
CE	Commission Européenne
CEP	Cartographie des Effets de la Politique
CERRHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (Bénin)
CFA	Communauté Financière Africaine
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CdP	Communauté de Pratique
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Post Natale
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
DCC	Direction de la Coopération et de la Communication
DQ	Direction de la Qualité
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux
DSE	Direction du Suivi et de l'Évaluation
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EB	Echappée Belle
E R	Évaluation Réaliste
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZ	Equipe d'Encadrement de Zone
EMEP	Evaluation de la Mise en Œuvre de la Politique
GB	Grande Bretagne
GC	Gratuité de la Césarienne
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IMT	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire (Maroc)
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé (Burkina Faso)
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Médecine (Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres)
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MGT	Management
MMG	Morbidité Maternelle Grave
MS	Ministère de la Santé
NV	Naissances Vivantes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PA	Paquets d'activités
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
REFESOR-Vie	Réseau des Femmes d'Entreprises du Bénin et de la Sous -Région pour la Vie
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RMMM	Réseau pour la Prévention de la Mortalité Maternelle
RSH	Recherche sur les Sujets Humains
SAGO	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
SGOBT	Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLS	Système Local de Santé

SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
UE	Union Européenne
UNFPA	United Fund For Population Agency (Fond des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UoA	Université d'Aberdeen
USAID	United State Aid
ZS	Zone Sanitaire

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
<i>Acronymes</i>	4
<i>Synthèse</i>	8
<i>Summary</i>	13
<i>Introduction</i>	17
1. Historique de la politique au Bénin	18
Contexte scientifique	19
2. Objectifs du projet au Bénin	20
3. Méthodologie	21
3.1 Type d'étude.....	21
3.2 Pays impliqués dans la recherche	21
3.3 Stratégie générale de recherche au Bénin	21
3.4 Cadre de l'étude	22
3.5 Durée du projet	24
3.6 Population d'étude.....	24
3.7 La collecte de données.....	30
3.7.1 La collecte des données de PA2 quantitatif	30
3.7.2 La collecte qualitative PA2	30
3.7.3 La collecte des données du PA3	30
3.7.4 La collecte des données du PA4	31
4 Considérations éthiques	32
4.1 Fiches d'information et de consentement éclairé	32
4.1.1 La fiche d'information	32
4.1.2 La fiche de consentement éclairé.....	32
4.2 Questions sur la sécurisation des données	32
4.3 Minimisation des risques et de l'inconfort des participants.....	33
5 Assurance de la qualité des données et Limites.	33
6 Les techniques d'analyse de données en générale	35
7 Résultats	36
7.1 Niveau National	38
7.1.1 Processus de développement et description de la politique ; perception des acteurs	38
7.1.2 Flux financiers engagés.....	39
7.2 Niveau Zone Sanitaire	43
7.2.1 Implémentation.....	43
7.2.2 Impact sur l'utilisation des services.....	63
7.3 Niveau communauté et ménage.....	83
8 Discussion	90
8.1 Est-ce que la politique a augmenté l'accès aux soins obstétricaux? A quel mesure, et pour quels services et endroits ?	90

8.2	Quels sont les groupes qui bénéficient le plus et le moins (par région, statut socio-économique etc.)?.....	90
8.3	Est-elle efficace dans la réduction des charges financières? A quel coût ?	91
8.4	Quels étaient les effets sur la qualité des soins en général?	91
8.5	Est-ce que la politique renforce ou affaiblit le Système Local de Santé (SLS)?.....	92
8.6	Quelles sont les principales forces et faiblesses de la politique?	94
8.7	La politique peut-elle être durable?.....	96
8.8	Comment l'expérience du pays se compare avec les autres de la région ?.....	96
	<i>Conclusions</i>	97
	<i>Recommandations pour la renforcer</i>	98
	<i>Références</i>	101

Synthèse

Introduction

Depuis quelques années, plusieurs pays en voie de développement dont le Bénin, dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et plus spécifiquement les objectifs 4 et 5 ont proposé plusieurs stratégies parmi lesquelles figure l'exemption des frais de soins. Mais peu de chose est connue sur l'efficacité opérationnelle de ces politiques de suppression ciblée du paiement des frais de soins et sur leur impact réel sur la santé maternelle et néonatale.

A cet effet, le projet dénommé « Evaluation de l'impact de la suppression de paiement des frais de soins de santé maternelle en Afrique de l'Ouest et au Maroc: nouveaux outils, nouvelles connaissances » (FEMHealth) a été réalisé dans quatre pays : le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Maroc.

Au Bénin la politique de suppression a porté sur la gratuité de la césarienne. Les objectifs de cette recherche sont les suivants:

Objectif général:

- Développer des méthodologies et évaluer l'impact de la politique de gratuité de la césarienne

Objectifs spécifiques:

- Participer à l'élaboration des outils innovateurs d'évaluation des effets de la politique de gratuité de la césarienne sur le système local de santé, les résultats de santé maternelle et néonatale et sur la qualité des soins ;
- Appliquer les outils pour mesurer l'impact de la politique de gratuité
- Générer de nouvelles connaissances sur l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur la santé maternelle et néonatale ;
- Assurer des interactions entre les concepteurs de politiques au niveau national et régional à travers les activités de la CdP ;
- Diffuser les résultats obtenus au niveau national et international afin d'améliorer la mise en œuvre des politiques actuelles et futures de la gratuité des soins.

Méthode

Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et évaluative. 13 outils de recherche ont été utilisés. Au Bénin, le projet, en dehors du niveau national pour le flux financier et les entretiens avec les informateurs-clés et les observations des réunions, s'est déroulé dans cinq zones sanitaires à savoir : les ZS Comè/Grand-Popo/Houéyogbé (CGPH), Dassa-Zoumè/Glazoué (DAGLA), Nikki/Kalalé/Pèrèrè (NKP) et Bembèrèkè/Sinendé (BS); ZS Porto-Novo/Sèmè-Podji/Aguégué (PAS).

Au total, 7 hôpitaux ont été inclus dans l'étude dont 3 dans la ZS PAS. Quatre de ces hôpitaux avaient participé à une étude sur les audits cliniques. Cette étude, appelée "Audit of Obstetrical Emergencies (AudObEm)", disposent des données sur les "échappées belles" avant et après l'introduction de la

politique de gratuité de la césarienne. Il s'agit des hôpitaux de zone de : DAGLA, NKP, BS et du CHD Ouémé/Plateau dans la ZS PAS.

Le projet Femhealth a duré 36 mois, Il a démarré le 1^{er} janvier 2011 et a pris fin le 31 décembre 2013.

Résultats

Après l'analyse des différentes données collectées, il ressort que :

- la politique de gratuité de la Césarienne est une décision gouvernementale dont les objectifs et son positionnement dans la stratégie nationale de la réduction de la mortalité maternelle n'apparaissent dans aucun des documents officiels en rapport avec la formulation de la politique (divers décrets et documents de politique de l'agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne). Aussi, dans le contexte du Bénin où l'utilisation des services est déjà élevée, aucune étude préliminaire, n'a démontré l'importance de la barrière financière liée à l'acte de césarienne ;
- pour les acteurs des structures étatiques interviewés, le processus de mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne a respecté les principes d'élaboration d'une action publique ;
- les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) n'ont pas été impliqués dans la prise de la décision de la gratuité de la césarienne. Cependant, certains représentants des PTF enquêtés ont reconnu la pertinence de cette politique même s'ils ont déploré certaines lacunes comme l'étude de faisabilité faite après la déclaration de la politique par le chef de l'Etat et l'uniformisation du forfait de 100 000 F CFA par césarienne réalisée quelque soit le type et le niveau de l'hôpital ;
- que seul l'UNFPA a été impliqué dans le processus de mise en œuvre de la politique en mettant à la disposition de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant les kits césariennes ;
- la politique de Gc est appliquée à toutes les structures privées ou publiques agréées par l'ANGC ;
- dans leur ensemble, les acteurs de la base de la pyramide sanitaire de même que les représentants de la communauté n'ont pas été impliqués dans la conception de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin. Même pour ceux qui l'ont été, la marge de manœuvre qu'ils avaient pour influencer certains axes stratégiques importants était faible ;
- officiellement lancée le 1ier avril 2009, la politique de GC a réellement débuté ce même jour dans la quasi-totalité des sites FEMHealth à l'exception de l'HcD, et de l'HcC. Ces deux derniers hôpitaux confessionnels ont exprimé une certaine méfiance au démarrage, débutant ainsi l'application de la politique deux mois après les autres sites ;
- la gestion de la politique est directement réalisée par l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC), structure sous tutelle du ministère de la santé, sans implication des gestionnaires de santé de niveau intermédiaire. L'ANGC procède au remboursement d'un forfait de cent mille (100000) francs dont le délai a varié de 01 à 04 mois ;
- l'ANGC joue le rôle de tiers payeur et contrôle sporadiquement les prescriptions parallèles. Avant le paiement, l'ANGC procède à une concertation mensuelle entre travailleurs hospitaliers pour harmoniser les données statistiques à partir d'une liste mensuelle de bénéficiaires. Une lecture croisée de cette liste et des registres du bloc opératoire est faite ;

- tous les semestres, un monitoring est fait pour observer la disponibilité, la continuité et l'utilisation de la prestation césarienne ;
- chaque année, l'évolution de l'ensemble de l'initiative dans le pays est passée en revue et le rapport d'activité est réalisé ;
- la politique de gratuité est entièrement financée par l'Etat à travers une ligne « gratuité de la césarienne » qui est logé dans le budget du ministère de la santé ;
- la politique a été relativement bien mis en œuvre, selon les gestionnaires et les prestataires de soins dans les HZ E, HZc F, HZH, HZa A, avec des scores respectifs de 10 ; 9 et 8 éléments gratuits sur les 14 entrant dans le processus de césarienne ; et l'HcC a eu le plus faible score (2/14) ;
- après l'introduction de la politique de gratuité de la césarienne, le taux de césarienne a connu une évolution linéaire passant de 3,7% en 2009 à 6,42% en 2012. Cette évolution est la suite d'une tendance à l'augmentation entamée depuis 2004. Par contre des entretiens avec certaines patientes césarisées, near-miss comme accouchées normales, il ressort que la gratuité de la césarienne a réduit une des barrières importantes à l'utilisation des services de soins dans les hôpitaux pour beaucoup de femmes qui accouchaient à domicile, faute de moyens financiers ;
- La politique de GC a contribué à l'amélioration de la situation financière des hôpitaux prestataires. En effet, quel que soit l'hôpital ciblé dans le cadre de notre étude, le coût moyen de prise en charge de la césarienne au niveau de l'hôpital est significativement inférieur au forfait de 100 000 FCFA. Le coût de la césarienne variait entre 40 000 FCFA et 80 000 FCFA avant la mise en œuvre de la politique de gratuité. Cependant les gestionnaires d'hôpitaux perçoivent différemment le forfait. Pour certains ce forfait est largement suffisant, pour d'autres il est insuffisant. Mais tous, s'accordent sur le fait que la politique a amélioré la situation financière des hôpitaux. ils perçoivent aussi la pertinence de la politique de manière variable. En effet, certains estiment qu'elle est importante et répond à un besoin prioritaire. Pour d'autres elle est insuffisante et ne saurait contribuer de manière significative à la réduction de la mortalité maternelle. A leur avis, la politique doit couvrir un paquet plus large qui prend au moins en compte l'ensemble des urgences obstétricales ;
- les césariennes non pertinentes et injustifiées constituent une inquiétude de plusieurs acteurs au niveau local dans le cadre de cette politique en raison du fait que la césarienne offre une alternative rapide à un travail d'accouchement long et stressant et parce qu'elle permet aux hôpitaux d'avoir des recettes importantes et sûres ;
- la politique de GC, a amélioré de manière sélective le Système d'Information Sanitaire pour les césariennes au niveau des hôpitaux. les personnes du niveau socio économique moyen et élevé ont, plus que les pauvres, bénéficié de la gratuité de la césarienne. En effet dans les zones pauvres investiguées la répartition des césarisées selon le niveau de vie est respectivement de : 16,6% de pauvres, 38% de niveau moyens et 45,4% de riches ;
- le coût médian encore à la charge des ménages en dépit de la gratuité (paquet couvert par la politique), a varié d'un site à l'autre allant de 0 à 27150 FCFA ;
- malgré la gratuité de la césarienne, certaines dépenses restent encore à la charge des patientes. En effet, dans l'ensemble le coût total moyen du séjour hospitalier des césarisées supportés par les patientes depuis leur admission jusqu'à la sortie était de 39 304,04 F CFA et variait entre 0 et 206 640 F CFA avec des différences significatives par hôpital ;
- dans l'ensemble, pendant la période de collecte de données, les soins donnés aux mères sont de bonne qualité. Ainsi pour les accouchements vaginaux le nombre moyen d'omissions

(c'est-à-dire de gestes cliniques qui n'ont pas été faits) est de moins d'un critère (0,7) sur les 7 critères retenus ;

- en général, parmi les 7 critères c'est le partogramme qui a été le plus omis. L'Hc C a le score moyen d'omission le plus élevé (une moyenne de 2,0 critères omis sur les 7) et l'HZ E a le score le plus bas d'omission (0,1) critère omis sur les 7 retenus ;
- le score moyen d'omission pour la Césarienne est de 0,9 pour l'ensemble des hôpitaux. C'est l'Hc C qui a le taux le plus élevé (1,9) suivi du CHD B 0,9 ;
- dans l'ensemble, les bruits du cœur fœtal et le taux d'hémoglobine sont les moins mesurés, respectivement 52,4% et 70,6% des patientes n'ont pas bénéficié de ces gestes. Par contre, les antibiotiques prophylactiques et les ocytociques disponibles dans le kit ont été toujours administrés ;
- Une patiente à l'HZa A et à l'HZ E ont respectivement 16,7 et 9,0 fois plus de chance de se faire césariser dans un délai de 60 min au plus entre la décision et le début de l'intervention comparativement au CHD B où ce délai est de 130 minutes ;
- Au CHD B, pour les Near – Miss césarisées la gratuité de la césarienne n'a pas eu d'influence sur le délai (délai médian de 114 min avant gratuité et 121 min après gratuité) ; tandis qu'à l'HZ E, elle a permis de réduire ce délai (délai médian de 73 min avant gratuité et 38 min après). Une near-miss césarisée après la gratuité à l'HZ E a 2,35 (95% IC : 1,04-5,35) fois plus de chance d'être césarisée dans un délai inférieur ou égal à 60 min comparée à la période avant la gratuité ;
- La qualité des soins apportés aux nouveaux nés (score moyen d'omission de 2,4) est relativement plus faible que celle apportée à la mère. Cette situation est criarde au CHD B où le score moyen d'omission pour les nouveaux nés est de 3,3 ;
- la majorité des patientes des différents sites ont révélé leur déception et leurs chagrins par rapport aux traitements relationnels dont elles sont victimes et qu'elles supportent par résignation lors de leur séjour hospitalier. De ce point de vue, très peu d'entre elles sortent des structures sanitaires avec une bonne impression sur les interactions et les relations soignant-soigné ;
- la politique de GC n'a pas prévu un mécanisme de contrôle de la qualité des soins ni un mécanisme de suivi de sa mise en œuvre ;
- l'ANGC n'a pas encore mis à la disposition des structures, les outils de mise en œuvre de la politique ;
- la politique a renforcé la capacité des directeurs des hôpitaux à investir ;
- elle a amélioré de façon sélective le SIS pour les césariennes ;
- mais elle a affaibli le pouvoir des gestionnaires du niveau intermédiaire et les coordinations des zones sanitaires ;
- elle a introduit un objet supplémentaire de démotivation des prestataires dans certaines structures ;
- elle a révélé de nouveaux mécanismes de perception de paiements informels par les prestataires auprès des malades ;
- elle a favorisé l'accentuation des déséquilibres dans l'approvisionnement des différents services dans l'hôpital en intrants surtout à l'approche des ruptures des consommables indispensables pour la réalisation des césariennes.

Conclusion

- Bien que la prise en charge des césariées soit déclarée gratuite, les patientes continuent de contribuer aux frais de prise en charge pour leur séjour hospitalier. Ainsi, depuis la conception de cette politique jusqu'à la prestation de soins aux patientes en passant par les différentes étapes de sa mise en œuvre, plusieurs aspects de la politique de gratuité restent à améliorer.
- L'évolution du taux de césarienne passant de 3,7% en 2009 avant la gratuité à 6,4% en 2012 après la gratuité, est une tendance entamée depuis 2004 et qui se poursuit ;
- Les personnes du niveau socio économique moyen et élevé ont, plus que les pauvres, bénéficié de la gratuité de la césarienne.
- Au vu de tout ce qui précède, le Ministère de la Santé doit organiser des journées de réflexion sur des aspects du décret restés muets.
- Il doit mettre en place un mécanisme de contrôle de la mise en œuvre de la politique de même que celui contrôlant la qualité des soins ;
- Il doit procéder à la prise en charge globale de la mère et de l'enfant à travers l'exemption progressive des autres complications, des consultations pré-natales, des accouchements, et des consultations post natales ;
- Il doit surtout mettre en place des mécanismes permettant de faire bénéficier la césarienne aux plus pauvres.

Summary

Introduction

In recent years, in order to achieve the Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5, several developing countries including Benin, have developed a number of strategies including exemption from health care costs. However little is known about the operational effectiveness of these policies of targeted removal of fees paid for health care and their real impact on maternal and neonatal health. For this reason the FEMHealth project ('Assessment of the impact of the removal of fees for maternal health care in West Africa and in Morocco: new tools, new knowledge') was carried out in four countries : Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco.

In Benin the fee removal policy focused on free caesarean section. The objectives of this study are the following:

General objective:

Develop methodologies and assess the impact of the free caesarean section policy

Specific objectives:

- Contribute to the development of tools for assessing the effects of the free caesarean section policy on the local health system, maternal and neonatal health outcomes and on the quality of care
- Apply the tools for measuring the impact of the fee removal policy
- Generate new knowledge on the impact of the free caesarean section policy on maternal and neonatal health
- Ensure interactions among policymakers at the national and regional level through the activities of the Community of Practice
- Disseminate the results obtained at national and international level in order to improve the implementation of current and future free care policies.

Methods

This was a multi-centre, cross-sectional and evaluative study. 13 research tools were used.

In Benin, the financial flow and key informant interviews and observations of meeting were carried out at national level; all other studies were conducted in five health districts(zones) including : the ZS of Comè/Grand-Popo/Houéyogbé (CGPH), Dassa-Zoumè/Glazoué (DAGLA), Nikki/Kalalé/Pèrèrè (NKP) and Bembèrèkè/Sinendé (BS); ZS Porto-Novo/Sèmè-Podji/Aguégué (PAS).

In all, 7 hospitals were included in the study including 3 in the PAS ZS. Four of these hospitals had participated in a study on clinical audit. This study, called "Audit of Obstetrical Emergencies (AudObEm)", has data on the "near misses" before and after the introduction of the free caesarean section policy. These are the district hospitals of: DAGLA, NKP, BS and CHD Ouémé/Plateau in the PAS ZS.

The FEMHealth Project lasted 39 months; it started on 1st January 2011 and ended on 31 March 2014.

Results

Based on the analysis of the data collected, it appears that:

- the free caesarean section policy was a government decision whose objectives and positioning in the national strategy for the reduction of maternal mortality appear in none of the official documents in connection with the formulation of the policy (various decrees and policy documents of the national free caesarean section management agency). Furthermore, in the context of Benin where the use of the services is already high, there was no preliminary study to demonstrate the significance of the financial barrier related to the caesarean procedure;
- from the perspective of the government officials interviewed, the process of implementing the free caesarean section policy complied with the principles of developing a public action ;
- the Technical and Financial Partners (TFP) were not involved in the decision-making process for the policy of providing free caesarean section.. However, some TFP representatives surveyed recognized the relevance of this policy even though they deplored some shortcomings in process, such as the feasibility study being conducted after the announcement of the policy by the Head of State and the standard payment of 100, 000 CFA F package for each caesarean section carried out whatever the type and level of the hospital;
- only UNFPA was involved in the policy implementation process by providing the Directorate for Maternal and Child Health with caesarean section kits;
- the free c-section policy is applied to all private and public facilities approved by the ANGC;
- as a whole, the providers at the base of the health pyramid as well as the representatives of the community were not involved in the design of the free caesarean section policy in Benin. Even for those who were involved, they had little latitude to influence some major strategic areas;
- officially launched on 1 April 2009, the free c-section policy actually started that same day in almost all of the FEMHealth sites except HcD and HcC. These last two denominational hospitals were somewhat distrustful at the start, beginning the implementation of the policy two months after the other sites;
- the policy is directly managed by the National Free Caesarean Section Management Agency (ANGC), a structure under the Ministry of Health, without the involvement of the intermediate level health managers. The ANGC reimburses a package of one hundred thousand (100,000) francs within a timeframe ranging from 01 to 04 months;
- the ANGC plays the role of third-party payer and sporadically checks parallel prescriptions. Before payment, the ANGC holds a monthly consultation among hospital workers to harmonize the statistical data from a monthly list of beneficiaries. A comparative study of this list and the records of the operating room is carried out;
- every six months, monitoring is done to observe the availability, continuity and the use of caesarean delivery;
- each year, the evolution of the overall initiative in the country is reviewed and an activity report is produced;
- the fee removal policy is entirely financed by the government through a " free caesarean section " line included in the budget of the Ministry of Health;
- the policy has been relatively thoroughly implemented, according to the managers and care providers in HZ E, HZc F, HZH, HZa A, with respective scores of 10 ; 9 and 8 free elements out of the 14 elements forming part of the caesarean process; the HcC had the lowest score (2/14);

- after the introduction of the free caesarean section policy, the caesarean section rate increased linearly from 3.7% in 2009 to 6.42 per cent in 2012. This increase is a continuation of a trend that began in 2004. However it appears from interviews with some patients who had caesarean deliveries, including those who had a near miss or not, that free caesarean section has reduced one of the major barriers to the use of care services in hospitals for many women who gave birth at home because of lack of financial resources;
- the free c-section policy has contributed to the improvement of the financial situation of provider hospitals. Indeed, in all hospitals examined in our study, the average cost for managing caesarean sections in the hospital was significantly less than the 100,000 CFA F package. The cost of a caesarean section ranged from 40,000 CFA F to 80,000 CFA F before the implementation of the fee removal policy. However hospital managers have differing perceptions of the package. For some of them this package is sufficient, for others it is not. But all agree on the fact that the policy has improved the financial situation of hospitals. They also perceive differently the relevance of this policy. Indeed, some believe that it is important and responds to a priority need. For others it is insufficient and cannot contribute significantly to the reduction of maternal mortality. In their opinion, the policy must cover a wider package which takes into account all obstetric emergencies;
- irrelevant and unjustified caesarean sections are a concern for several local actors under this policy because caesarean section offers a quick alternative to a protracted and stressful delivery and because it allows hospitals to have substantial and assured receipts ;
- the free c-section policy has improved selectively the Health Information System for caesarean sections in hospitals. People of average and high socio-economic status have benefited more than the poor from free caesarean section. Indeed in the poor areas surveyed the distribution of women who had caesarean deliveries according to the standard of living is respectively: 16.6% for the poor, 38% for the intermediate level and 45.4% for the rich;
- the median cost to households of in-facility costs which should be covered by the policy varied from site to site, ranging from 0 to 27,150 FCFA;
- overall the average total cost of the hospital stay of patients who had caesarean deliveries borne by patients from admission to discharge was 39,304 FCFA and ranged from 0 to 206,640 FCFA with significant differences depending on the hospital;
- during the data collection period, the care given to mothers was of good quality. Thus for vaginal deliveries the average number of omissions (i.e. of clinical actions that have not been taken) is less than one (0.7) criterion out of the 7 criteria;
- in general, among the 7 criteria it was the partograph that was the most commonly omitted. Hc C has the highest average omission score (an average of 2.0 criteria omitted out of 7) and HZ E has the lowest omission score (0.1) criterion omitted out of 7 identified;
- the average score of omission for caesarean section is 0.9 for all the hospitals. Hc C has the highest rate (1.9) followed by CHD B, 0.9;
- overall, foetal heart and haemoglobin level are least measured, respectively 52.4% and 70.6% of patients have not benefited from these measures. On the other hand, prophylactic antibiotics and oxytocics available in the kit are always administered;
- Patients in HZa A and HZE are respectively 16.7 and 9.0 times more likely to have a caesarean delivery within a maximum period of 60 min between the decision and the start of the intervention compared to CHD B where this period is 130 minutes;
- In CHD B, for the near-miss caesarean section cases, the free caesarean section policy has not influenced this delay (median time of 114 minutes before free caesarean section and 121

minutes after); while in HZ E, it has resulted in a reduction of delay (median time of 73 minutes before introduction of free caesarean section policy and 38 minutes after). A near-miss patient who had a caesarean delivery after the free caesarean policy in HZ E is 2.35 (95% IC : 1.04-5.35) times more likely to be have a caesarean delivery in a time less or equal to 60 min compared to the period before introduction of the free caesarean policy;

- The quality of care given to the newborn (average omission score of 2.4) is relatively lower than that given to the mother. This situation is worst in CHD B where the average score of omission for newborns is 3.3;
- the majority of patients from the different sites expressed disappointment and sorrow over the treatment they received in terms of the relationships which they had to put up with during their hospital stay. From this viewpoint, very few of them leave the health facilities with a good impression of provider-patient interactions and relations;
- the free c-section policy does not include a mechanism for monitoring the quality of care or a mechanism for monitoring its implementation;
- the ANGC has not yet provided the hospitals with tools for implementing the policy
- the policy has strengthened the ability of hospital directors to invest;
- it has selectively improved the HIS for caesarean sections;
- but it has weakened the power of intermediate level managers and the coordination of health zones;
- it has introduced an additional reason for demotivation of service providers in certain facilities;
- it is seen by some as having provided new opportunities for providers to collect informal payments with patients;
- it has contributed to greater imbalances in the supply of inputs by the various hospital services, especially when the stocks of essential consumables for caesarean sections are low.

Conclusion

- Although the management of women having caesarean deliveries has been declared to be free of charge, patients are still paying for their care during their hospital stay. Thus, from the design of this policy through the various stages of its implementation to the delivery of care to patients, several aspects of the policy need to be improved.
- The rise in the caesarean section rate from 3.7% in 2009 before the free c-section policy to 6.4% in 2012 after the policy is a continuing trend that began in 2004.
- People of average and high socioeconomic status have benefited more than the poor from free c-sections.
- In light of the foregoing, the Ministry of Health should review the policy to address the issues on which the Decree was silent.
- The Ministry should put in place a mechanism for monitoring the implementation of the policy and for controlling the quality of care.
- It should also provide comprehensive management of the mother and the child through the gradual exemption of other complications, antenatal consultations, deliveries, and post natal consultations.

In particular, mechanisms for enabling the poorest people to benefit from caesarean section must be put in place.

Bénin : Brisons le lien entre la maternité et la morgue



Introduction

Notre recherche sur la gratuité de la césarienne au Bénin fait partie d'un projet international sur l'évaluation de la politique de gratuité en Afrique francophone.

Au Bénin 76% des femmes résident dans un rayon de moins de cinq kilomètres d'un service de santé. La proportion des femmes ayant consulté un personnel de santé qualifié pour le suivi de la grossesse était de 88% en 2006. 78% des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié en 2006 (1).

Malgré cette bonne couverture sanitaire, chaque année encore, 1400 femmes meurent des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche (2). L'accessibilité financière demeure une des causes de ces décès précoces. En effet les frais des soins sont prohibitifs pour de nombreux ménages (3) et empêchent les femmes d'obtenir des soins de qualité lorsque des complications pendant la grossesse ou l'accouchement surviennent.

Face à cette situation, plusieurs stratégies et politiques ont été développées.

La première stratégie qui date de 2006 est la mise à disposition des hôpitaux des kits pour les urgences obstétricales. Les kits dans la plupart des cas n'ont pas été renouvelés car les patientes, une fois l'urgence levée, n'honoraient pas les frais, faute de moyens. Cette initiative louable n'a pas pu continuer.

La deuxième stratégie, a consisté à la mise en place de fonds spéciaux pour aider les plus pauvres (Fonds des indigents), y compris les femmes qui ont besoin d'accéder aux Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU). Cette stratégie n'a pas permis d'atteindre la cible visée parce que les procédures d'identification de l'indigent ne sont pas réellement appliquées. D'autre part, les procédures administratives pour bénéficier de ces fonds sont très lourdes.

La toute dernière politique avant le démarrage de ce projet est la gratuité de la césarienne. En effet, il est à noter que dans de nombreux hôpitaux du Bénin, les femmes ou leurs parents font face à des dépenses catastrophiques nécessitant parfois la vente de biens, de prêts chez les usuriers, la mise en gage de biens afin de pouvoir honorer les frais d'hospitalisation (3). Parfois, après exéat, certaines femmes et leurs familles dans l'impossibilité d'honorer les frais de séjours sont retenus dans les paillotes ou hangars n'offrant aucune sécurité socio-sanitaire pour les nouveaux nés et accouchées récentes.

Devant ces situations que vivent les mères, leurs nouveaux nés et leurs familles et dans le souci de soulager la souffrance des populations les plus pauvres et de contribuer à la réduction de la mortalité néonatale et de l'enfance, le Gouvernement a décidé en 2008 de rendre gratuits les césariennes et les soins aux enfants de 0 à 5ans (Décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin).

Après avoir exposé l'historique de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin, ce rapport présente les justificatifs et les objectifs du projet au niveau international, les objectifs, la méthodologie, la composante éthique et les résultats de l'étude au Bénin.

1. Historique de la politique au Bénin

En 2006 le chef de l'Etat a émis l'intention de rendre gratuits les soins aux enfants de 0 à 5ans. Au cours d'un des ateliers de réflexion de mise en place de cette politique, il y a eu besoin d'intégrer la parturiente au paquet de gratuité, car selon les participants, la survie de l'enfant dépend de celle de la mère. L'étude de faisabilité [4] de ce programme a estimé le coût de la prise en charge complète à 40.000.000.000 de francs CFA par an, dont 2.000.000.000 de francs CFA pour les césariennes. Le Gouvernement a décidé de commencer par la gratuité de la césarienne (décret N°2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin).

Pour se faire, l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) a été créée.

La Direction Générale de cette agence comprend :

- Un secrétariat particulier ;
- Une direction administrative et financière ;
- Quatre directions techniques qui sont :
 - Direction de la Coopération et de la Communication (DCC) ;
 - Direction du Suivi et de l'Évaluation (DSE) ;
 - Direction de la Qualité (DQ) ;
 - Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC).

Annoncée pour le 1^{er} décembre 2008, cette gratuité a été effective le 1^{er} avril 2009.

Toutes les structures sanitaires publiques (nationale, départementale, de zone et de centre de santé) et privées (confessionnelle ou associative) à but non lucratif, agréées par l'état, disposant de plateau technique adéquat et offrant la césarienne, réparties sur toute l'étendue du territoire national, ont été incluses dans cette politique. Au total, 44 hôpitaux ou assimilés ont été inclus dans ce programme avant le démarrage du projet FEMHealth en janvier 2011.

Contexte scientifique

Les politiques de santé sont complexes dans leur nature car elles impliquent la coordination entre les différents niveaux du système de santé et les multiples acteurs, y compris les communautés, les professionnels et les gestionnaires de santé (5). La suppression du paiement des frais de soins pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence (SOU) est une de ces politiques qui a été introduite par plusieurs pays africains dans le but d'améliorer l'accès aux soins et ainsi améliorer les résultats de santé maternelle et néonatale (6). Cependant, les données probantes concernant l'impact de cette politique ne sont pas souvent disponibles, en partie, en raison des modèles d'évaluation qui ne sont pas capables de saisir toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.

Ce projet vise à réduire cet écart en développant des méthodologies et des outils qui amèneront à de meilleures évaluations sur la mise en œuvre des politiques, à un renforcement de l'évidence scientifique et à une amélioration de la dissémination ; ceci tout en apportant des informations sur l'impact des politiques de subventions

Les justifications et objectifs du projet de la recherche peuvent être consultés sur le site <http://www.abdn.ac.uk/femhealth/>.

Tableau 1: Quelques réformes récentes de suppression des frais de soins en Afrique subsaharienne

Pays	Description de la politique	Date de mise en œuvre des politiques
Bénin	Gratuité de la césarienne	Avril 2009
Burkina Faso	Réduction de 80% des frais de césariennes et d'accouchements	Octobre 2006–Avril 2007
Burundi	Suppression des frais d'accouchement et des soins curatifs chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Mai 2006
République du Congo	Gratuité du traitement du paludisme chez les enfants âgés de moins de 15 ans et chez les femmes enceintes	Juillet 2008
Ghana	Gratuité de soins d'accouchement	Avril 2005 (au niveau national)
Kenya	Gratuité de soins d'accouchement	Janvier 2007
Libéria	Suppression des frais de paquet de soins de santé de base	Avril 2006
Lésotho	Gratuité des soins au niveau primaire	Janvier 2008
Madagascar	Gratuité de soins d'accouchement Gratuité de la césarienne	Juin 2008 Septembre 2008
Mali	Gratuité de la césarienne	Juin 2005
Maroc	Gratuité de soins d'accouchement Gratuité de la césarienne	Décembre 2008, au niveau national
Niger	Suppression des frais de césarienne et des soins chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Février 2006 et Mars 2007 (respectivement)
Sénégal	Suppression des frais de la césarienne dans les hôpitaux et des frais d'accouchements dans les centres de santé.	Janvier 2006 (au niveau national sauf Dakar)
Soudan	Suppression des frais de césarienne et des soins chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Février 2008
Uganda	Suppression des frais de soins dans les centres de santé publics	Février 2001
Zambie	Suppression des frais de soins au premier niveau de soin	Avril 2006 (rural) Janvier 2007 (péri urbain)

Source: adapté de Meessen 2009.

2. Objectifs du projet au Bénin

Au Bénin, les objectifs du projet sont les suivants:

Objectif général:

- Développer des méthodologies pour évaluer l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur les résultats de santé et sur la qualité des soins.

Objectifs spécifiques:

- Contribuer à l'élaboration d'outils d'évaluation des effets de la politique de gratuité de la césarienne sur le système local de santé, les résultats de santé maternelle et néonatale et sur la qualité des soins ;
- Générer de nouvelles connaissances sur l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur la santé maternelle et néonatale ;
- Assurer des interactions entre les concepteurs de politiques au niveau national et régional à travers les activités de la Communauté des Pratiques ;

Diffuser les résultats obtenus au niveau national et international afin d'améliorer la mise en œuvre des politiques actuelles et futures de la gratuité des soins

3. Méthodologie

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, mixte, transversale et évaluative.

3.2 Pays impliqués dans la recherche

Quatre pays ont été impliqués dans la recherche. Trois de ces pays se situent en Afrique de l'Ouest francophone, il s'agit du **Bénin, du Burkina Faso et du Mali** et un se trouve dans le Maghreb à savoir **le Maroc**. Au cours des dernières années, ces quatre pays ont chacun mis en place une politique d'exemption/subside du paiement direct des frais de soins pour les césariennes et parfois aussi les accouchements normaux. Tous se sont fermement engagés à évaluer leurs réformes. C'est pourquoi ils ont été choisis pour participer à ce projet. Les chercheurs de ces pays ont travaillé en collaboration étroite avec des chercheurs impliqués dans les PA thématiques pour développer les outils, conduire la recherche, diffuser les résultats et adapter leurs outils à d'autres contextes. La liste des institutions impliquées dans ce projet et l'organigramme dudit projet avec les responsabilités de chaque institution peuvent être consultés sur le site : <http://www.abdn.ac.uk/femhealth>

3.3 Stratégie générale de recherche au Bénin

Au Bénin, le projet a été conduit par le CERRHUD (voir présentation en annexe 1). Quatre PAs du protocole international ont été développés à savoir les trois PAs thématiques (économie de la santé et politique de santé, système local de santé et qualité des soins) et le PA5 qui s'est focalisé sur le développement d'une Communauté de Pratique (CdP).

Le **PA2** est axé sur la **politique de santé, le financement des soins et l'économie de la santé**. Le premier volet du PA2 concerne le financement des soins de santé, et implique (en théorie) le transfert des coûts du patient vers le gouvernement. L'impact de la politique est intimement lié à l'efficacité des systèmes de financement. Les effets d'équité de la politique ont été analysés pour comprendre son succès ou son échec. Le deuxième volet « politique de santé » a analysé la manière dont la politique a été mise en œuvre. Le **PA3** concerne les **systèmes locaux de santé**. Il a analysé à la fois les effets que cette politique a sur le système de santé lui-même et ce qui a favorisé sa mise en œuvre au niveau de la zone sanitaire. Le premier volet a évalué le degré de mise en œuvre de la politique dans les 5 zones sanitaires. Le deuxième volet a étudié les effets de la politique sur le SLS dans les mêmes zones sanitaires (effets sur les services hospitaliers). Le troisième volet a approfondi l'analyse des mécanismes de mise en œuvre dans deux des cinq sites.

Le **PA4** s'est penché sur la **qualité des soins et les indicateurs de santé**. Dans le domaine de la santé maternelle, aucune de ces deux composantes n'est facile à mesurer. C'est pourquoi des outils basés sur le concept d'événements "*échappée-belle*" en milieu hospitalier ont été adaptés et mis à l'essai. Ils ont permis de déterminer l'efficacité de l'exemption directe du paiement des frais pour les SONU et d'évaluer les conséquences sur la qualité des soins, notamment en utilisant des indicateurs d'omission et de délais.

3.4 Cadre de l'étude

L'étude au Bénin a été réalisée à deux niveaux:

- au niveau national pour l'analyse de la politique et du financement de la santé (PA2);
- au niveau de cinq zones sanitaires sélectionnées de la manière suivante. Les critères retenus sont l'accessibilité géographique (Rayon Moyen d'Action Théorique de la ZS dans laquelle se trouve l'hôpital de zone), l'indice de pauvreté de la ZS et l'utilisation des services (taux d'accouchement assisté dans la ZS et taux de césariennes de l'hôpital de zone). Nous avons eu recours à la classification ascendante hiérarchique en utilisant la méthode Ward. Cette méthode de classification en général permet d'obtenir des groupes d'individus les plus hétérogènes possibles et dans lesquels les individus sont les plus homogènes que possibles suivant les critères de discrimination ou de comparaison. Le logiciel utilisé pour réaliser cette classification est le logiciel SPAD 5. Pour des raisons de comparaison, nous avons choisi le partitionnement en 3 classes afin de choisir 2 zones sanitaires au plus dans chaque classe.

Par ailleurs le choix des ZS a tenu compte des critères d'inclusion à savoir : ZS de plus de 150.000 habitants, dont les HZ ont réalisé au moins 50 césariennes/an avant la politique de gratuité. L'heure d'arrivée de l'équipe de recherche au chef-lieu de la zone en quittant le CERRHUD à 8h ne doit pas excéder 19 heures.

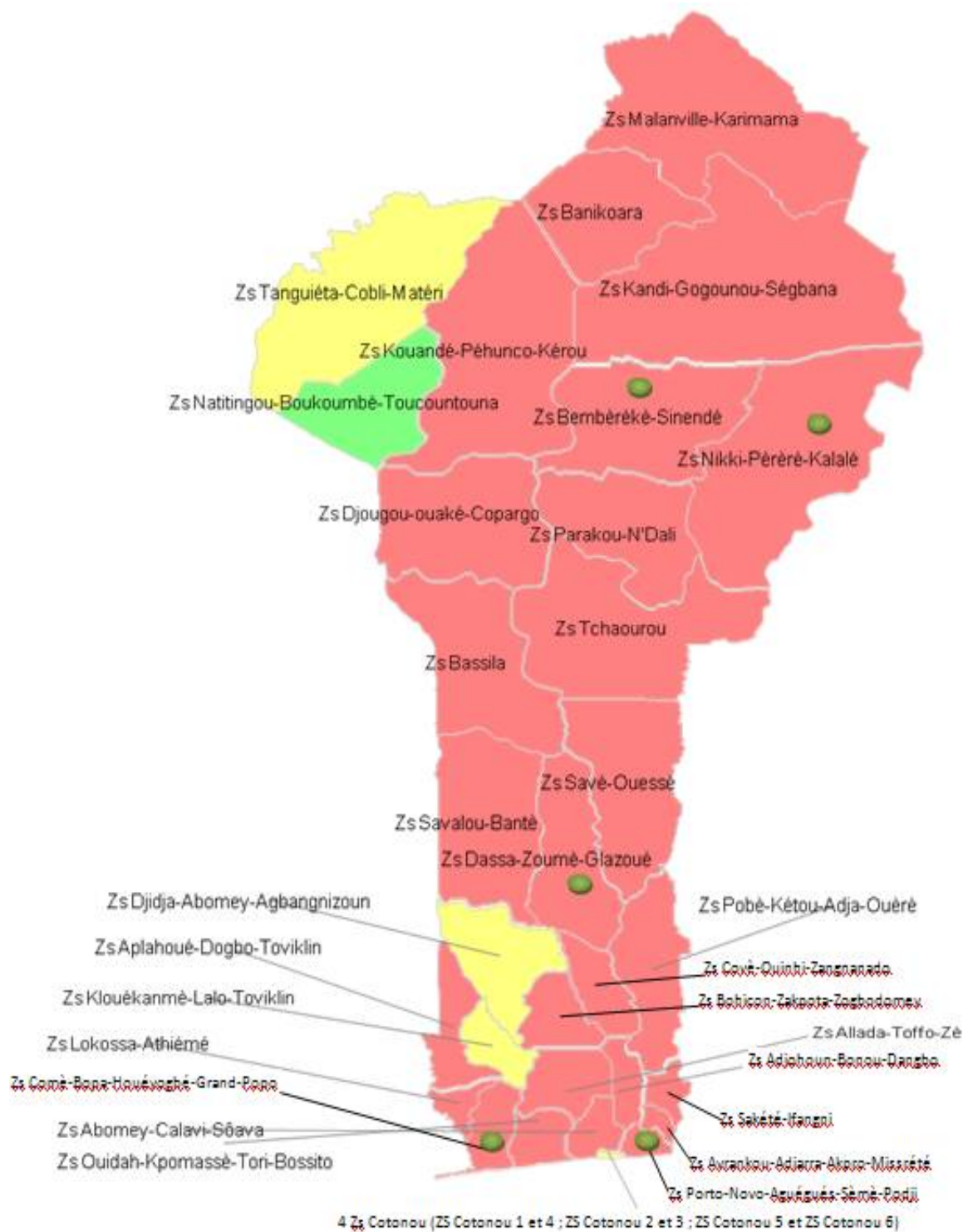
Les zones sanitaires retenues sont :

- ZS Comè/Grand-Popo/Houéyogbé et Dassa-Zoumè/Glazoué dans la classe « Population très pauvre, services plus ou moins à proximité (RMAT moyen) et une assez bonne fréquentation » ;
- ZS Nikki/Kalalé/Pèrèrè et Bembéréké/Sinendé dans la classe « Population pauvre, services éloignés (RMAT élevé) et une faible fréquentation » ;
- ZS Porto-Novo/Sèmè-Podji/Aguégué, dans la classe « Population riche, services à proximité (RMAT très faible) et une bonne fréquentation ».

La zone sanitaire de Porto-Novo/Sèmè-Podji/Aguégué abrite trois hôpitaux appliquant la gratuité à savoir : Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau (CHDO/P), l'hôpital El-Fateh et l'hôpital Bon Samaritain.

Au total, 7 hôpitaux ont été inclus dans l'étude à savoir l'hôpital de zone de Comè dans la ZS Comè/Grand-Popo/Houéyogbé (HZH), l'hôpital El-Fateh (HcC), l'hôpital Bon Samaritain (HcD) et 4 hôpitaux qui ont participé à une étude sur les audits cliniques appelée "Audit of Obstetrical Emergencies (AudObEm)" et qui disposent déjà de données sur les "*échappées belles*" avant et après l'introduction de la politique de gratuité de la césarienne. Il s'agit des hôpitaux de zone de : Dassa-Zoumè/Glazoué (HZE), Nikki/Kalalé/Pèrèrè (HZaA), Bembéréké/Sinendé (HZcF) et du CHD Ouémé/Plateau (CHDB) dans la ZS Porto-Novo/Sèmè-Podji/Aguégué.

La carte ci-dessous présente les ZS sites du projet identifiées par un petit cercle à l'intérieur.



Sites projet FEMHealth BENIN

Boule verte = sites du Projet FEMHealth

3.5 Durée du projet

Le projet a duré 36 mois, incluant la préparation, le développement des outils, l'adaptation et la validation des outils (2011), la collecte des données (2012), l'analyse et la diffusion des résultats (2013).

Durant toute la durée du projet, nous avons participé aux activités de la CdP et aux ateliers d'harmonisation et d'orientation de l'étude au niveau international.

3.6 Population d'étude

Le tableau suivant résume les **outils de recherche, leur objectif, leur approche et l'échantillonnage**

Tableau 2: Résumé des outils de recherche, leur objectif, leur approche et l'échantillonnage

Composantes	Objectif	Techniques/ Niveau	Cible/sources	Echantillon
Volet financement				
Coût	Estimer le coût de production des prestations suivantes par type d'hôpitaux: CPN, Accouchement, Césariennes, Complication et CPoN	Entretiens avec les prestataires et gestionnaires d'hôpitaux, remplissage d'un fichier Excel /Intermédiaire et périphérique	Responsables administratifs et financiers des hôpitaux sélectionnés Les registres et dossiers des femmes reçues ayant acceptées de participer à l'étude	L'échantillon ici est composé des sept hôpitaux (1 CHD de Ouémé-Plateau, 4 hôpitaux de zone et 2 hôpitaux confessionnels) et de deux centres de santé choisis au hasard en tenant compte de la répartition géographique (CSA Grand- Popo et Sinendé). Pour chacun de ces hôpitaux, un outil sous forme de fiche de dépouillement a été réalisé pour explorer les aspects de coût. Dans chaque hôpital, nous allons évaluer le cout de cinq services (des soins prénataux, des accouchements normaux, des accouchements compliqués, des césariennes, les soins postnataux) à partir de deux techniques : (i) entretien avec les acteurs des services de maternité, de pédiatrie et du bloc et (ii) le dépouillement de 30 dossiers choisis au hasard (en les prenant par pas de 5) par type de prestation et par hôpital en commençant par le plus récent jusqu'au nombre retenu. En ce qui concerne le centre de sante, 2 domaines de prestations seront investigués : la CPN, les accouchements et les CPoN . Au total 1290 dossiers ont été dépouillés.
FFT	Evaluer la manière dont les ressources ont été allouées et utilisées pour cette politique, et comment ils ont influencé le fonctionnement des établissements de santé	Extraction des données secondaires/National et intermédiaire	Acteurs clés du financement du secteur santé (MEF, MS, ONGs et Partenaires) Responsable administratif des structures L'équipe de gestion de l'ANGC Autres données secondaires nécessaires à l'étude	Collecte des données secondaires au niveau national, des six départements, des 5 zones contenant les établissements de santé ciblés et de sept hôpitaux par rapport au financement de la politique et au financement du secteur de la santé dans sa globalité.
Enquête motivation	Examiner les changements aux habitudes de travail du personnel de santé, leur motivation et les récompenses depuis l'introduction de la politique.	Remplissage de questionnaire /Intermédiaire et périphérique	Les prestataires de soins intervenant dans les structures sélectionnées	Les critères suivant ont été retenus : faible effectif = 1 à 8 (soit 1 à 4 = 100% et 4 à 8= 75%) et pour le grand effectif = 9 et plus (9 à 20 = 20% et 20 et plus =10%). Les personnes les plus impliquées dans la prestation des soins ont été interrogées dans les établissements visités. Le nombre total est 194 soit environ 17-36 personnel de santé par l'hôpital de zone ou assimilé et 39 pour le CHD. Dans le choix aléatoire par catégorie socioprofessionnelle les chefs de services ont été privilégiés. Les entretiens ont été réalisés en tenant compte de leur disponibilité.

Composantes	Objectif	Techniques/ Niveau	Cible/sources	Echantillon
Entretien de Sortie	Comprendre le fonctionnement actuel de la politique du point de vu des patientes et d'avoir une meilleure connaissance du coût auquel elles s'exposent	Remplissage de questionnaire avec les patientes/Intermédiaire et périphérique	Femmes enceintes, les accouchées normales et compliquées, les nouveaux nés sans ou avec complication, pris en charge dans chacun des ces sept hôpitaux	Les trois groupes qui nous intéressent ici sont les femmes qui ont eu des accouchements normaux, les femmes qui ont eu des complications pendant l'accouchement et les femmes qui ont eu des césariennes. Au total 669 femmes ont été interviewées et réparties ainsi qu'il suit : 294 femmes césarisées, 294 femmes qui ont eu un accouchement compliqué et 81 femmes ayant eu un accouchement normal. Une approche non-aléatoire a été utilisée pour interviewer les femmes à la sortie. Chaque femme a un numéro unique qui nous permet de lier son entretien avec les données médicales recueillies par le PA4.
Volet politique de santé				
Observation des réunions	Décrire l'ambiance et la dynamique au cours des réunions	Observation / National	Participants aux réunions/ ateliers	24 réunions hebdomadaires du personnel de l'ANGC 01 atelier de "Journées de réflexion conjointe du Conseil d'Administration et du Cabinet du Ministère de la Santé sur les trois années de fonctionnement de l'ANGC au Bénin"
Entretien avec informateurs clés	Etre informé de l'actualité de l'ANGC au fur et à mesure. Identifier de nouvelles pistes de recherche. Etre informé d'éventuelles réunions à observer.	Entretien approfondi/ National	Informateurs clés des ministères, de l'ANGC, PTF, Consultants Indépendants, Société Civile.	23 personnes ressources ont été sélectionnées suivant la méthode boule de neige. La porte d'entrée a été l'entretien réalisé avec le directeur de l'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). A la fin de cet entretien, le directeur a orienté l'enquêteur vers d'autres personnes ressources impliquées dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin. De la même manière, à la fin de chaque entretien, l'interviewé oriente l'enquêteur vers de nouveaux enquêtés jusqu'à l'atteinte de la saturation
Volet système de santé local				
Évaluation de la Mise en Œuvre de la Politique (EMEP)	1. Décrire le degré de mise en œuvre de la politique de gratuité de césarienne au niveau des zones sanitaires selon 3 dimensions: le paquet de services actuellement offert gratuitement, la proportion de structures de santé offrant les services	Entretiens semi-structurés, revue documentaire et extraction de données de routine/ ZS - Hôpitaux -	Cibles et sources combinées pour l'EMEP et la CEP : Entretiens semi-structurés avec des responsables du système local de santé au niveau intermédiaire et au niveau périphérique, des acteurs de l'administration des structures de santé impliquées dans la politique, des prestataires de soins, au niveau des	L'EMEP et la CEP ont été réalisés dans les 5 zones sanitaires de l'étude FEMHealth. Dans chaque zone, les cibles et les sources citées dans la colonne précédente ont été retenus par un échantillonnage raisonné. Au total 85 entretiens ont été réalisés dans les 5 zones sanitaires, Les données quantitatives ont été collectées pour les 5 zones sanitaires et pour les 7 hôpitaux impliquées dans la politique au niveau de ces zones.

Composantes	Objectif	Techniques/ Niveau	Cible/sources	Echantillon
Cartographie des Effets de la Politique (CEP)	gratuits et la couverture géographique de la politique	Département	hôpitaux pratiquant la politique et des prestataires au niveau des centres de santé ainsi que des représentants de la communauté au niveau de la ZS. Collecte quantitative (Extraction des données de routine, Grille d'observation, revue documentaire, collecte prospective) : - Registres et autres supports des collectes d'information de routine dans les hôpitaux - Personnel de la maternité et du bloc opératoire, fiches de stock en produits essentiels de la pharmacie et de la salle d'accouchement. - Fiches de stocks de la pharmacie, infrastructures et équipements des hôpitaux - Personnel de la maternité et du bloc opératoire, documents et supports d'information sur les réunions, les activités de supervisions, les documents décrivant la politique et les documents de procédure sur la politique. - Bases de données du bureau de zone sanitaire sur les données de routine collectées au niveau de la zone sanitaire.	
	2. Evaluer les effets positifs et négatifs de la politique de gratuité de la césarienne sur les services ciblés et non ciblés au niveau opérationnel dans les zones sanitaires			
Etudes de cas réalistes		Entretiens semi-structurés, revue documentaire et extraction de données de routine/ ZS Hôpitaux	Données de l'EMEP et de la CEP complétée par des entretiens informels ou semi-structurés avec les prestataires et ou les patients des services de la chirurgie, de la pédiatrie, de la médecine au niveau de 2 sites	Deux sites. Les sites retenus pour cette ER sont la ZS PAS et celle de NKP. Il s'agit d'un choix raisonné basé sur les conclusions contrastantes de l'analyse préliminaires des données de l'EMEP et de la CEP au niveau de ces deux sites.
Volet qualité des soins				
Instrument	Déterminer si la gratuité de la	Remplissage de	Dossiers médicaux et registres de	3367 patientes recrutées sur une période de, 6 mois (01 mars au 30 août 2012) dont 1782 césarienne, 653 near-

Composantes	Objectif	Techniques/ Niveau	Cible/sources	Echantillon
quantitatif sur les <i>near-miss</i> , les césariennes et la qualité des soins	césarienne a exercé l'effet attendu pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence de façon équitable et rapide au niveau (i) des ZS sites du projet FEMHealth et des hôpitaux de référence dans ces ZS, grâce à une étude transversale des admissions ; (ii) et au niveau national grâce à l'exploitation de données secondaires de type EDS et des résultats d'autres projets. Déterminer les effets attendus et inattendus de la politique de gratuité de la césarienne pour les femmes en état de « 'échappée belle' » et pour les autres femmes	fiche d'enquête/Intermédiaire et périphérique	femmes hospitalisées en maternité (accouchements normaux, <i>near-miss</i> , césariennes)	miss, 67 décès maternels, 220 accouchements gémellaires, 383 accouchements par siège, 68 accouchements par application de ventouse/ forceps, 225 near- miss néo- natal, 227 décès néo- natal, néo- natal, 412 mort- nés et 3285 d'autres admissions.
Volet expérience de la parturiente				
Observation de l'environnement hospitalier, des patientes, des nouveaux nés et des prestataires	Observer les soins donnés aux femmes au cours du travail d'accouchement dans les hôpitaux et après leur accouchement ; Observer les soins donnés aux nouveau-nés par le personnel dans les heures qui suivent immédiatement la naissance	Observation participante/ Intermédiaire et périphérique	Patientes/accompagnants, Nouveaux-nés, Prestataires Environnement hospitalier	Tous usagers des services de maternité du CHDOP et de l'HZ Nikki pendant un mois par des socio-anthropologues

Composantes	Objectif	Techniques/ Niveau	Cible/sources	Echantillon
Entretien avec AN, NM, Cs, accompagnants et prestataires	Identifier les barrières en plus de celles financières qui empêchent l'accès en temps opportun à des soins obstétricaux d'urgence	Entretiens approfondis formels et informels/ Intermédiaire et périphérique	Patientes, accompagnants, prestataires	<p>61 Patientes CHD B : 12 Cs, 5 NM, 4 AN Hc C: 6 Cs Hc D: 6 Cs HZ E : 6 Cs HZa A : 13 Cs, 4 NM, 5 AN</p> <p>Prestataires CHD B: Personnel ayant pris en charge le cas (Gynécologue, sage femme et aide soignante) HZa A : Personnel ayant pris en charge le cas (Médecin, gynécologue, sage femme et aide soignante)</p> <p>15 Accompagnants CHD B : Cs 3, NM 1, Hc C: Cs 2 Hc D : Cs 2 HZ E : Cs 1 HZa A : Cs 3, NM 2, AN 1</p>

3.7 La collecte de données

Elle s'est déroulée en deux phases :

La première, celle préparatoire, au cours de laquelle les responsables des PA ont procédé au recrutement, à la formation des enquêteurs et au pré test des différents outils de collecte de données en février – mars 2012.

La deuxième est celle de la collecte des données proprement dite. Ladite collecte a démarré en mars 2012 Au cours de cette phase, les données des différents PAs ont été collectées.

3.7.1 La collecte des données de PA2 quantitatif

- Flux financiers : Il a essentiellement consisté à la collecte des données secondaires et aux entretiens avec des personnes ressources identifiées par choix raisonné. Cette collecte s'est déroulée d'Avril à Mai 2012.
- La collecte des données sur le coût : Elle a duré deux mois et demi.
- A partir des registres, une liste des patientes par type de services a été réalisée par hôpital et nous a permis de sélectionner de façon aléatoire 30 dossiers pour chaque type de service et pour chaque établissement de santé. La collecte des données pour l'enquête de motivation du personnel et de l'entretien de sortie a été réalisée simultanément par quatre enquêteurs sociologues de niveau maîtrise.

3.7.2 La collecte qualitative PA2

Les données ont été collectées par un socio anthropologue qui a participé aux réunions hebdomadaires organisées par l'ANGC afin d'être informé des différentes activités de l'ANGC et d'identifier des réunions à observer. Il a fait des entretiens approfondis avec personnes ressources et a observé une réunion. Il a aussi collecté des données secondaires à partir des documents traitant de la gratuité des soins de santé maternelle obtenus auprès de certaines personnes ressources, dans certaines bibliothèques et sur le net.

3.7.3 La collecte des données du PA3

Pour le PA3, tous les entretiens ont été réalisés de Mars à Mai 2012, à raison de 5 à 21 jours par site, par un médecin de santé publique et une socio-anthropologue préalablement formés sur l'étude et sur les outils.

- Les personnes à interviewer ont été rencontrées et invitées à participer à cette étude avec une fiche d'information dont le niveau de langage est adapté au profil du participant selon qu'il s'agisse d'un prestataire de soin qualifié ou d'un cadre et selon qu'il s'agisse d'un représentant de la communauté.
- Un formulaire de consentement éclairé dont le niveau de langage est adapté au profil de chaque cible a été présenté et expliqué au début de l'entretien.

3.7.4 La collecte des données du PA4

➤ Pour le PA4 quantitatif,

Les Agents de Santé (AS) formés ont recensé de manière prospective et exhaustive, toutes les cibles de ce PA, du 1^{er} mars au 30 septembre 2012.

Toutes les fiches remplies ont été monitorées par le MMDC et au moins 10 fiches ont été supervisées à chaque visite par le superviseur de données.

➤ Pour le PA4 qualitatif,

- La collecte des données

Elle a concerné dans un 1^{er} temps 30 césarisées à raison de 6 par hôpital site. Ces entretiens ont été réalisés par les 5 socio anthropologues juniors de sexe féminin formées, ayant au moins 5 années d'expériences de terrain, parlant la langue des localités à sillonner et recrutées pour les entretiens de sortie du PA2 quantitatif.

Dans un 2^{ème} temps, un additif de 38 entretiens a été réalisé avec les near-miss, les accouchées normales et d'autres césarisées au CHD B et à l'HZa A par 2 socio anthropologues remplissant les mêmes conditions.

Elles établissaient avec les patientes césarisées, un processus relationnel de familiarisation en leur rendant visite dans leur salle d'hospitalisation pour mieux faire leur connaissance. Ce faisant elles opéraient un sondage subtil pour identifier celles qui allaient être libérées. A chaque césarisée, l'enquêtrice exposait les objectifs du travail à faire avec elle et lui présentait la fiche d'information et le formulaire de consentement éclairé. Lorsque la césarisée donne son accord à participer à l'étude et signe le formulaire de consentement éclairé, l'enquêtrice demandait un rendez-vous pour l'entretien à domicile et toutes les indications possibles pour la retrouver une fois sortie de l'hôpital. L'échantillon constitué a tenu compte de toutes les ethnies des usagers de chaque hôpital site et de leur milieu de vie.

Pour le personnel soignant, tout prestataire qui intervenait dans la prise en charge des patientes était cible d'observation participante, de jour comme de nuit.

- La triangulation des données

10 dossiers ont été sélectionnés. Elle a consisté en la compilation d'informations, pour la même patiente, à partir de trois sources différentes: l'observation de la prise en charge, l'entretien informel avec le personnel qui a pris la patiente en charge et l'entretien formel avec la patiente.

- Les observations participantes

Elles ont été faites pendant 5 jours ou nuits par semaine plus 2 gardes de nuit suivies de la rédaction des rapports. De petites visites de suivi des femmes ont été de même organisées selon le cas et le besoin.

- Contrôle de qualité des données

Toutes les enquêtrices ont bénéficié des appels téléphoniques et d'au moins deux supervisions dans chaque site pour corriger les éventuelles erreurs notées.

Un échantillon d'entretiens enregistrés a été à écouter tout en suivant la transcription et un feed back est fait à l'enquêtrice.

4 Considérations éthiques

4.1 Fiches d'information et de consentement éclairé

4.1.1 La fiche d'information

Elle a précisé les objectifs de la recherche, l'utilisation future des données et a mis l'accent sur la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment et sans conséquences. Ceci inclut l'assurance que la santé n'en sera pas affectée (au cas échéant) et que les informations resteront confidentielles. Elle a expliqué également de façon claire les objectifs de l'étude, les procédures et les risques sociaux, émotionnels ou physiques auxquels les participants pourraient être confrontés.

4.1.2 La fiche de consentement éclairé

Elle a été présentée à tous les répondants au moment du premier contact pour un entretien.

Pour les entretiens approfondis, la fiche d'information et le formulaire de consentement ont précisé aux participants la nature des questions qui peuvent surgir au cours des entrevues et la possibilité qui leur est donnée de s'abstenir de répondre aux questions s'ils le souhaitent. Ces différentes fiches ont été utilisées pour les patientes, les prestataires de soins et les décideurs politiques.

Après avoir lu la fiche d'information, seules les personnes qui ont accepté de participer à la recherche ont été invitées à prendre connaissance du formulaire de consentement éclairé et à le signer ou à y laisser leur empreinte digitale (en fonction de leur niveau d'instruction). Le consentement de la personne a été vérifié à chaque contact subséquent. Les interviewers ont fait en sorte que les conditions d'entretien soient appropriées.

4.2 Questions sur la sécurisation des données

Des procédures spécifiques ont été élaborées et mises en œuvre pour s'assurer que les données primaires recueillies soient protégées contre d'éventuels abus d'utilisation par des personnes extérieures au projet. L'accès aux données a été restreint aux chercheurs. Les noms ou toute autre information qui pourraient permettre d'identifier les participants n'ont pas été mentionnés sur les questionnaires et ont été remplacés par des numéros d'identification. Une page de garde comportant les coordonnées du participant a été remplie et retirée avant la transmission du questionnaire pour la saisie.

Pour les données quantitatives, le coordonnateur national et le responsable des bases de données sont les seuls à avoir une copie du dossier d'enregistrement des noms et des numéros d'identification des enquêtés. Pour les données qualitatives des identifiants ou des pseudonymes ont été utilisés. Dans les études de cas ou les citations illustratives, les informations permettant d'identifier un enquêté n'ont pas été mentionnées. Les enquêteurs et toutes les autres personnes qui ont eu accès aux données ont respecté la confidentialité.

4.3 Minimisation des risques et de l'inconfort des participants

Il n'y a pas eu de risques physiques associés à la recherche.

Les émotions liées aux traitements subis au cours du séjour hospitalier, à la perte de la patiente ou du nouveau-né ont été gérées par les enquêteurs et les responsables des PAs suivant le cas. Les entrevues ont été organisées et tenues au moment et au lieu convenant à l'enquête.

Étant donné que l'étude s'est focalisée sur les urgences obstétricales, les chercheurs du PA4 ont été témoins de situations où la vie des femmes était menacée (les 'échappé belle'), mais qui ont pu être normalisées par un traitement approprié. Pour certaines patientes indigentes, les chercheurs ont acheté des médicaments, des solutés, du sang et des dérivés sanguins, payé des frais de consultation pré-anesthésique, ont remboursé des kits pour les laparotomies (GEU et hystérectomie d'hémostase après une hémorragie de la délivrance dont la prise en charge n'est pas incluse dans la politique de gratuité), payé des ordonnances de traitements pour les nouveau-nés malades et parfois de la nourriture aux malades.

Au cours de la période de collecte les chercheurs du PA4, ont été informés de plusieurs plaintes des patientes relatives au traitement peu recommandé (perception de frais parallèles nécessitant la séquestration des fiches de naissance ou parfois même de placentas avec toute sa signification socio-culturelle) qu'elles subissent de la part des prestataires de soins. Plusieurs actions ont donc été menées pour limiter ces inconforts aux patientes :

- Organisation de réunions avec ces prestataires et dirigée par la responsable du PA4. Les prestataires ont reconnu en partie ces faits qu'ils expliquent par le paiement irrégulier des salaires aux agents payés par l'hôpital ; le manque de leadership au niveau de la maternité. Après différentes séances ils ont reconnu la gravité de leurs actes et ont promis améliorer leurs prestations.
- Rencontre entre le médecin chef de la maternité et la responsable du PA4 à cet effet.

Ce protocole de recherche a été approuvé au niveau international par les Commissions éthiques de l'Institut de Médecine Tropical en Belgique pour le PA3, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (pour le PA4) et de l'Université d'Aberdeen pour le PA2.

Au Bénin le protocole général de FEMHealth a été approuvé par le Comité National d'Éthique de la recherche en Santé et a fait l'objet de l'autorisation de recherche

N° N°0792/MS/DC/SGM/DFRS/SRAO/SA.

5 Assurance de la qualité des données et Limites.

Les outils de collecte de données ont été pré-testés avant leur application au niveau national et dans les 5 ZS sélectionnées.

Dans tous les hôpitaux sites FEMHealth, certaines informations devant être collectées dans le cadre de la recherche ne figuraient pas sur les dossiers, à cet effet une fiche d'informations complémentaires a été élaborée. Le personnel a été sensibilisé et motivé pour son remplissage et l'archivage de ces dossiers.

Des manuels d'enquêteur élaborés pour chaque volet ont servi de guide sur les règles, l'art de travail et la conduite à respecter.

Toute la collecte de données s'est faite sous la responsabilité scientifique des chercheurs en charge de chaque volet. Ces derniers ont assuré la supervision de tout le processus de collecte ainsi que la complétude et la qualité de toutes les données collectées aussi bien quantitatives que qualitatives. La

vérification préliminaire a été faite tout en étant sur le terrain afin de s'assurer que les anomalies et les erreurs soient corrigées le plus tôt possible.

Cet appui a permis aussi de répondre aux difficultés éventuelles de l'enquêteur en lui apportant des solutions appropriées pour le bon déroulement de la collecte.

D'autre part, un échantillon d'enregistrements a été réécouté au vu des transcriptions pour apprécier la fidélité. De même, une lecture d'un échantillon de transcriptions a été faite sur le terrain, au fur et à mesure, pour apprécier le contenu par rapport aux thèmes à couvrir et en faire le feed-back à l'enquêteur pour l'amélioration du travail.

Quant aux données quantitatives extraites des dossiers, registres, rapports annuels des hôpitaux et des ZS, un échantillon de fiches a été sélectionné pour vérifier la conformité des données recueillies sur les fiches à celles figurant dans les dossiers et les registres.

Pour les données du PA4, toutes les fiches remplies par les AS ont été vérifiées par un Médecin Moniteur de Données Clinique (MMDC) et une supervision de la collecte a été faite. Un minimum de 10 fiches a été sélectionné à chaque visite de supervision dans les hôpitaux pour vérification.

Pour les entretiens de sortie, quelques patientes qui ont attendu longtemps pour être reçues/traitées n'ont pas voulu passer plus de temps à participer à ce sondage économique. A ces patientes une explication a été donnée sur comment leur participation contribuera à l'amélioration des services (et à réduire les temps d'attente) dans le futur. Malgré les dispositions prises pour assurer les entretiens dans de bonnes conditions avec les patientes et les explications données, 10 de nos patientes ont refusé d'être interviewées. Les motifs de refus n'étaient pas liés à l'étude mais de type culturelles : *"Je ne peux faire attendre plus ma belle-mère, c'est mon beau-frère qui est venu nous chercher à moto, Tout le monde attend mon fils à la maison"*.

Quelques patientes ont eu des difficultés à renseigner les enquêteurs sur les données concernant les revenus / dépenses et les paiements pour les services. A cet effet les maris/ conjoints et ou accompagnants ont été associés après avis favorable de l'enquêtée pour compléter au besoin les réponses.

Pour limiter le biais d'interprétation (barrière linguistique), un effort a été fait en recrutant des enquêteurs parlant la langue du milieu (PA2).

Par ailleurs, un Comité de Pilotage composé de 13 membres, incluant des experts du Ministère de la Santé, des membres représentant des institutions internationales qui résident au Bénin, un représentant d'ONG, deux représentant de la communauté scientifique a été mis sur pied. L'objectif de ce comité a été de donner un point de vue externe sur l'avancement du projet et sur sa qualité, des conseils sur la méthodologie et la conduite de la recherche, ainsi que sur la diffusion des produits finaux. La communication a été principalement effectuée par courrier électronique, mais deux rencontres ont été organisées, la première au cours de la collecte de données et la seconde vers la fin du projet. Certaines données manquantes ont concerné pour le PA3 :

- Les ressources humaines : Il était prévu de collecter de manière rétrospective de 2005 à 2011, les données sur la disponibilité du personnel dans les hôpitaux d'étude. L'absence des registres systématiquement tenus sur l'ensemble des absences des divers acteurs nous a amené à abandonner cette collecte. De plus la collecte prospective que nous avons planifiée n'a en pratique concerné que le personnel paramédical (sages-femmes, infirmières et aides – soignants).
- Les statistiques hospitalières de routine : Cette collecte a été rendue pénible par plusieurs facteurs dont nous pouvons citer : l'absence de services de statistiques dans certaines structures, la mauvaise qualité du système d'archivage des données, l'indisponibilité des données pour certaines années, la diversité des vocabulaires et des variables de collecte d'information utilisées dans les différentes structures etc. Toutefois, en croisant les informations de plusieurs documents

(registres, rapports annuels, bases de données...) et en discutant les données avec les diverses personnes chargées d'effectuer les collectes de routine, nous avons pu limiter au maximum les données manquantes tout en veillant à avoir le meilleur niveau possible de qualité dans les données collectées.

- Le Pour le PA4, l'archivage des dossiers et les mouvements de transactions des dossiers entre les enquêteurs et les archivistes ont rendu très difficile la collecte, la perte des dossiers et de certains registres ont amené l'équipe de recherche à éliminer six fiches de césarienne pour lesquelles il y a eu beaucoup de données manquantes.

6 Les techniques d'analyse de données en générale

Toutes les données de terrain des trois volets ont été conservées et stockées dans un endroit sécurisé au bureau du CERRHUD. La sauvegarde adéquate des fichiers électroniques a été assurée par des systèmes de sauvegarde sécurisée sur les ordinateurs de bureaux et les disques durs externes. Les données électroniques sont protégées par un mot de passe. De même, tous les dossiers imprimés sont stockés dans des armoires fermées à clé.

Enfin, le fichier avec les codes et les identifiants a été conservé séparément des fichiers de données. Toutes les données ont été effacées des clés USB et des enregistreurs après leur transfert sur un ordinateur.

Les données quantitatives, une fois collectées ont fait l'objet d'une saisie double dans le Logiciel EPI DATA par deux agents de saisie formés à cet effet. Après cette double saisie, le gestionnaire de base de données a procédé à la validation. Les données ont été ensuite exportées selon le besoin dans STATA ou SPSS pour analyse.

L'analyse des données financières et de coût a été faite avec les logiciels EXCEL et STATA.

Les entretiens du volet anthropologique des PA2, PA3 et PA4 ont été enregistrés et transcrits verbatim. Pour les entretiens non enregistrés, des notes manuscrites ont été prises et ont fait l'objet d'un rapport transmis pour la saisie. Il en a été de même pour les notes d'observations.

Toutes les transcriptions des PA2 PA3 et PA4 ont été saisies en Word et transférées dans le Logiciel NVIVO pour la codification et l'analyse.

Pour l'analyse des données du PA3, la description et l'analyse de la phase d'adoption et de mise en œuvre ont été réalisées en commençant par un codage thématique basé sur une liste initiale de codes *a priori* issus du cadre conceptuel. Dans les cycles subséquents de codage, la description des effets réels de la politique sur les services ciblés et non ciblés a été élaborée.

Une triangulation a été faite en comparant les descriptions qualitatives et quantitatives de la mise en œuvre de la politique, son impact sur la prestation de services de santé (outputs) et son impact sur les ressources humaines.

La triangulation des conclusions de l'étude CEP a été réalisée en comparant les résultats de d'analyse descriptive à ceux des autres PAs.



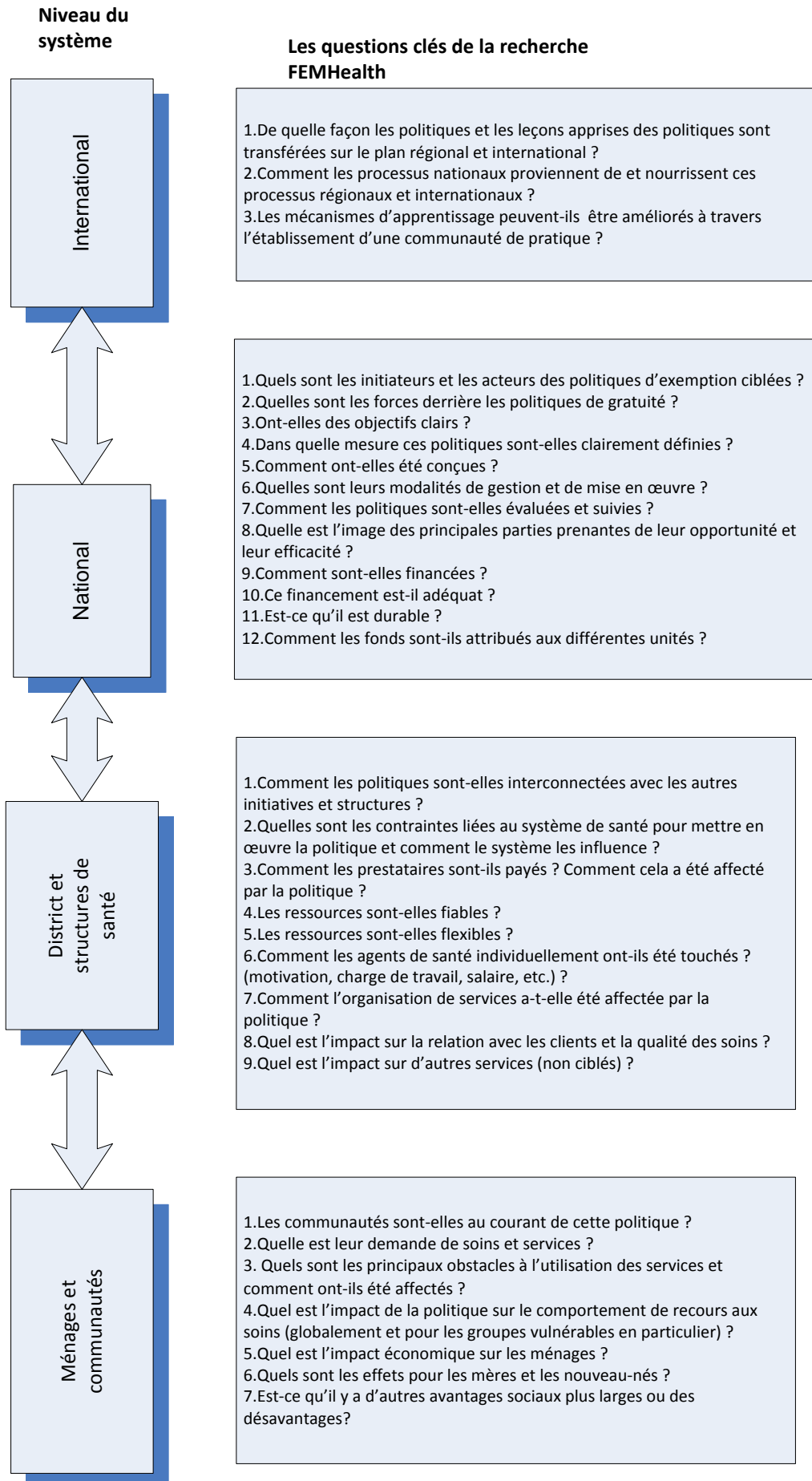
Atelier de restitution des résultats de l'étude dans un site FEMHealth

7 Résultats

Les résultats de cette étude ont été restitués aux hôpitaux sites du projet avant la finalisation du rapport objet de ce document.

Nous présentons nos résultats selon le canevas présenté dans la figure 1.

Figure 1: Canevas suivi pour la présentation des résultats



7.1 Niveau National

7.1.1 Processus de développement et description de la politique ; perception des acteurs

✓ **Processus de développement**

Il s'agit d'un processus de développement centralisé. Les entretiens ont révélé que les acteurs de la base de la pyramide sanitaire n'ont pas été impliqués dans la conception de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin.

Certains prestataires, des gestionnaires des structures hospitalières ou des acteurs de la coordination des zones sanitaires ont déclaré avoir participé à des rencontres relatives au développement de la politique comme l'atelier de Glo-djigbé (rapport atelier). Mais tel que rapporté dans la citation suivante, la marge de manœuvre qu'ils avaient pour influencer certains axes stratégiques importants comme le paquet de soins à offrir gratuitement était faible.

"Ma proposition, c'était qu'il fallait prendre en charge les urgences obstétricales. Au départ c'était la gratuité des urgences obstétricales, c'est-à-dire programmées ou non... Donc, nous dans notre entendement au départ c'était qu'il fallait prendre en charge les urgences obstétricales. Nous, on avait insisté là dessus au cours de l'atelier. Mais le gouvernement a choisi de faire les césariennes gratuites. Les choses sont claires donc, c'est centré sur les césariennes seules. Il n'y a pas GEU, il n'y a pas rupture utérine " **Gestionnaire d'un hôpital.**

La participation des représentants de la communauté à la conception de la politique était totalement absente. Au niveau périphérique donc, il s'agit d'une décision gouvernementale qu'il faut appliquer.

Au terme de ce processus de développement la politique peut être décrite comme suit :

✓ **Description de la politique**

Il s'agit d'une politique nationale d'exemption sélective de paiement des frais de césarienne. 44 hôpitaux aussi bien publics que privés ont été agréés pour offrir cette prestation gratuitement aux usagers. L'Etat dans une position de tiers payeur rembourse ensuite un montant forfaitaire de 100.000 FCFA par césarienne. La fréquence de remboursement relevée dans l'étude a varié selon les gestionnaires des hôpitaux de une fois par mois à une fois tous les 4 mois.

Le décret N° 2008-730 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin, précise en son article 2, les différentes rubriques que l'Etat rembourse aux structures agréées. Il s'agit :

- du transfert de la femme enceinte dans la zone sanitaire ;
- de la prise d'une veine avec soluté avant le transfert ;
- des frais de consultation ;
- de coût de l'acte opératoire ;
- du coût des médicaments et consommables médicaux ;
- des frais d'hospitalisation ;
- du contrôle post opératoire.

Officiellement cette politique a été lancée le 1^{er} avril 2009. Elle a effectivement démarré à cette date dans 5 hôpitaux publics ou offrant des services à caractères publics. Les 2 autres hôpitaux confessionnels ont démarré deux mois après.

La gestion de la politique est réalisée par une agence spécialement créée à ce propos qui dispose d'une autonomie de décision pour le remboursement des structures.

On peut constater que l'ANGC n'est ni décentralisée ni déconcentrée. En effet, selon l'organisation mise en place au niveau de l'ANGC, elle procède à une concertation mensuelle entre les travailleurs hospitaliers pour harmoniser les données statistiques à partir d'une liste mensuelle des bénéficiaires. Une lecture croisée de cette liste et des registres du bloc opératoire est faite. Ce n'est qu'après ce contrôle que l'ANGC procède au remboursement d'un forfait de cent mille (100 000) francs aux hôpitaux agréés sur la base des dossiers acceptés dans un délai de 01 à 04 mois.

Ce contrôle de conformité nécessite parfois la descente des agents de l'ANGC au niveau des hôpitaux.

Les ressources allouées aux départements ne peuvent donc être retracées qu'à travers les remboursements effectués par l'ANGC au réseau d'hôpitaux agréés par département.

D'autre part au Bénin, il y a juste eu pour lancer la politique une dotation de kit par centre. Et l'agrément a été progressivement donné aux centres hospitaliers de 2009 à 2010 (ANGC). Depuis ce sont les centres eux-mêmes qui constituent leurs kits.

✓ **Perceptions des principaux acteurs nationaux sur l'adéquation de la politique et de son efficacité**

Les acteurs nationaux perçoivent différemment l'adéquation de la politique de gratuité. Pour quelques acteurs, la gratuité de la césarienne devait être offerte aux couches vulnérables, celles qui sont capables de payer ne devaient pas être exemptées. Pour d'autres elle devrait être offerte à toutes femmes qui sont dans le besoin et peut être pérennisée, car selon ces derniers, la politique de gratuité est comme les programmes de la prise en charge de la tuberculose, la prise en charge de la lèpre mis en œuvre depuis plusieurs décennies qui se perpétuent encore.

Certains représentants des PTF enquêtés ont reconnu la pertinence de cette politique même s'ils ont déploré certaines lacunes. La plupart des enquêtés ont estimé que la politique de gratuité de la césarienne est totalement financée par le gouvernement béninois. Bien que certaines erreurs persistent, la politique de la gratuité est à encourager selon les propos de la plupart des enquêtés.

7.1.2 Flux financiers engagés

Les tableaux 3, 4 et 5 donnent l'évolution des flux financiers engagés dans la mise en œuvre de la politique de gratuité entre 2009 et 2011 par département.

Tableau 3: Dépenses totales et activités du programme pour l'année 2009

Départements	2009							
	A : Budget prévu pour la mise en œuvre de la politique (millions de CFA)	B : Nombre de césariennes attendues	C : Nombre de césariennes réalisées	D : Montant du remboursement attendu (millions de CFA) (C*100 000)	E : Dépenses fonctionnement / Administration (frais de gestion de l'Agence)	F : Montant du remboursement reçu par les prestataires (millions de CFA)	G : Ecart sur remboursement (D-F) en millions de francs CFA	H : Solde A (E+D) (millions de CFA)
Alibori /Borgou		3127	2259	225,9		225,9	0	
Atacora/Donga		2259	902	90,2		90,2	0	
Atlantique /Littoral		3683	5168	516,8		516,8	0	
Mono /Couffo		2221	892	89,2		89,2	0	
Zou /Collines		2857	1587	158,7		158,7	0	
Ouémé /Plateau		2852	1442	144,2		144,2	0	
Total	2 526	17 000	12 250	1 225	738	1 225	0	564

Source: analyse faite sur la base des données recueillies à l'ANGC et de l'annuaire statistique 2009

Tableau 4: Dépenses totales et activités du programme pour l'année 2010

Départements	2010							
	A : Budget prévu pour la mise en œuvre de la politique en millions de francs CFA	B : Nombre de césariennes attendues	C : Nombre de césariennes réalisées	D : Montant du remboursement attendu en millions de francs CFA (C*100 000)	E : Dépenses fonctionnement / Administration (frais de gestion de l'Agence)	F : Montant du remboursement reçu par les prestataires en millions de francs CFA	G : Ecart sur remboursement (D-F) en millions de francs CFA	H : Solde A-(E+D) en millions de francs CFA
Alibori /Borgou		3752	2930	293		293	0	
Atacora/Donga		2710	1472	147,2		147,2	0	
Atlantique /Littoral		4420	7785	778,5		778,5	0	
Mono /Couffo		2666	1468	146,8		146,8	0	
Zou /Collines		3429	2258	225,8		225,8	0	
Ouémé /Plateau		3423	2676	267,6		267,6	0	
Total	2 913	20 400	18 589	1 859	827	1 859	0	227,1

Source: analyse faite sur la base des données recueillies à l'ANGC et de l'annuaire statistique 2010

Tableau 5: Dépenses totales et activités du programme pour l'année 2011

Départements	2011							
	A : Budget prévu pour la mise en œuvre de la politique (millions de CFA)	B : Nombre de césariennes attendues	C : Nombre de césariennes réalisées	D : Montant du remboursement attendu en millions de francs CFA (C*100 000)	E : Dépenses fonctionnement / Administration (frais de gestion de l'Agence)	F : Montant du remboursement reçu par les prestataires en millions de francs CFA	G : Ecart sur remboursement (D-F) en millions de francs CFA	H : Solde A-(E+D) en millions de francs CFA
Alibori /Borgou		4503	3203	320,3		320,3	0	
Atacora/Donga		3253	1556	155,6		155,6	0	
Atlantique /Littoral		5304	9089	908,9		908,9	0	
Mono /Couffo		3199	1814	181,4		181,4	0	
Zou /Collines		4115	2359	235,9		235,9	0	
Ouémé /Plateau		4107	3053	305,3		305,3	0	
Total	2 516	24480	21074	2107,4	257	2107,4	0	151,6

Source: analyse faite sur la base des données recueillies à l'ANGC et de l'annuaire statistique 2011

Ces tableaux montrent la bonne marche de la mise en œuvre de la politique de gratuité au Bénin. En effet, un forfait de 100 000F CFA par césarienne est remboursé aux centres hospitaliers quel que soit leur niveau de référence et leur statut. D'autre part tous les remboursements dus aux prestataires de soins sont soldés chaque année.

Tableau 6: Situation des dépenses générales liées à la politique de la gratuité de la césarienne au Bénin de 2009 à 2011

RUBRIQUES	Montant		
	2009	2010	2011
Budget de la politique	2 531 340 000	2 912 951 773	2 515 995 119
Etats	2 526 340 000	2 912 951 773	2 515 995 119
Partenaires nationaux	5 000 000	-	-
Partenaires étrangers	-	-	-
Dépenses :	2 077 205 697	3 031 490 169	2 408 403 896
<i>Remboursements</i>	1 225 000 000	1 858 900 000	2 107 400 000
<i>Kits</i>	623 288 047	610 291 187	-
Dépenses de fonctionnement	114 458 825	281 149 491	150 501 948
Administration de la politique	37 259 303	97 648 752	87 991 470
Equipements	53 761 170	87 181 191	-
Transport	1 888 000	17 871 100	-
Formation			
Recrutement de personnel additionnel	21 550 352	78 448 448	62 510 478
Part des dépenses de fonctionnement (%)	6	10	7
Solde budgétaire à la fin d'année	454 134 303	-118 538 396	107 591 223

Sources : Extrait des états financiers de l'ANCG

Les kits à distribuer au début de la politique ont été acquis par la Direction de Santé de la Mère et de l'Enfant et une partie des kits à été réceptionnée en 2009 et l'autre en 2010. Ainsi en 2010 14000 kits ont été distribués dans les hôpitaux.

Les dépenses de transport ont juste permis de distribuer ces kits.

Il ressort de ces tableaux que jusqu'à présent, la politique de gratuité de la césarienne est essentiellement financée par l'Etat à travers le remboursement d'un forfait de 100,000 FCFA par césarienne quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire.

D'autre part, la part des dépenses de fonctionnement dans les dépenses de mise en œuvre de la politique a respectivement varié, allant de 6% en 2009 à 10% en 2010, puis à 7% en 2011.

La durabilité de la politique est assurée actuellement parce que l'état est le seul financeur et qu'il a été créé une ligne budgétaire spéciale « gratuité de la césarienne » dans le budget du ministère de la santé.

La part du budget du ministère de la santé allouée à la gratuité de la césarienne a été respectivement de 2009 à 2011 de **2,3% ; 3,5% et 3,6%**. Cette évolution est influencée à la fois par le taux de croissance de la population et les prévisions de césarienne.

7.2 Niveau Zone Sanitaire

7.2.1 Implémentation

✓ Mise en œuvre de la politique au niveau des ZS

Le tableau suivant compare les dates de démarrage effectives aux dates de démarrage officielles.

Tableau 7: Dates de démarrage effectives comparées aux dates de démarrage officielles de la politique de gratuité de la césarienne dans les 5 zones sanitaires du projet FEMHealth

Zones sanitaires	Hôpitaux	Date de démarrage officiel ¹	Date de la première césarienne gratuite ²	Commentaires
Porto-Novo-Aguégoué-Sèmè-Kpodji	CHD B	1 ^{er} Avril 2009	1 ^{er} Avril 2009	Sans délai
	Hc D	1 ^{er} Juin 2009	16 Mai 2009?	Le décret fixant la date de démarrage officielle a été élaboré après le démarrage non officiel dans la structure le 16 mai 2009.
	HcC	1 ^{er} Juin 2009	03 Juin 2009	Démarrage deux mois après le lancement officiel national, mais juste après le lancement officiel sur ce site.
Comè-Grand-Popo-Houéyogbé-Bopa	HZH	1 ^{er} Avril 2009	4 Avril 2009	Dans la première semaine après le démarrage officiel
Dassa-Zoumè-Glazoué	HZ E	1 ^{er} Avril 2009	3 Avril 2009	
Nikki-Kalalé-Pèrèrè	HZ aA	1 ^{er} Avril 2009	2 Avril 2009	
Bembèrèkè-Sinendé	HZ c F	1 ^{er} Avril 2009	2 Avril 2009	

Sur les sites d'étude, 5 sites sur 7 ont démarré la politique dans la première semaine après le lancement officiel de la politique.

✓ Démarrage avec méfiance et contrainte

En croisant les données de ce tableau issues des registres avec les entretiens, on note au démarrage de la politique une attitude de méfiance et d'hésitation plus importante dans les structures confessionnelles:

"Je pense qu'il y a une semaine à dix jours, je peux me tromper mais on n'a pas aussitôt appliqué c'est justement peut-être ça même qui a motivé la venue du DC³. Nous on a entendu à la radio on ne savait pas qu'elles étaient les modalités et qui était concerné puisque, en réalité il fallait aussi définir, les centres qui sont concernés dans cette histoire. Nous, c'est vrai on est un hôpital de zone, mais on est toujours un hôpital confessionnel privé, donc il y avait eu une hésitation à savoir. Mais on ne voyait pas dans notre zone quel autre centre pouvait offrir la gratuité, donc on a eu la confirmation que comme nous des structures comme des hôpitaux confessionnels sont concernés, au même titre que les hôpitaux publics, donc une fois qu'on a eu la confirmation il n'y avait plus d'hésitation" **Gestionnaire d'un hôpital confessionnel.**

¹ Date fixée sur l'arrêté ministériel N° 3048/MS/DC/SGM/DH/ANGC

² Date de réalisation de la première césarienne gratuite telle que notée dans les registres du bloc des structures

³ Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé

En effet, certains hôpitaux n'ont donc pas commencé tout de suite bien que leurs noms figurent sur la liste initiale des 44 hôpitaux annexés au décret portant institution de la gratuité. Les facteurs déterminants de leur motivation à démarrer la politique tel que mentionnés dans les entretiens sont :

- Le remboursement effectif sans trop de délai des autres structures ayant déjà démarré ;
- L'implication effective des structures de même statut (autres centres confessionnels à travers le réseau AMCES) ;
- La visite des acteurs du niveau central.

Par ailleurs on observe quelques fois des divergences entre les dates de démarrage notées dans les registres et les temps d'hésitation relativement plus longs retrouvés dans les entretiens. Il existe ainsi au niveau de certaines structures une période transitionnelle variable d'une structure à l'autre pour laquelle les usagers ont payés pour les césariennes (en raison de la méfiance des structures) mais ces mêmes césariennes seront plus tard remboursées aussi par l'Etat. :

Le verbatim ci-dessous illustre cette période transitionnelle.

"Donc les premières césariennes effectivement gratuites au niveau du centre où vous étiez en ce moment ont commencé à partir de mai ?" Interviewer

"Non, même à partir d'avril parce que quand nous avons eu les chèques, les césariennes qui avaient été faites en ce moment ont été prises en charge" Gestionnaire d'un hôpital

"Même si l'hôpital avait quand même eu déjà à percevoir les sous ?" Interviewer

"C'est possible, c'est possible, parce que bon, on ne savait pas, on ne savait pas ce que cela allait devenir, donc il fallait qu'on se protège." Gestionnaire d'un hôpital.

Par contre, malgré la méfiance, la période d'hésitation est quasiment absente dans les hôpitaux publics. En effet, l'information largement relayée sur les médias sur la gratuité de la césarienne imposait aux hôpitaux publics d'offrir les prestations gratuitement aux populations pour plusieurs motifs. Par exemple dans la citation suivante, ce gestionnaire évoque des craintes de sanctions de la hiérarchie :





... "la population aussi a été largement informée que la césarienne est rendue gratuite et c'est difficile pour quelqu'un de dire bon, maintenant moi je ne vais pas commencer parce que c'est une activité qui se fait pratiquement tous les jours. Donc une femme ne peut pas venir et tu vas lui dire bon on ne fait pas césarienne aujourd'hui. Elle en a besoin, elle est dans le cas. Tu es tenu de le faire. Et quand tu as fait tu ne peux pas non plus demander de l'argent à partir du moment où le DDS sait déjà que c'est gratuit, et si jamais on se plaint pour dire que tu as pris de l'argent, tu dois répondre de ça..." Gestionnaire, niveau intermédiaire.

✓ **Services offerts aux usagers**

Le tableau suivant présente par site d'étude les différents éléments offerts gratuitement ou non aux usagers selon les gestionnaires des hôpitaux et les prestataires de soins.

Tableau 8: Services rapportés comme offerts gratuitement aux bénéficiaires de la césarienne dans 7 hôpitaux FEMHealth du Bénin en 2012 : score de mise en œuvre institutionnel

Éléments de coût ⁴	CHDB	HcD	HcC	HZH	HZE	HZaA	HZcF	Hôpitaux où l'item est gratuit
Référence au sein de la structure								2/7
Prise d'une veine avant la référence								0/7
Consultation								2/7
Acte de césarienne								6/7
Médicaments								1/7
Consommables								2/7
Hospitalisation								5/7
Contrôle post-opératoire								6/7
Consultation pré anesthésique								5/7
Examens para cliniques pré opératoires								4/7
Transfusion sanguine								0/7
Acte d'anesthésie								6/7
Vitamine K1								7/7
Autres soins aux NN								1/7
Items gratuits sur le nombre total d'items	5/14	2/14	5/14	8/14	10/14	8/14	9/14	

 Non gratuit	 Partiellement gratuit	 Gratuit	 Soutenu par autre programme
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁴ Les 8 premiers items sont ceux qui sont listés dans le décret comme entrant dans la gratuité de la césarienne au Bénin. La Consultation pré anesthésique, les examens para cliniques, pré opératoires, la transfusion sanguine, l'acte d'anesthésie, l'administration de la Vitamine K1 et les autres soins au nouveau-né ne sont pas listés dans la politique.

L'analyse de ce tableau montre :

- Une diversité dans le paquet de soins adopté par site ;
- Une tendance à la réduction du contenu du paquet. On observe par exemple que le transfert du centre de santé périphérique vers la structure réalisant l'acte, la prise d'une voie veineuse avant le transfert, la consultation à l'admission ne sont pas offerts gratuitement aux usagers bénéficiant d'une césarienne gratuite. Les médicaments et consommables sont aussi partiellement restés à la charge des usagers sur tous les sites.
- Une désagrégation de certains actes préexistants ou créés sur certains sites ont conduit à la persistance de certains frais à la charge des usagers. Ainsi par exemple, la consultation pré anesthésique, l'acte d'anesthésie, les bilans para cliniques, la transfusion sanguine, sont restés totalement ou partiellement à la charge des usagers sur certains sites.
- L'acte de césarienne est presque partout unanimement gratuit sauf sur un site qui perçoit systématiquement un montant complémentaire de 20.000 FCFA (30 €).

✓ **Le coût encore à la charge de la patiente**

Partant des données recueillies au cours des entretiens de sorties réalisés avec 663 femmes dont 473 césarisées, dans le cadre du projet FEMHealth au Bénin, un score de mise en œuvre parturiente de la politique de gratuité de la césarienne a été élaborée. Il vise à classer les 7 hôpitaux échantillonnés pratiquant la politique, en fonction des coûts encore supportés par les ménages des femmes césarisées en dépit de la gratuité. A cet effet seuls les items⁵ ou services offerts gratuitement et concordant avec ceux listés dans le décret portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin ont été pris en compte. Il s'agit:

- ✓ de l'enregistrement (frais de dossier / carnet)
- ✓ des frais de référence (transport d'un centre de santé vers l'hôpital)
- ✓ des analyses de laboratoire / radio / échographie
- ✓ des médicaments et consommables médicaux entrant dans le cadre de la politique⁶
- ✓ des frais de consultation
- ✓ des frais de chirurgie / intervention
- ✓ des frais d'hospitalisation

⁵ voir question Q44 (A à K) du questionnaire « Entretien de Sortie »

⁶ achetés à la pharmacie de l'hôpital ou en dehors de l'établissement de santé (officine privée).

Les tableaux ci-dessous donnent la répartition du score de coût à la charge des patientes/ famille par hôpital selon deux approches :

Tableau 9: Classification des hôpitaux selon le coût médian à la charge des patientes/ familles

HOPITAUX	Min	Médiane	Max	Rang
CHDB	0	5700	35895	3
HcD	25400	27150	75900	7
HcC	0	9630	20400	6
HZH	1950	7630	14780	4
HZE	100	3500	30000	2
HZcF	0	0	18000	1
HZaA	2700	7750	22500	5
Total	0	5735	75900	-

Tableau 10: Classification des hôpitaux selon le rang moyen de Kruskal-Wallis

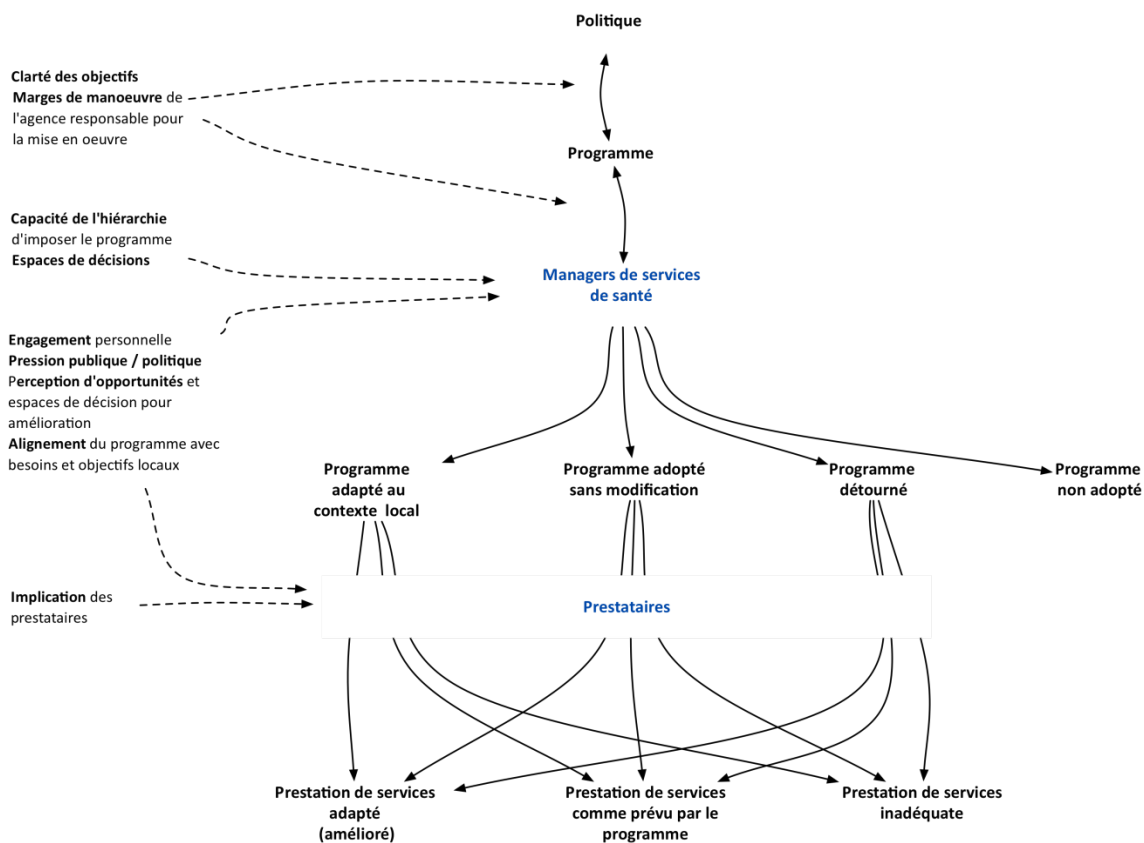
HOPITAUX	Rang moyen	Rang
CHD B	217,99	3
HcD	446,05	7
HcC	268,53	4
HZH	275,00	4
HZE	170,9	2
HZcF	81,13	1
HZaA	278,14	4

Selon le test de comparaison de Kruskal-Wallis, Il existe globalement des différences significatives entre hôpitaux, des dépenses encore à la charge des césariées malgré la gratuité ($p < 0,001$). Cependant les comparaisons multiples ont été non significatives entre les hôpitaux HZaA, HZH et HcC. Ces trois hôpitaux ont appliqué la politique de gratuité de la césarienne de la même façon. C'est l'HZcF qui a appliqué le mieux la politique, suivi de l'HZE, puis du CHDB ; tandis que l'HcD occupe la dernière place.

- ✓ **Les facteurs qui expliquent une meilleure ou mauvaise mise en œuvre dans les différents districts**

La recherche des facteurs expliquant cette adoption variable de la politique s'est basée sur la théorie de moyenne portée:

Figure 2: La théorie de moyenne portée initiale



- La politique :

La conception de la politique représentée par le décret portant institution de la gratuité de la césarienne a tenu compte d'un souci de clarté en restreignant clairement l'objet à la césarienne et en précisant les diverses rubriques de coût prises en compte par la politique.

Toutefois, les objectifs de cette politique, et son positionnement dans la stratégie nationale de la réduction de la mortalité maternelle n'apparaissent dans aucun des documents officiels en rapport avec la formulation de la politique (divers décrets et documents de politique de l'agence nationale gestion de la gratuité de la césarienne). Aussi, dans le contexte du Bénin où l'utilisation des services est déjà élevée, aucune étude préliminaire, n'a démontré l'importance de la barrière financière liée à l'acte de césarienne. Par ailleurs, la prise en compte de l'étude de faisabilité réalisée avant le début de la politique s'est fait à minima sans tenir réellement compte des recommandations et des suggestions faites par des acteurs.

- Le Programme :

Plusieurs décrets définissent clairement l'agence, ses attributions et son fonctionnement. Son autonomie de décision pour le remboursement couplé à sa capacité à effectuer des supervisions sur le terrain sur la base de procédures financières clairement définies vulgarisées et corrigées au fur et à mesure de manière itérative joue un rôle dans le bon fonctionnement de l'axe du remboursement qui se fait sans délai et de manière assez directe. Ceci est illustré par la citation suivante :

*"Un mois (délai avant le premier remboursement), c'est le jour de la première visite de l'équipe de vérification ... Et le chèque a été libéré séance tenante. A la fin de la réunion, le chèque a été libéré. On était, je crois, à une vingtaine de césariennes. Et ça s'est fait en mai, je crois, mai 2009. L'équipe était de passage." **Médecin Chef, hôpital publique***

Cette célérité relative dans le processus de remboursement les encourage à adhérer à la politique tel que rapporté ci-dessous :

*"L'autre élément ... qui a facilité le bon déroulement de ladite politique, c'est le remboursement dans un délai relativement court des factures de prise en charge." **Gestionnaire, hôpital publique***

Par contre, l'agence reste confinée à une fonction de tiers-payeur fortement centralisé qui contourne toute la pyramide intermédiaire pour interagir directement avec les structures appliquant la politique.

Ses objectifs de supervision ne s'intéressent pas d'une manière globale à la mise en œuvre effective de la politique et à son efficacité stratégiquement orientée vers la mortalité maternelle. Elle ne s'intéresse qu'au nombre de césariennes réellement effectuées. De manière sporadique, elle contrôle les prescriptions parallèles. Aucun document n'établit une base commune référentielle entre l'agence et les structures en rapport avec l'objectif stratégique de la politique dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. De même aucun document ne définit clairement ce que chaque hôpital dans son contexte doit prendre en compte ou pas en terme d'indication ou de prestations, pas de référentiel en terme de qualité des prestations données ou de l'adéquation de ces prestations avec les besoins réels des patients etc...). Le décret vulgarisé de manière insuffisante n'est utilisé comme référentiel pour les discussions entre l'agence et les structures puisque l'élimination systématique du transfert et de la prise d'une veine avant la référence ne sont jamais évoqués par l'agence qui effectue le remboursement.

Cette situation d'incertitude offre aux hôpitaux des marges de manœuvre diversement exploitées. L'ANGC de manière informelle (sans laisser de document écrit formellement signé la plus part du temps) adapte de manière variable par site l'interprétation de certains aspects de la politique dans le souci premier de maintenir les structures dans le groupe des hôpitaux pratiquant la politique quitte parfois à mettre à la charge des usagers davantage de frais.

Par ailleurs la présence dans le comité d'administration d'une personnalité importante d'une structure du niveau national où un montant supplémentaire de 50 000 Fr CFA est systématiquement perçu affaiblit quelque peu la capacité de l'équipe de supervision à argumenter que le forfait est susceptible de couvrir tous les frais. Les solutions proposées par cette équipe face aux difficultés rencontrées dans l'adoption de la politique ont tendance donc à restreindre le paquet de soins/ services à défaut de percevoir des montants systématiques supplémentaires.

- **Les managers des structures de santé**

La participation des gestionnaires des structures de santé au développement de la politique est faible. Pour les personnes travaillant au niveau périphérique et qui ont été quelque peu impliquées, les propositions clés faites n'ont pas été prises en compte.

Les structures publiques se sont retrouvées obligés d'adopter la politique. En effet, la large médiatisation effectuée les confrontait aux malades (qui réclamaient l'application de ce qui était médiatisé) et les obligeaient à démarrer la politique. Toutefois malgré la méfiance et le doute au démarrage, ces managers percevaient la politique comme une opportunité qui était vraiment la bienvenue pour soutenir une partie

des finances des hôpitaux (sécurisation de la filière de recouvrement des césariennes) et soulager les malades (limitation des coûts catastrophiques).

Les structures privées percevaient aussi ces avantages hypothétiques et étaient plus méfiantes. Leur indépendance relative vis-à-vis des autorités publiques les amènera à prendre plus de temps et négocier davantage leur adhésion par exemple en imposant un forfait systématique supplémentaire.

Une fois la politique démarrée, l'absence quasi-totale de référentielle en termes de paquet à offrir (entre l'agence, les structures et les malades), la faible attention accordée au paquet de soins en entier par les supervisions de l'agence, l'absence d'un pouvoir régulateur communautaire organisé et informé, offre plusieurs marges aux structures. Chacune d'elle adopte donc diversement la politique en fonction des schémas organisationnels préexistants (sans aucune contrainte et donc aucune tentative pour les changer) ou au profit des intérêts de la structure qu'elle soit publique, privée, professionnelle ou associative.

Au démarrage de la politique, les kits de césarienne pré-positionnés ont encouragé les structures à commencer quoique la plupart pensait que cette dotation est supplémentaire au forfait de 100.000 FCFA. Plus tard, à l'arrêt de cette dotation, la plupart des structures vont réagir par une restriction du paquet de soins offert gratuitement et une augmentation des frais à la charge des malades.

- **Les prestataires**

Leur implication dans le développement de la politique est quasiment absente. Au niveau local, la politique leur a été imposée (sur la plupart des sites) sous la forme de nouveaux kits ou de nouveaux produits et consommables qu'ils doivent désormais utiliser pour les césariennes.

Quoique perçue comme une opportunité potentielle de réduire les délais de traitement, de bannir les rétentions des accouchées récentes et des nouveau-nés dans les hôpitaux dans des conditions très peu favorables (hangars et paillottes) pour défaut de paiement des frais de soins et de diminuer le stress des prestataires face aux cas graves ; les prestataires pour la plupart ont perçu une certaine réduction de leurs marges de manœuvre en cas de césarienne. En effet, le kit impose implicitement des procédures d'anesthésie locorégionale, une antibiothérapie limitée à l'amoxicilline, la gentamicine, le métronidazole et une analgésie post-opératoire minimaliste. Toutes les prescriptions qui sortent du kit (ce qui arrive souvent et qui se justifie parfois) sont à la charge du malade.

Dans les sites où les kits ont été reversés dans un stock central d'où le strict nécessaire est sorti pour offrir la prestation au malade, le sentiment de limitation est moins important, avec toutefois une logique d'offre minimaliste avec des frais supplémentaires plus ou moins systématiques à la charge des malades.

Cette possibilité qui existe essentiellement dans les hôpitaux avec les kits, de négocier avec les malades des médicaments ou des frais supplémentaires non prises en compte dans la gratuité sans l'existence d'un document de référence commun partagé par les managers, les prestataires et les malades, va laisser libre cours à diverses formes de spéculation officieuses habituellement au désavantage du malade. Cette relation directe entre les prestataires et les malades avec des négociations sans référentiel procure une incertitude majeure et une incapacité de planifier plus ou moins les frais supplémentaires à dépenser (ce qui est juste ou non ; ce qui est normal ou qui doit être dénoncé) est inconnu du malade.

Dans les structures où le système managérial offre une moindre marge de manœuvre aux prestataires (ce modèle est le moins fréquent sur nos sites d'étude), ce type d'incertitude est moindre. Les managers

décrivent un cadre officiel local qui s'impose à tous. Quoique le malade ne soit pas spécialement informé à ce propos il bénéficie d'un cadre global relativement plus protecteur.

Les supervisions du conseil d'administration de l'agence s'intéressent fortement aux prescriptions faites et qui sont à la charge des usagers en dehors du kit. Il s'agit d'une approche de contrôle verticale, confrontante (les usagers sont directement interrogés, leurs ordonnances sont recueillies et des commentaires relatives au caractère justifié ou non de ces prestations sont directement partagés avec les usagers). Cette approche renforce les usagers présents sur le site au moment de la supervision et réduit davantage les marges de manœuvre des prestataires. Mais en l'absence de documents écrits et en raison du flux des usagers, l'efficacité de cette approche pour réduire les coûts à la charge des usagers est faible.

En somme il demeure une proportion non négligeable de frais qui devraient être couverts par la politique telle que définie dans le décret instituant la gratuité mais qui restent encore à la charge des usagers en cas de césarienne, tel qu'illustré par le score de mise en œuvre parturiente (Voir tableaux 9 et 10).

- ***Inputs***

Quel effet la politique a-t-elle eu sur la disponibilité des ressources dans le système de santé (médicaments, personnel, etc)?

Le tableau suivant présente les scores de disponibilité des ressources pour la réalisation des fonctions SONUC (services SONUC, ressources humaines, matériels et médicaments) tels qu'observés en 2012. Nous ne pouvons dire que les observations résumées dans ce tableau sont des effets de la politique, mais elles rendent compte des conditions dans lesquelles la politique est appliquée au moment de l'étude.

Tableau 11: Scores de disponibilité des services SONUC, ressources humaines, matériels et médicaments tels qu'observés en 2012

	HZH	HZE	HZaA	HZcF	CHDB	HCC	HC D
SCORE TOTAL DE DISPONIBILITE DES SERVICES SONUC⁷ maximum possible = 17	13,0	14,0	13,0	16,0	13,0	13,0	13,0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE DESRESSOURCES HUMAINES⁸ maximum possible = 16	14,0	15,0	14,0	16,0	15,0	16,0	15,0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE MATERIELS et MEDICAMENTS⁹ maximum possible = 33	9,3	8,2	14,4	16,0	8,8	7,2	8,8
Pondération : / 1,94							
SCORE TOTAL DE DISPONIBILITE THEORIQUE maximum possible = 50	36,3	37,2	41,4	48,0	36,8	36,2	36,8
PONDERATION							
Perte de points par fermeture du bloc	1,2	0,0	0,0	3,2	0,0	0,8	0,0
Perte de points par rupture de stock	13,2	3,3	0,1	20,4	8,2	8,1	3,0
Score après soustraction des points perdus	21,9	34,0	41,3	24,4	28,6	27,3	33,7

Le tableau illustre une grande variabilité suivant les sites de la disponibilité des divers intrants nécessaires à la mise en œuvre de la politique. Quoique dans l'ensemble cette disponibilité est assez mauvaise, celle des médicaments et des consommables constitue le maillon le plus vulnérable de l'ensemble des éléments mentionnés dans ce tableau.

- **Les changements introduits par le kit « trop généreux et trop sélectif »**

Au démarrage de la politique, l'Etat béninois à travers le MS a distribué dans tous les centres agréés pour pratiquer la GC une importante quantité de médicaments et consommables médicaux sous forme de kits. Ces kits renfermaient beaucoup plus certains intrants au détriment d'autres. La gestion des intrants en surplus était problématique. Ces surplus alimentaient par exemple des réseaux de ventes parallèles de médicaments dans certains hôpitaux.

Les gestionnaires d'hôpitaux ont procédé à une restriction du contenu du kit offrant un kit minimaliste. Cette situation est illustrée dans la citation suivante :

“...C'est en cela qu'on a dit au pharmacien comment se fait-il que ce qui est destiné à la césarienne, on retrouve ça au marché de la ville. Nous avons des preuves. Suite à ça il a réduit complètement pour voir la réaction et là ils ont vraiment réagi puisque celui qui trouvait à vendre n'avait plus la possibilité de trouver... Mais l'administration a fait la sourde oreille par rapport à ça puisque nous on avait des

⁷ Le score de disponibilité des services SONUC prend en compte la possibilité technique d'effectuer une administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques ou d'anticonvulsivants, d'effectuer une délivrance artificielle du placenta ou une évacuation du contenu utérin par AMIU ou dilatation & curetage, un accouchement instrumental ou une césarienne, d'effectuer une transfusion sanguine, un monitoring approprié du travail d'accouchement (Partographe, monitoring électronique des bruits du cœur fœtal, possibilité de mesurer le Ph au scalp fœtal et d'effectuer une échographie pendant le travail) et enfin la possibilité d'effectuer des soins au nouveau-né normal et d'effectuer une réanimation du nouveau-né au masque.

⁸ Le score de disponibilité des ressources humaines apprécie, le nombre d'accouchements ou de césariennes par personnel capable d'effectuer un accouchement ou une césarienne comparativement aux normes de l'OMS. Elle apprécie aussi dans quelle mesure l'organisation et le planning du personnel assure la disponibilité dans l'hôpital du personnel indispensable à la réalisation des césariennes les soirs en semaine, les week-ends et jours fériés.

⁹ Le score de disponibilité des matériels et médicaments apprécie la disponibilité dans un lieu accessible en cas d'urgence des médicaments et matériels indispensables pour réaliser les services SONUC. Il prend en compte l'existence d'une banque de sang, de la disponibilité de l'ampicilline, de l'ocytocine conservé de manière appropriée, du sulfate de magnésium, du diazépam, des produits anesthésiques (Halothane, Propofol, Kétamine, Marcaïne), des solutés, des gants, des cathéters, des fils de suture, des sondes et l'ensemble ballon + masque pour la réanimation du nouveau-né. Il prend aussi en compte l'existence d'un nombre suffisant de boîtes d'instruments pour les accouchements et les césariennes (au moins 1 boîte / acte/ jour).

informations pour démontrer qu'il avait trop de surplus et ils les utilisaient à des fins personnelles... Pour le ministère c'était bien fourni, pour nous, nous nous sommes limités au strict minimum..." **Gestionnaire d'hôpital.**

Par ailleurs le contenu du kit réduisait les marges de libertés des prestataires et leur imposait des choix thérapeutiques précis. Ainsi par exemple, le kit imposait la rachianesthésie. Lorsque l'indication de la césarienne ne permet pas ce type d'anesthésie, les intrants nécessaires au type d'anesthésie appropriée sont prescrits et pris en charge par la patiente.

- **Une compétition avec les autres services dans la distribution des consommables**

Les ressources de la GC étant des ressources sûres et sécurisées, les gestionnaires d'hôpitaux priorisent l'offre des soins à la maternité par rapport aux autres services, de sorte à limiter au maximum les ruptures de cette offre. Ainsi des stocks de médicaments sont faits et réservés pour la maternité. En cas de rupture de stock imminente, la fourniture des intrants est priorisée pour la maternité au détriment des autres services.

- **Le renforcement sélectif de la capacité à fournir l'offre de césarienne**

Dans l'optique d'une augmentation de la charge de travail induite par la politique, plusieurs hôpitaux ont procédé à des recrutements ou à des redéploiements de personnel (anesthésistes, gynécologues, sage-femme, infirmières) ou en attribuant la responsabilité du service de maternité à un seul médecin de manière exclusive ce qui n'était pas le cas. Ces dispositions visaient à améliorer la disponibilité, la permanence, la quantité et/ou la qualité de l'offre. Cette situation est illustrée par la citation suivante :

"Donc, on a recruté deux gynécologues pour l'accompagner et ces gynécologues sont payés sur fonds propre de l'Hôpital. ... Donc 7j/7j il y a toujours une présence médicale pour les césariennes... Oui, en 2011, on a recruté trois sages-femmes parce qu'il faut avouer que le besoin était là. Et le personnel qui était là ne pouvait plus faire face aux charges de travaux..." **Gestionnaire d'hôpital.**

- **Dispositions pour renforcer la chaîne d'information**

Le SIS pour les césariennes au niveau des hôpitaux, a connu une amélioration sélective après le démarrage de la politique. Les différents registres, protocoles et autres fiches concernant la césarienne sont désormais mieux documentés. Les remboursements étant basés sur les informations de ces documents, tout le personnel a contribué à cette amélioration. Certains personnels ont été spécialement identifiés et formés pour renforcer spécifiquement le système d'information de la maternité et plus spécifiquement pour la gratuité de la césarienne. Mais pas plus. Cette amélioration est restée limitée à la documentation de la césarienne. La citation suivante illustre ce point :

"C'est bien organisé par l'agence qui a mis à notre disposition des fiches à remplir pour chaque césarisée et à la fin du mois on fait le récapitulatif et on annexe la fiche individuelle de chaque femme césarisée. ... l'agence qui par moment descend sur le terrain avant de nous donner les chèques, avant de nous payer descend sur le terrain, pour vérifier la conformité de nos déclarations directement avec les registres du bloc opératoire et les registres de maternité. Pour ça il y a une sage-femme, la maîtresse sage-femme est responsabilisée pour ça et j'ai dégagé un agent comptable qui s'occupe rien que de ça, bien sûr cumulativement à une autre activité qu'il mène.... Il est en même temps magasinier de l'hôpital et c'est lui qui était à la facturation" **Gestionnaire d'hôpital.**

- **Est-ce que les établissements ont bénéficié ou souffert financièrement?**

Le tableau suivant compare le coût moyen de production de la césarienne au forfait de 100.000 FCFA sur chacun des sites de l'étude.

Le coût moyen de production de la césarienne est calculé à partir des éléments ci après : les médicaments, les fournitures consommées, le coût de la main d'œuvre et les frais généraux.

Tableau 12: Comparaison par hôpital du coût moyen de production de la césarienne avant le début de la politique, au forfait de 100.000 FCFA

Hôpitaux	Coût moyen de production	Forfait	p (au seuil de 1%)	Interprétation
CHD B	43179,8	100 000,0	p<0,001	<ul style="list-style-type: none"> - Le coût moyen de production de la césarienne est significativement inférieur au forfait au seuil de 1% dans tous les hôpitaux investigués. - A l'HcC le coût moyen de production est plus élevé comparativement à certains hôpitaux où les frais généraux ont été sous estimés du fait que le coût exact du bâtiment n'est pas connu.
HcC	73490,2	100 000,0	p<0,001	
HcD	25534,6	100 000,0	p<0,001	
HZ Public	38797,1	100 000,0	p<0,001	
HZa A	56 016,5	100 000,0	p<0,001	
HZc F	33776,3	100 000,0	p<0,001	

Le tableau suivant compare le coût moyen de production au tarif minimum appliqué avant le début de la gratuité.

Tableau 13: Comparaison du coût moyen de production de la césarienne au tarif minimum appliqué avant le début de la gratuité

Hôpitaux	Coût moyen de production	Tarif minimum avant gratuité	p (au seuil de 1%)	Interprétation
CHD B	43179,8	97140	p<0,001	Le coût moyen de production de la césarienne dans les hôpitaux investigués est significativement inférieur au tarif minimum en vigueur avant la gratuité au seuil de 1% ; sauf à l'HZa A où ce coût moyen ne diffère pas significativement du tarif avant la gratuité.
HcC	73490,2	115985	p<0,001	
HcD	25534,6	92100	p<0,001	
HZ Public	38797,1	73680	p<0,001	
HZa A	56 016,5	56500	p=0,768	
HZc F	33776,3	80460	p<0,001	

Les tableaux 12 et 13 ci-dessus montrent clairement que quel que soit l'hôpital ciblé dans le cadre de cette étude, le coût moyen de prise en charge de la césarienne avant la politique est significativement inférieur au forfait de 100 000 FCFA. Même si ces hôpitaux sont des niveaux intermédiaires et périphériques. Les premiers gagnants de cette politique sont les hôpitaux publics des niveaux intermédiaires et périphériques qui prestaient les césariennes entre 40 000F CFA et 80 000F CFA avant la mise en œuvre de la politique de gratuité et dont la plupart du personnel est payé par l'Etat.

Les gestionnaires d'hôpitaux perçoivent différemment le montant remboursé (100.000) pour la GC. Pour certains, ce montant est largement suffisant car représente pratiquement le double du tarif appliqué pour la césarienne avant l'avènement de la GC. Le surplus étant donc utilisé soit pour payer des salaires

supplémentaires aux prestataires, soit pour acquérir de nouveaux équipements pour l'hôpital et spécialement pour l'offre permanente de la césarienne.

"Bien sûr, parce qu'il faut quand même dire qu'on a profité, parce que comme je le disais, on le faisait à 52 500 ; alors 52 500 maintenant on passe à 100 000, vous avez quarante et quelques mille d'accord, qui s'ajoute même si je mets seulement quarante mille on est autour de à peu près quarante-cinq césariennes, même si je prends quarante vous voyez déjà quarante césariennes, quarante mille, ça fait déjà un million six, c'est ça donc un million six par mois d'accord ; au cours de l'année vous avez donc seize millions ou disons, bon à peu près, seize plus disons encore trois disons on a à peu près vingt millions qui s'ajoutent en tout cas sur les recettes d'avant ; bon, donc c'est en réalité ça qui nous a même permis d'avoir eu le courage de donner quatre salaires, sinon avant on donnait deux : Un salaire lors de la rentrée scolaire et un salaire à la fin de l'année. Bon maintenant cette politique quand même nous a amenée à accorder quatre salaires."

Gestionnaire d'hôpital

Pour d'autres, ce montant est insuffisant, car il ne couvre pas selon eux, tous les frais liés à la césarienne ou reste modeste face à l'ampleur de l'ensemble des besoins des hôpitaux. Le remboursement n'augmenterait pas selon eux les recettes de l'hôpital de manière significative, mais ils reconnaissent toutefois que cette politique a amélioré leur aisance et leur confiance à investir grâce à la sécurité du recouvrement, à la régularité relative du remboursement et à la possibilité de recevoir l'argent en bloc et en gros.

A divers degrés, les gestionnaires s'accordent tous donc sur une amélioration de la situation financière de l'hôpital qu'ils expliquent par :

- l'élimination des évasions ;
- une forme d'épargne sur 2 ou 3 mois permettant d'avoir une forte somme d'argent susceptible d'être investi en même temps dans un projet ou pour régler un problème ;
- la sécurité d'un recouvrement assez régulier.

Cette situation est illustrée par la citation suivante :

"Au fait ce n'est pas les revenus qui nous intéressent le plus, puisqu'il faut dire que la politique est purement sociale. Si vous avez 5F chez quelqu'un et que ça arrive à temps pour régler un problème, nous, nous sommes vraiment satisfaits. Et par rapport à la césarienne, nous savons que si nous faisons 20, bien renseignées et bien documentées, nous sommes sûrs d'avoir l'argent des 20 et ça arrive à temps ...De l'effectif. On a eu le courage de les engager et de les payer actuellement sur les fonds de l'hôpital. ... il y a des chantiers qui étaient abandonnés en l'occurrence le bloc de la maternité, le second compartiment. L'hôpital a eu le courage d'investir là pour quand même avoir le résultat escompté. Donc, on a plus de courage à s'engager." **Gestionnaire d'hôpital.**

- **Effet de la politique sur la motivation des agents de santé, la charge de travail perçue et la rémunération**

Le tableau 14 présente à partir d'une échelle de score ce qui motive les agents de santé. Le score de motivation a été déterminé à partir de 9 items que chaque agent devrait classer selon lui par ordre d'importance (1 à 9). Pour l'analyse un poids a été attribué à chaque item à partir des réponses proposées par les agents allant du plus important (9 points au moins important 1 point).

Tableau 14: Echelle de motivation des agents de santé

		Ensemble	AIDES SOIGNANTS	TECHNICIENS /INFIRMIER DE SANTE	IDE/SFE	TECHNICIENS SUPERIEURS	IDE/SFE SPECIALISES	INGENIEURS DES TRAVAUX	MEDECINS GENERALISTES/ SPECIALISES	P α
Salaire/paie	Moyenne	6,88	6,81	6,78	6,71	7,62	6,98	7,38	6,50	0,564
	Médiane	7,00	7,00	7,00	7,00	8,00	7,00	7,50	7,00	
	Ecart-type	1,80	1,82	1,57	1,90	1,33	1,97	1,50	1,96	
Allocations additionnelles	Moyenne	5,31	5,25	5,39	5,29	5,08	5,15	6,19	5,15	0,623
	Médiane	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	5,00	
	Ecart-type	1,81	1,81	1,83	1,80	1,75	1,90	1,68	1,78	
Bonnes conditions de travail	Moyenne	4,95	5,06	4,17	5,35	4,92	4,88	4,63	5,27	0,561
	Médiane	5,00	5,00	4,00	5,00	4,00	5,00	6,00	5,00	
	Ecart-type	2,11	2,41	1,61	2,28	1,89	2,01	1,93	2,16	
Opportunités de formation	Moyenne	4,60	4,25	5,48	4,68	3,62	4,63	4,75	4,54	0,319
	Médiane	4,00	3,50	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,50	
	Ecart-type	2,20	2,14	2,35	2,14	1,61	2,20	2,21	2,39	
Augmenter le nombre de patients pris en charge dans les cliniques privées	Moyenne	1,60	1,36	1,17	1,35	1,08	1,68	1,94	2,54	0,007
	Médiane	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
	Ecart-type	1,28	0,72	0,39	0,81	0,28	1,29	1,91	2,06	
Statut social	Moyenne	5,48	5,17	5,96	5,59	5,31	5,49	5,25	5,58	0,855
	Médiane	5,00	5,00	6,00	5,00	5,00	6,00	4,50	5,50	
	Ecart-type	1,95	1,98	1,97	2,11	1,97	1,91	2,11	1,77	
Droit de pension	Moyenne	5,16	5,03	4,91	5,59	5,62	4,93	4,69	5,42	0,651
	Médiane	5,00	5,00	5,00	6,00	6,00	5,00	4,00	5,00	
	Ecart-type	2,07	2,08	2,04	1,94	1,56	2,14	2,24	2,32	
Opportunités de servir la communauté	Moyenne	7,08	7,33	7,22	6,74	7,15	7,44	6,06	7,12	0,682
	Médiane	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	7,50	8,00	
	Ecart-type	2,18	1,77	2,21	2,30	2,12	1,88	2,91	2,42	
Aucune meilleure option n'est disponible	Moyenne	3,94	4,75	3,91	3,71	4,62	3,83	4,13	2,88	0,229
	Médiane	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	
	Ecart-type	2,97	3,08	2,94	2,91	3,36	2,91	2,96	2,75	

Il ressort de ce tableau que les trois facteurs qui motivent le plus les agents de santé quelque soit leur catégorie professionnelle sont respectivement : l'opportunité de servir la communauté (8 points), le salaire (7 points) et les allocations additionnelles/ Statut social / Bonnes conditions de travail/Droit de pension (5 points).

Du fait de l'encrage institutionnel qui a entouré la mise en place de la politique de gratuité de la césarienne, la politique bénéficie actuellement d'une sécurité relative du financement puisque le budget de la politique est une ligne du budget du ministère de la santé.

Aussi les structures prestataires de la politique bénéficient d'une autonomie dans l'utilisation des ressources perçues pour le compte de la politique.

Cependant l'utilisation du surplus de ressources lié à la gratuité de la césarienne varie d'une structure à l'autre. Selon les responsables des structures, le surplus de ressources liées à la césarienne connaît l'une des trois destinations suivantes selon le type d'hôpital :

- motivation des acteurs de la maternité et de l'hôpital ;
- acquisition de matériels ;
- recrutement du personnel.

Le tableau 15 présente les heures de travail hebdomadaires et le nombre de patients vus par semaine dans l'emploi principal par catégories de personnel.

Tableau 15: Heures de travail hebdomadaires et nombre de patients vus par semaine dans l'emploi principal par catégorie de personnel

		Ensemble	AIDES SOIGNANTS	TECHNICIENS/ INFIRMIER DE SANTE	IDE/SFE	TECHNICIENS SUPERIEURS	IDE/SFE SPECIALISES	INGENIEURS DES TRAVAUX	MEDECINS GENERALISTES/ SPECIALISES	Pα
Nombre d'heures de travail hebdomadaire dans l'emploi principal	Moyenne	51,84	56,31	59,13	51,3	52,62	48,24	48,33	46,72	0,006
	Médiane	48	49	60	48	48	48	47	48	
	Ecart-type	12,56	12,77	12,54	11,38	14,59	9,02	15,86	11,47	
	Minimum	12	40	40	36	40	35	32	12	
	Maximum	84	72	72	72	72	72	84	60	
Nombre de patients reçus par semaine dans la fonction principale	Moyenne	37,6	21,85	38,3	39,34	57,15	26,45	60,33	48,68	<0,001
	Médiane	25	14	30	20	50	19,5	60	30	
	Ecart-type	34,41	19,621	29,68	38,41	38,84	26,624	37,304	41,164	
	Minimum	3	4	4	6	12	3	8	10	
	Maximum	150	100	120	150	125	120	150	150	

Dans l'ensemble, toute catégorie confondue le nombre moyen d'heure de travail par semaine était de 51,84 h. Le nombre d'heure de travail par agent ne diffère pas significativement selon le type d'hôpital (Public ou privé) ($P=0,422$), mais variait significativement selon la catégorie professionnelle ($P=0,006$).

En ce qui concerne le nombre de patients reçus par semaine dans l'emploi principal, il variait entre 3 et 150 et la moyenne était de 38 patients. Le nombre de patients reçus par semaine dans l'emploi principal varie significativement en fonction de la catégorie professionnelle ($P<0,001$). Toutefois aucune différence significative n'a été notée entre les agents du public et ceux du privé ($P=0,229$).

Le tableau ci-dessous donne une synthèse des changements au cours de ces trois dernières années en termes d'heure de travail et du nombre de patient reçu par catégorie professionnelle dans l'emploi principal.

Tableau 16: Synthèse des changements perçus au cours de ces trois dernières années en termes d'heure de travail et du nombre de patients reçus par catégorie professionnelle dans l'emploi principal

	Changement au cours de ces trois dernières années	Hausse		Baisse	
		n (%)	n (%)	moy (min - max)	n (%)
Heures de travail dans l'emploi principal					
ENSEMBLE	56 (29,5)	45 (80,4)	12,86 (2 - 48)	11 (19,6)	17,45 (2 - 36)
AIDES SOIGNANTS	12 (33,3)	12 (100,0)	11,17 (2 - 24)	0 (0,0)	-
TECHNICIENS/INFIRMIER DE SANTE	7 (29,2)	4 (57,1)	14,25 (3 - 32)	3 (42,9)	19,67 (8 - 27)
IDE/SFE	9 (26,5)	8 (88,9)	13,71 (5 - 48)	1 (11,1)	-
TECHNICIENS SUPERIEURS	1 (7,7)	1 (100,0)	-	0 (0,0)	-
IDE/SFE SPECIALISES	13 (31,7)	9 (69,2)	15,50 (5 - 30)	4 (30,8)	20,00 (12 - 24)
INGENIEURS DES TRAVAUX	6 (37,5)	5 (83,3)	11,20 (2 - 30)	1 (16,7)	-
MEDECINS GENERALISTES/SPECIALISES	8 (30,8)	6 (75,0)	13,00 (2 - 24)	2 (25,0)	6,00 (2 - 10)
Nombre de patients reçus par semaine dans la fonction principale					
ENSEMBLE	97 (51,3)	81 (83,5)	14,57 (2 - 80)	16 (16,5)	17,69 (2 - 40)
AIDES SOIGNANTS	21 (58,3)	19 (90,5)	10,67 (2 - 50)	2 (9,5)	7,5 (5 - 10)
TECHNICIENS/INFIRMIER DE SANTE	8 (33,3)	7 (87,5)	20,0 (4 - 80)	1 (12,5)	-
IDE/SFE	19 (55,9)	14 (73,7)	16,23 (3 - 50)	5 (26,3)	13,0 (2 - 33)
TECHNICIENS SUPERIEURS	4 (30,8)	3 (75,0)	18,67 (10 - 25)	1 (25,0)	-
IDE/SFE SPECIALISES	25 (61,0)	21 (84,0)	10,95 (2 - 50)	4 (16,0)	16,25 (5 - 40)
INGENIEURS DES TRAVAUX	9 (56,3)	8 (88,9)	17,57 (3 - 50)	1 (11,1)	-
MEDECINS GENERALISTES/SPECIALISES	11 (42,3)	9 (81,8)	20,11 (5 - 60)	2 (18,2)	37,5 (35 - 40)

29,5% (56/190) des enquêtés ont déclaré qu'il y a eu un changement du nombre d'heure de travail hebdomadaire. Parmi eux 80,4% (45/56) ont parlé d'une hausse moyenne de 12,86 heures tandis que le reste 19,64% (12/56) a déclaré une baisse moyenne de 17,45 heures. De plus cette hausse a été surtout notifiée chez la AS, IDE/SFE et les ingénieurs de travaux. Quant au nombre de patients reçus par semaine, dans l'ensemble, 51,3% des agents de santé enquêtés ont notifié un changement du nombre de patients reçus par semaine. Parmi eux 83,5% (81/97) ont rapporté une hausse moyenne hebdomadaire de 15 patients. Les catégories professionnelles ayant le plus notifié de changement par rapport au nombre de patients vus par semaine sont les IDE/SFE spécialisés, les AS et les ingénieurs des travaux.

Il ressort que l'augmentation nette des heures de travail varie proportionnellement avec le nombre de patients reçus quelque soit la catégorie professionnelle. Ce qui montre qu'il y eu une hausse effective de la charge de travail même s'ils sont restés dans les normes du temps hebdomadaire d'heures de travail.

Le tableau 18 présente les déclarations des agents de santé quant aux changements induits par la politique de GC.

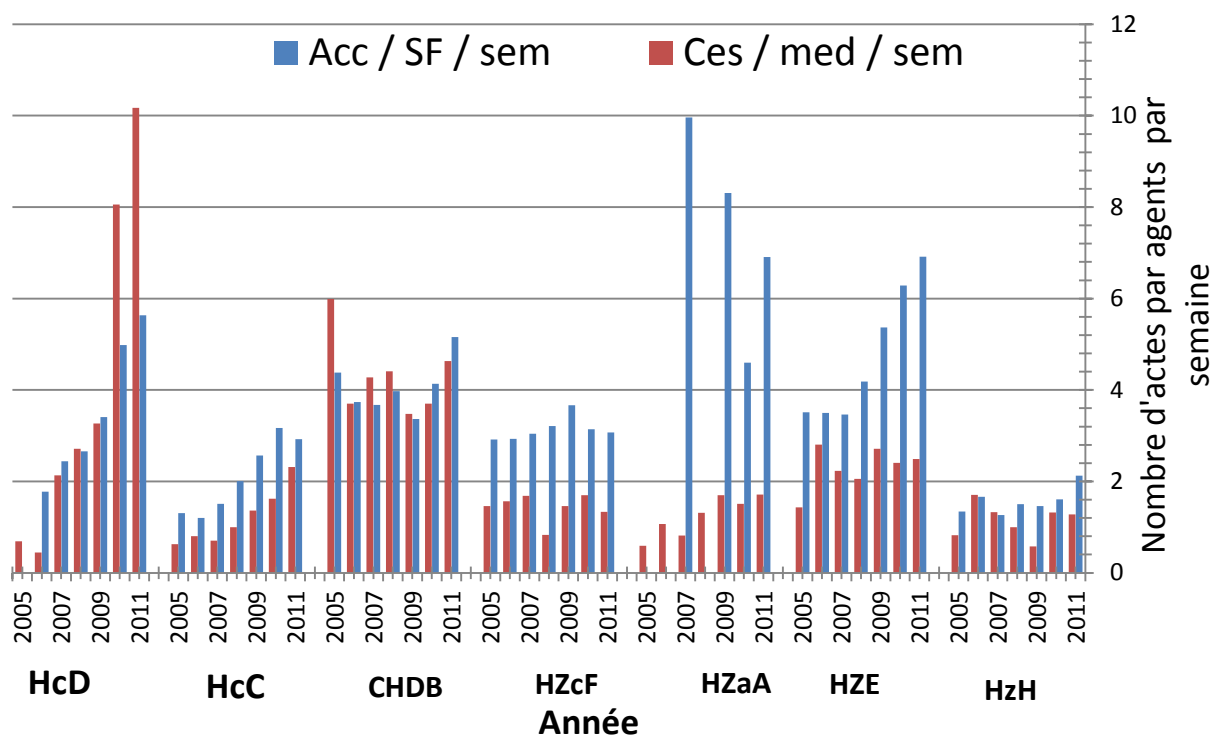
Tableau 17: Quelques changements induits par le politique de gratuité de la césarienne rapportés par les agents de santé

	CHD B	Hc D	Hc C	HZ H	HZ E	HZc F	HZa A	Ensemble
Qualité des soins avec la mise en œuvre de la politique de GC								
Augmenté	19 (47,5)	19 (82,6)	11 (31,4)	26 (96,3)	6 (37,5)	7 (26,9)	10 (45,5)	98 (51,9)
Diminué	7 (17,5)	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)	3 (18,8)	3 (11,5)	0 (0)	16 (8,5)
Identique	12 (30,0)	2 (8,7)	16 (45,7)	0 (0)	7 (43,7)	12 (46,2)	10 (45,5)	59 (31,2)
NSP	2 (5,0)	2 (8,7)	5 (14,3)	1 (3,7)	0 (0)	4 (15,4)	2 (9,1)	16 (8,5)
Charge de travail avec la mise en œuvre de la politique de GC								
Augmenté	35 (87,5)	18 (78,3)	28 (80)	23 (85,2)	10 (62,5)	23 (85,2)	9 (40,9)	146 (76,8)
Diminué	1 (2,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)
Identique	4 (10,0)	4 (17,4)	7 (20)	4 (14,8)	6 (37,5)	4 (14,8)	10 (45,5)	39 (20,5)
NSP	2 (5,0)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (13,6)	4 (2,1)
Changements des revenus avec la mise en œuvre de la politique de GC								
Augmenté	1 (2,5)	0	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (77,3)	19 (10)
Diminué	2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)
Identique	37 (92,5)	22 (95,7)	34 (97,1)	27 (100)	16 (100)	27 (100)	4 (18,2)	167 (87,9)
NSP	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,5)	2 (1,1)
Votre satisfaction au travail avec la mise en œuvre de la politique de GC								
Augmenté	21 (52,5)	0 (0)	7 (20)	7 (25,9)	12 (75)	4 (14,8)	11 (50)	62 (32,6)
Diminué	10 (25)	0 (0)	6 (17,1)	1 (3,7)	0 (0)	5 (18,5)	0 (0)	22 (11,6)
Identique	8 (20)	22 (95,7)	22 (62,9)	19 (70,4)	4 (25)	18 (66,7)	9 (40,9)	102 (53,7)
NSP	1 (2,5)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (9,1)	4 (2,1)
Vos conditions de travail avec la mise en œuvre de la politique de GC								
Augmenté	12 (30)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	6 (37,5)	5 (18,5)	12 (57,1)	36 (19)
Diminué	11 (27,5)	2 (8,7)	0 (0)	1 (3,7)	3 (18,8)	0 (0)	0 (0)	17 (9)
Identique	17 (42,5)	19 (82,6)	34 (97,1)	26 (96,3)	6 (37,5)	22 (81,5)	6 (28,6)	130 (68,8)
NSP	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)	1 (6,3)	0 (0)	3 (14,3)	6 (3,2)

Dans l'ensemble, la majorité (76,8%) ont perçu une augmentation de la charge de travail alors que dans le même temps ils reconnaissent respectivement (dans 87,9% ; 68,8% ; 53,7% des cas) qu'on n'a pas noté une variation du revenu, une amélioration des conditions de travail, ni une satisfaction au travail.

La figure suivante présente la charge de travail des prestataires, le nombre d'accouchements par sage femmes par semaine ainsi que le nombre de césariennes par médecins et par site de 2005 à 2011

Figure 3: Nombre d'accouchements par sage femmes par semaine ainsi que le nombre de césariennes par médecins et par site de 2005 à 2011



Source : Statistiques sanitaires 2005-2011

L'analyse de ce graphique montre des évolutions très variables avec :

- Une tendance à la hausse de la charge de travail pour les sages-femmes sur la plupart des sites quoique sur 2 sites cette tendance est à la baisse ;
- Pour les médecins, on observe une tendance à la hausse, qui se renforce après la politique alors que sur d'autres sites, on note une reprise d'activité préalablement en chute.
- Mais globalement sur 5 des 7 sites, on observe une charge de moins de 4 césariennes par médecin par semaine et moins de 6 accouchements par sage-femme par semaine.

Cependant, la charge de travail perçue par les prestataires est plus élevée. Ces prestataires réclament, dans la quasi-totalité des sites, avec une intensité variable, des motivations financières supplémentaires.

Les managers des structures réagissent de manière variable à ces revendications. Ces réactions vont de l'indifférence à l'octroi de 4 salaires supplémentaires.

La citation suivante illustre ce point ; il est intéressant de noter que le prestataire utilise le mot motivation en référence aux aspects financiers seulement :

"...Maintenant, on fait césarienne gratuite, l'équipe qui est au bloc, travaille, la maternité aussi travaille, on nous dit également de remplir des fiches avant de prendre les bénéficiaires, il faut que le comptable fasse aussi le point pour aller déposer. Et nous avons appris...nous, on ne demande pas comme ça hein, mais nous avons appris qu'ailleurs là, les gens motivent ceux qui font le travail. ... Mais il faut travailler, si vous ne travaillez pas, on peut punir. Mais motiver là, ce n'est pas ça à l'hôpital ici." Prestataires de soins.

- **Quelles ont été les lacunes au niveau des capacités dans le système et comment les a-t-ils affecté ?**

Dans tous les sites on a noté que :

- Le pouvoir managérial des bureaux de coordination des zones sanitaires, couvre insuffisamment les structures privées (confessionnels ou associatifs) érigées ou non en hôpital de zone. Ces centres fonctionnent dans un état d'esprit d'autonomie relative. La politique de gratuité de la césarienne, en développant un système de remboursement direct entre les hôpitaux et l'ANGC, sans aucun pouvoir de supervision des managers au niveau local, a affaibli le pouvoir des managers du système au niveau local, sur ces centres. Même au niveau des hôpitaux publics, l'importance des ressources financières qui transitent directement vers les hôpitaux, sans aucune intervention ou rôle des bureaux de coordination des zones sanitaires, contribue à affaiblir le pouvoir de ces managers du système local de santé sur les hôpitaux qui pratiquent la politique.
- A l'intérieur des hôpitaux, la politique de gratuité de la césarienne a renforcé les capacités d'investissement des gestionnaires des hôpitaux. Toutefois, elle a exacerbé sur certains sites des sentiments d'injustice entre les autres services et la maternité, ainsi que entre les différents sous-groupes de prestataires de soins et l'administration. Ces tensions constituent des défis auxquels les managers des hôpitaux étaient confrontés.
- la chaîne d'information sanitaire pour les césariennes s'est améliorée de manière sélective. Tous les autres aspects du système d'information sanitaire sont restés inchangés. Au cours de notre étude, nous avons noté par exemple, un défaut d'harmonisation dans le vocabulaire utilisé pour la documentation, une disharmonie entre les supports d'un site à l'autre, une faible qualité de l'archivage sur plusieurs sites, des défaillances dans le système de centralisation de ces informations conduisant à une exploitation insuffisante de ces données pour la prise de décision au niveau du bureau des zones sanitaires.
- la répartition des ressources humaines qualifiées est disharmonieuse ; ce qui se traduit par une grande variabilité de la charge de travail mesurée suivant les données statistiques de routine tel qu'illustré sur la figure 3. De plus la charge de travail est la plupart du temps perçue comme élevée aussi bien par les prestataires que par les gestionnaires. La politique a renforcé cette perception d'une charge de travail trop élevée sur tous les sites. Mais elle a favorisé des investissements pour renforcer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans certaines structures ;
- la politique a renforcé le sentiment de démotivation des prestataires en raison de leur perception d'une augmentation de leur charge de travail. Sur certains sites les motivations financières supplémentaires octroyées pour le compte de la politique améliorent la situation ;
- que les procédures d'approvisionnement en médicaments et consommables qui étaient faibles sur tous les sites, ont été mise fortement à l'épreuve par la politique. Toutefois, l'amélioration des capacités en investissement financiers des structures ainsi que l'amélioration de leur solvabilité au regard des fournisseurs ont offert des opportunités de renforcement des systèmes d'approvisionnement des hôpitaux ;
- le score d'omission est élevé dans deux sites ;
- que le délai entre la décision et l'intervention reste encore élevé dans certains hôpitaux malgré la gratuité ;
- Les soins aux nouveau-nés sont problématiques.

- **Les perceptions des acteurs locaux sur la pertinence et l'efficacité de la politique**

La pertinence et l'intérêt de la politique sont diversement perçus par les acteurs locaux.

La perception dominante est celle d'une bonne politique utile pour soulager les peines des populations. Elle est toutefois aussi perçue comme insuffisante étant donné que des complications similaires pour la femme enceinte avec un risque de morbidité et de mortalité plus graves ne sont pas pris en compte et restent à la charge des malades. Il s'agit par exemple des grossesses extra-utérines, des hémorragies de la délivrance etc...

Dans ce même ordre d'idée, pour certains cette politique ne vise pas une préoccupation prioritaire. Ils estiment que celui qui veut faire un enfant a au moins 9 mois pour se préparer tel qu'illustré dans la citation suivante :

" je pense qu'il y a d'autres choses qui auraient pu être prise en charge gratuitement avant même de parler de la césarienne, parce que comme moi j'ai l'habitude de le dire, une grossesse dure au moins huit mois et je pense quand même que autour des baptêmes on a toujours dépensé plus que cent mille francs ; donc, moi je pense que ce n'est pas une surprise ; donc il suffit seulement d'éduquer des gens et de leur donner...de leur permettre de comprendre que, quand ma femme est enceinte, je dois pouvoir avoir un peu de sous à côté "
Gestionnaire d'hôpital

Par ailleurs, les césariennes non pertinentes et injustifiées constituent une inquiétude de plusieurs acteurs au niveau local dans le cadre de cette politique en raison du fait que la césarienne offre une alternative rapide à un travail d'accouchement long et stressant et parce qu'elle permet aux hôpitaux d'avoir des recettes importantes et sûres.

7.2.2 Impact sur l'utilisation des services

✓ Impact sur le taux de césarienne

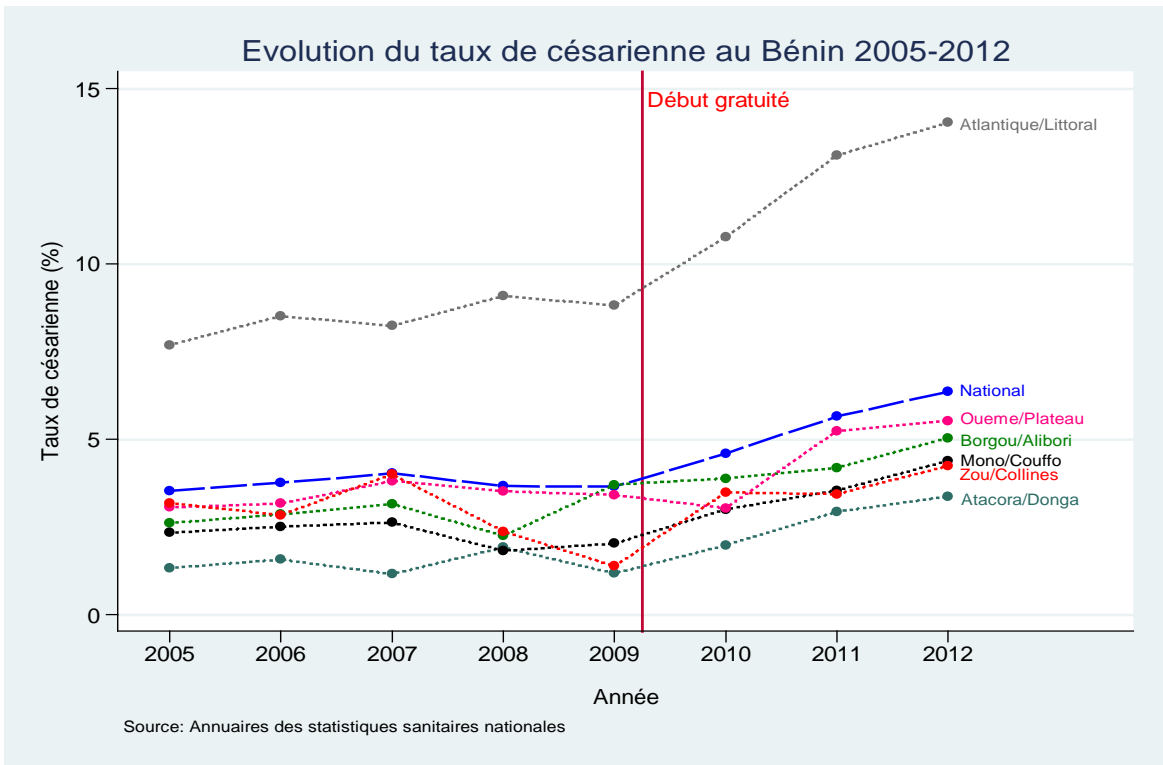
Le taux de césarienne¹⁰ sur le plan national a connu une hausse perceptible de 2005 à 2012 (Graphique 1) après l'introduction de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin en Avril 2009. De 2005 à 2008, le taux de césarienne au Bénin se situait entre 3,5% et 4,1% tandis que de 2009 à 2012, ce taux a connu une évolution linéaire passant de 3,7% à 6,4%. La hausse nationale du taux de césarienne après l'introduction de la politique de gratuité de césarienne a été une conséquence de l'augmentation du taux de césarienne dans toutes les régions du pays à savoir l'Atacora/Donga, l'Atlantique/Littoral, le Borgou/Alibori, le Mono/Couffo, l'Ouémé/Plateau et le Zou/Collines.

Le taux de césarienne a augmenté en moyenne quel que soit la région considérée, de 1,25% (IC 95% : 0,62 ; 1,88 et p<0,001) après l'introduction de la politique de gratuité de la césarienne¹¹. L'analyse des données des différents EDS a révélé que cette tendance à la hausse du taux de césarienne commencé en 2004 s'est poursuivi.

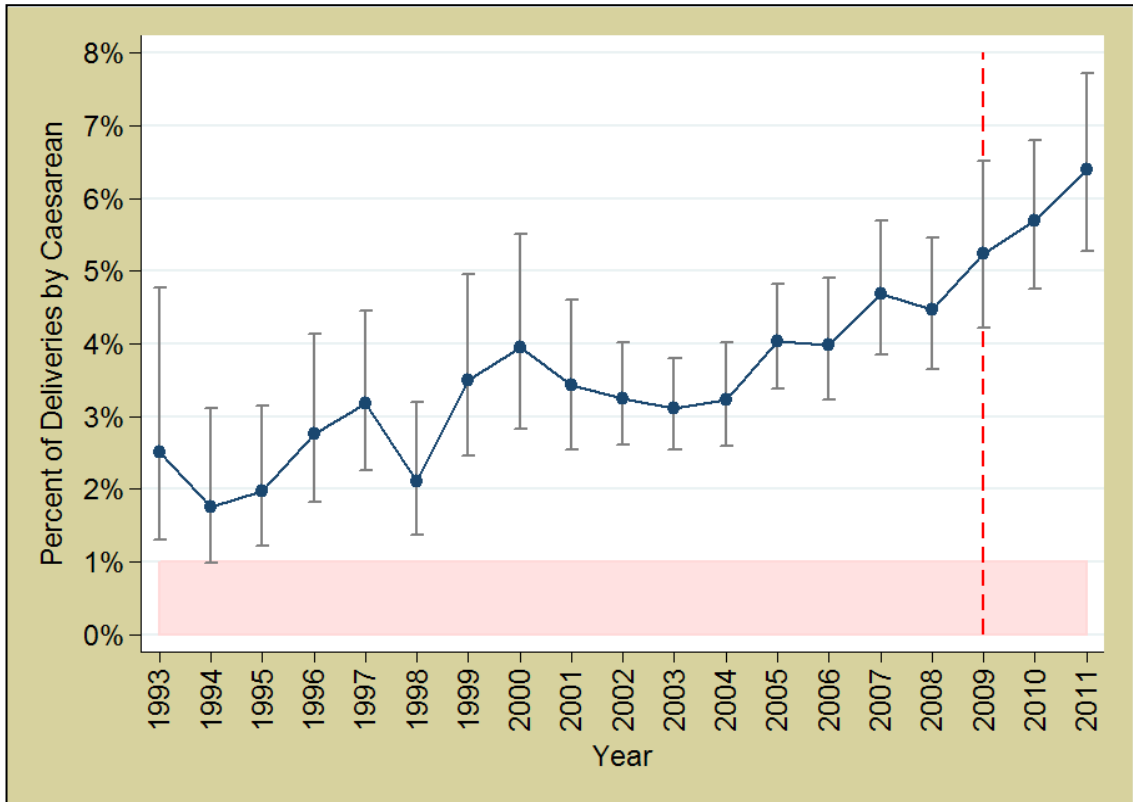
Graphique 1: Evolution du taux de césarienne au Bénin et par région de 2005 à 2012

¹⁰ Calculé sur la base des naissances attendues tirées des annuaires de statistiques sanitaires nationales.

¹¹ Le premier trimestre de 2009 a été inclus dans la période de gratuité dans l'estimation de l'effet.



Graphique 2: Tendence globale des taux de césarienne au Bénin 1993-2011

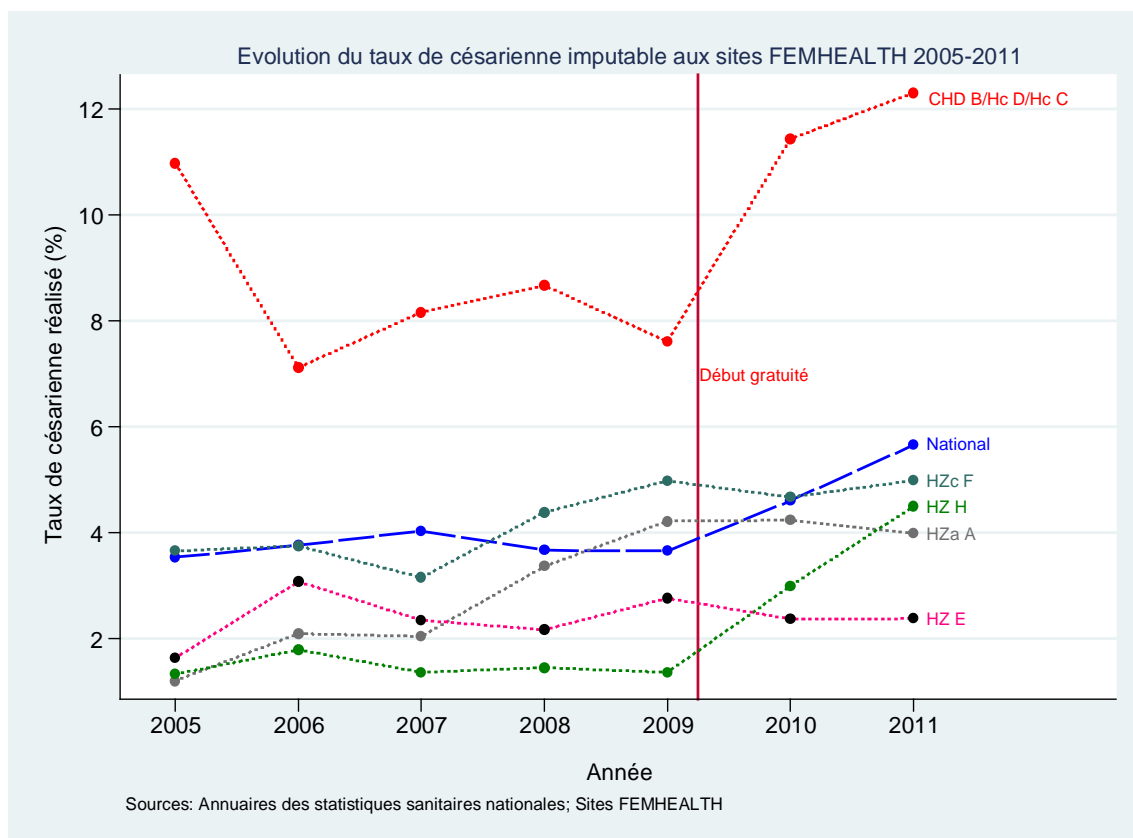


Source : EDS 1996, 2001, 2006 et 2012

Le taux de césarienne imputable aux hôpitaux FEMHEALTH c'est-à-dire les hôpitaux impliqués dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne et qui font l'objet de notre étude, a évolué différemment d'une zone sanitaire de l'étude à une autre (Graphique 2).

En moyenne quel que soit la zone sanitaire de l'étude, le taux de césarienne imputable aux hôpitaux de l'étude a augmenté de 1,30% (IC 95% : 0,55 ; 2,04 et $p=0,001$) après l'introduction de la politique de la gratuité de la césarienne. C'est au sein des populations riches, disposant des services à proximité et ayant une bonne fréquentation que le taux de césarienne est le plus élevé.

Graphique 3: Evolution du taux de césarienne imputable aux hôpitaux de l'étude de 2005 à 2011



✓ Impact sur le taux d'accouchement assisté

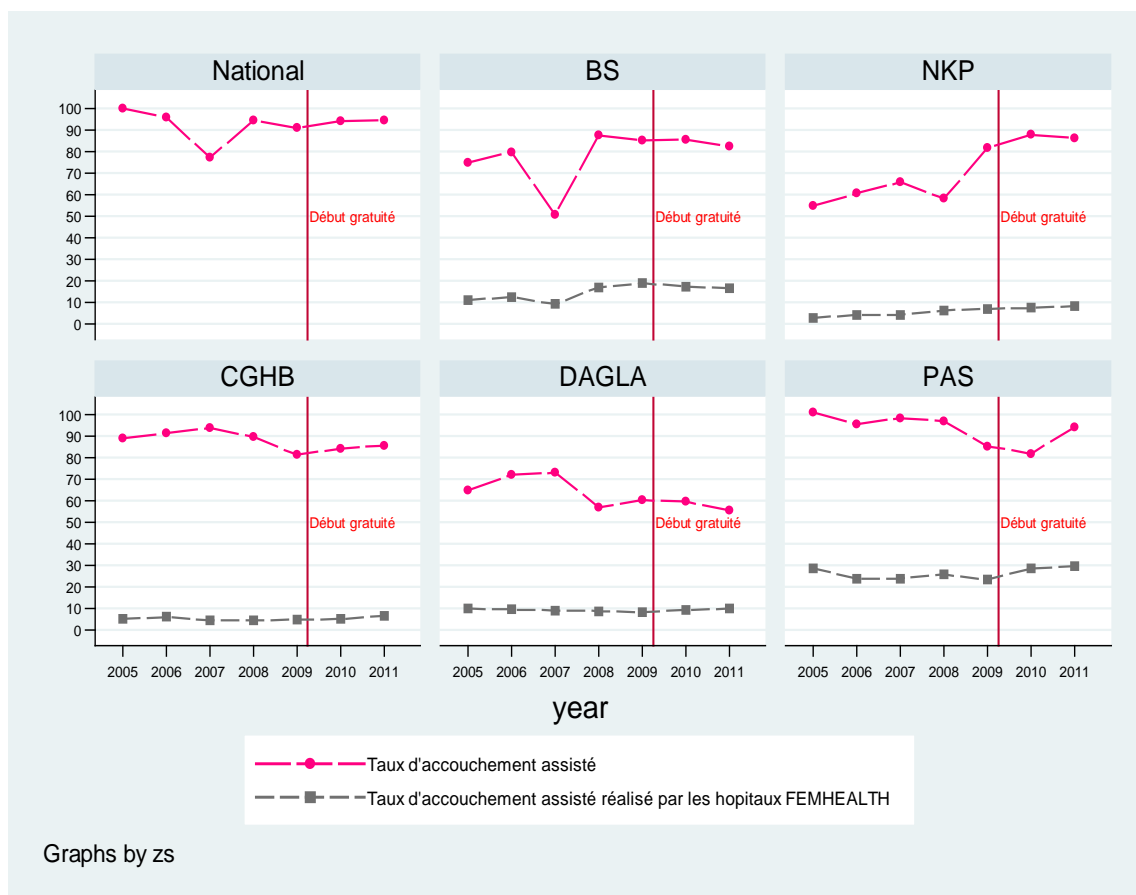
Le taux d'accouchement assisté sur le plan national n'a pas connu une hausse perceptible après l'introduction de la politique de la césarienne (Graphique 3). Dans la ZS Nikki/Kalalé/Péréré, le taux d'accouchement assisté a visiblement augmenté après 2009 contrairement à la ZS Dassa/Glazoué.

En moyenne, quel que soit la ZS considérée, le taux d'accouchement assisté, qui était déjà élevé, n'a pas significativement varié après l'introduction de la politique ($p=0,119$).

Cependant, en s'intéressant uniquement aux accouchements assistés réalisés par les hôpitaux de l'étude, on note une hausse du taux d'accouchement assisté de 0,12%¹² en moyenne (IC 95% : 0,04 ; 0,20 et $p=0,002$) quel que soit la ZS considérée. On pourrait donc déduire que le taux d'accouchement assisté a augmenté dans les hôpitaux pratiquant la gratuité de la césarienne. En d'autres termes, les parturientes tendent à se diriger plus vers les hôpitaux qui pratiquent la gratuité de la césarienne.

¹²Effet ajusté par le taux de césarienne de toute la zone sanitaire.

Graphique 4: Evolution du taux d'accouchement assisté par zone sanitaire de l'étude de 2005 à 2011



Des entretiens avec certaines patientes césarisées, near-miss comme accouchées normales, il ressort que la gratuité de la césarienne a levé une des barrières importantes à l'utilisation des services de soins dans les hôpitaux pour beaucoup de femmes qui accouchaient à domicile, faute de moyens financiers. En effet, entre autres raisons de non utilisation des services de santé pour les accouchements, les dépenses afférentes à la césarienne constituaient un goulot au recours aux soins dans les hôpitaux pour certaines femmes enceintes. N'ayant pas le pouvoir de décision dans le ménage, pour la majorité, ces femmes parfois sans autonomie financière, choisissent d'accoucher à domicile, pour ainsi éviter de se faire passer comme celles qui créent des dépenses aux maris et de même, pour ne pas s'exposer aux critiques et moqueries des membres de la famille. Des entretiens avec les enquêtées, il ressort les déclarations illustratives ci après :

" C'est bien. C'est une aide, c'est pour alléger nos souffrances que le président a dit comme ça. Cela nous motive plus, nous les femmes à aller à l'hôpital et les accouchements à domicile vont diminuer, car beaucoup accouchent à la maison surtout parce que leurs maris n'ont pas d'argent pour les dépenses de l'hôpital et quand toi tu y vas, après, on te dit que c'est toujours toi qui crée des dépenses à ton mari et on se moque de toi ..." **Accouchée Normale, Hôpital A ,G2P2, 20 ans , Ménagère, scolarisée, Bariba.**

Dans les mêmes ordres d'idées, un autre exemple d'illustration renseigne

« Non, je ne savais pas qu'on allait me césariser avant d'y aller... La gratuité de la césarienne est une bonne chose parce que dans certaines localités, quand on dit qu'on est référé, il y a certains maris qui disent qu'ils n'ont pas d'argent et ils fuient ; puis on traîne jusqu'à ce que la femme décède ou bien la césarienne ne se passe pas à temps jusqu'à ce que le bébé meure. Maintenant comme c'est gratuit, nos maris ne fuient plus à cause des dépenses et nous aussi, avec les sensibilisations, nous allons beaucoup plus maintenant à

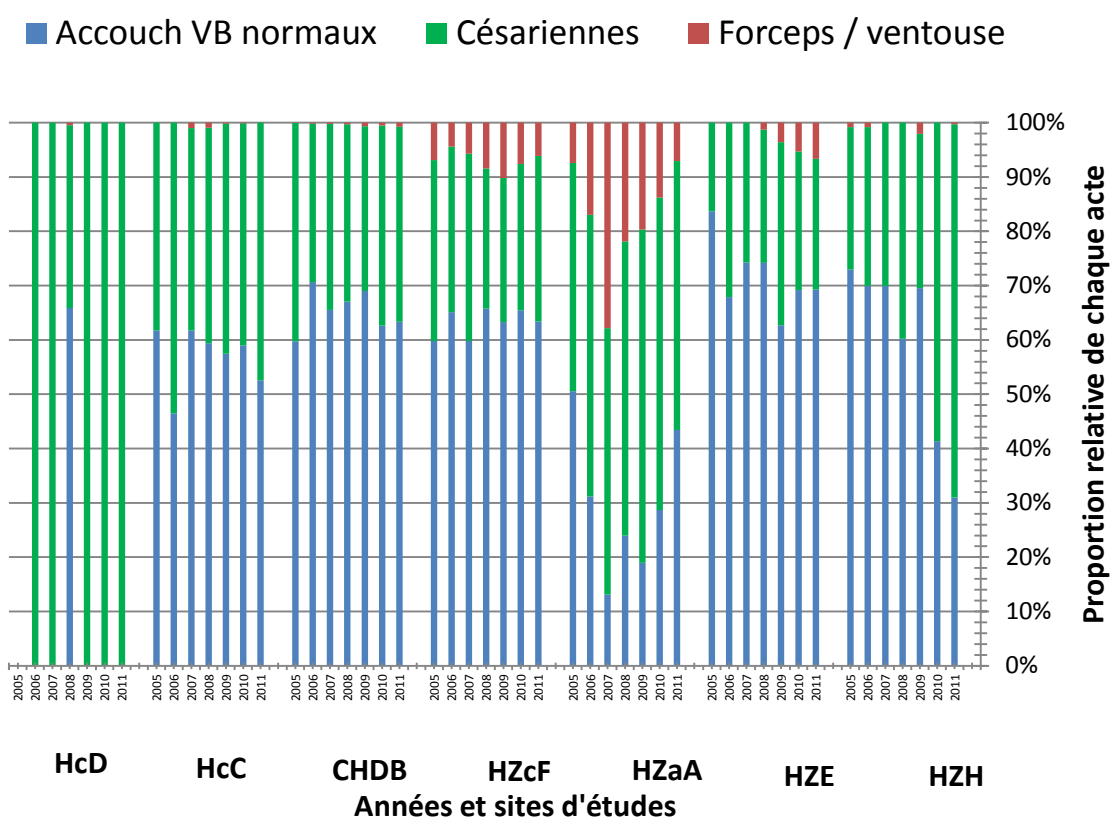
l'hôpital, on ne refuse plus les opérations comme avant.»Césarisée , Hôpital A, _ urbain, _G7P7, _25 ans, _Menagère, _Non Scolarisée, Djerma.

✓ Effets sur le groupe non ciblé

- Effets sur les prestations de services ciblés

La figure suivante présente l'évolution des accouchements normaux, des césariennes et des accouchements instrumentaux dans les hôpitaux d'étude.

Figure 4: Evolution des accouchements normaux, des césariennes et des accouchements instrumentaux dans les hôpitaux d'étude. (HcD, 2005 : toutes les données sont manquantes ; 2006, 2007, 2009, 2010 et 2011 : Données disponibles seulement pour les césariennes)



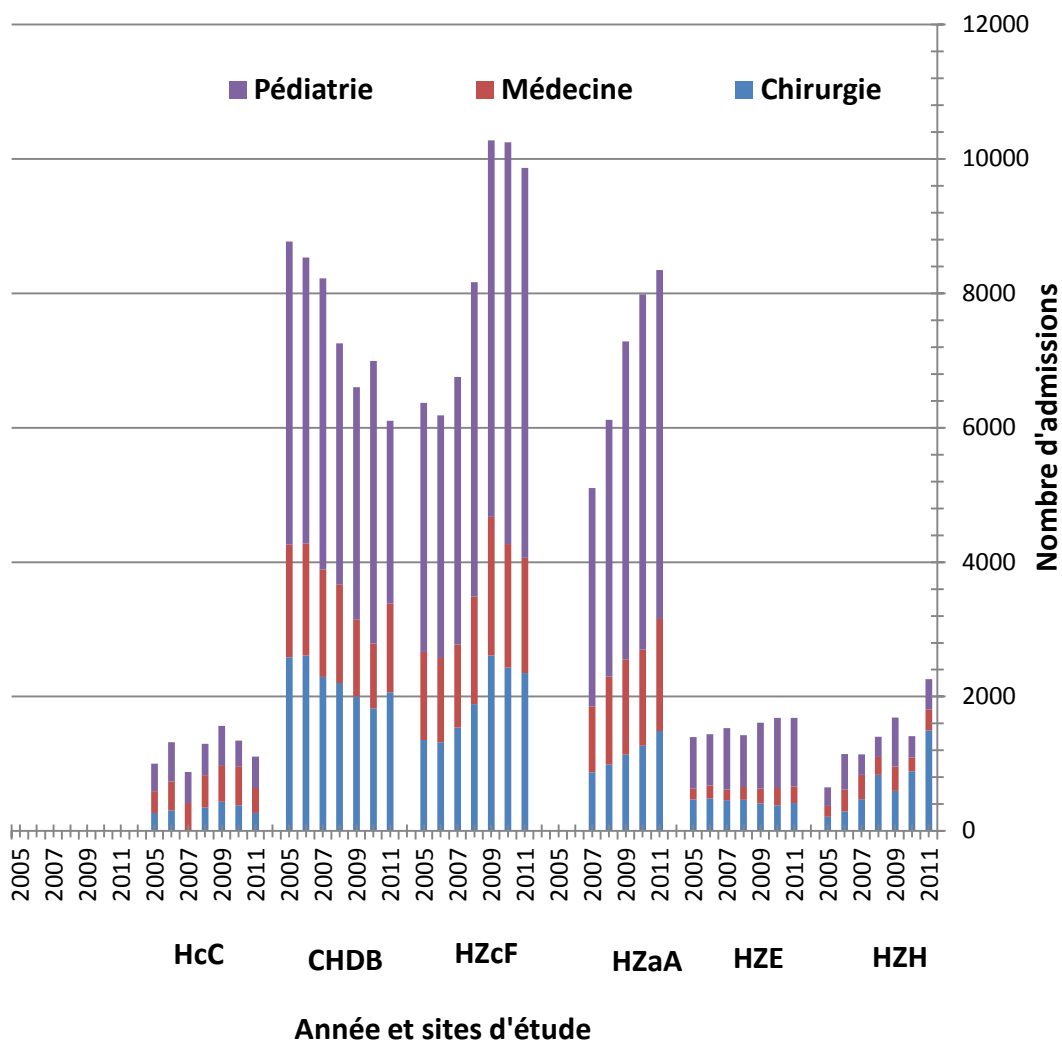
Source : Statistiques sanitaires 2005-2011

Les accouchements par césarienne constituent la seule alternative sur certains sites si l'accouchement par voix basse n'a pas été possible. Les accouchements instrumentaux étant très peu et de moins en moins pratiqués avec la politique. On note ainsi sur certains sites une tendance à la hausse de la proportion d'accouchements réalisée par césarienne.

- Effets sur les services non ciblés

La figure suivante présente la tendance des admissions par service non ciblé de 2005 à 2011.

Figure 5: Tendance des admissions par service non ciblé de 2005 à 2011 (Toutes les données sont manquantes pour le site Hc D)

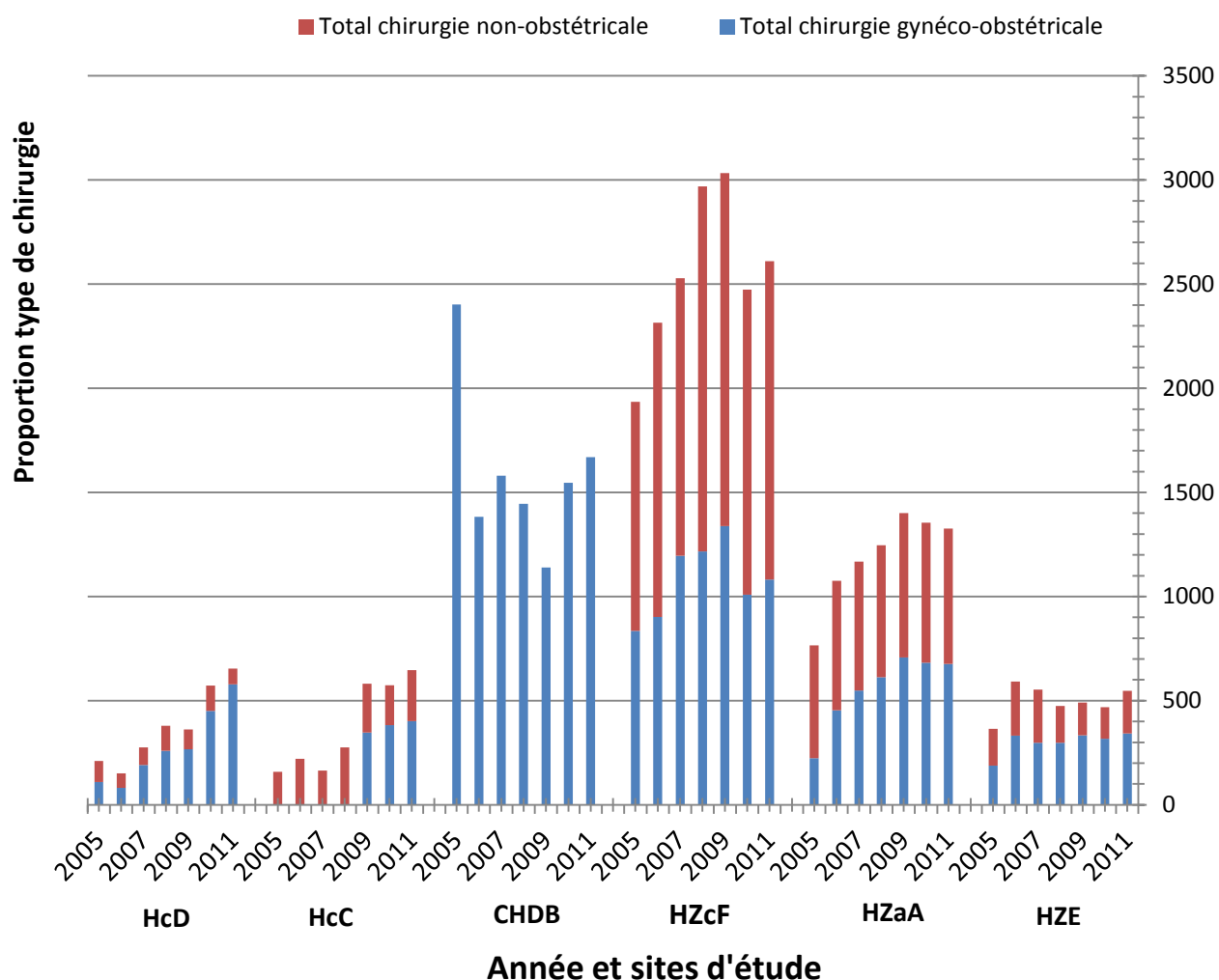


Source : Statistiques sanitaires 2005-2011

L'évolution du volume total des admissions dans les 3 services non-ciblés (Pédiatrie, Médecine et Chirurgie) présente de 2005 à 2011 une tendance à la hausse dans l'ensemble des sites sauf sur le site CHDB où cette tendance est à la baisse et sur le site Hc C où la tendance préalablement à la hausse s'inverse à partir de 2009. A cette même période, on observe sur le site HZc F un saut de 8000 à 10000 admissions.

La figure suivante présente la proportion de la chirurgie obstétricale et non obstétricale dans les hôpitaux sites de 2005 à 2011.

Figure 6: Proportion de la chirurgie obstétricale et non obstétricale dans les hôpitaux sites de 2005 à 2011 (Données manquantes : -Sur le site CHD B pour la chirurgie non obstétricale de 2005 à 2011 – sur le site Hc C pour la chirurgie gynéco-obstétricale de 2005)



Source : Statistiques sanitaires 2005-2011

La tendance globale de l'activité chirurgicale est à la hausse en rapport essentiellement avec la chirurgie obstétricale. Sur certains sites la chirurgie non-obstétricale reste marginale avant et après la politique.

Toutefois à travers les entretiens on observe une compétition et une tendance à prioriser les interventions obstétricales.

✓ **Effet de la politique sur la qualité des soins.**

Aucune étude n'a été faite sur la qualité des soins obstétricaux dans sa globalité dans les sites du projet FEMHealth avant la gratuité de la césarienne. Il nous sera difficile de répondre à la question de l'effet de la politique sur la qualité des soins dans sa globalité. Cependant nous avons apprécié la qualité des soins administrés aux accouchées, aux femmes césarisées et aux nouveaux nés pendant la période de collecte de données de même que l'effet de la politique sur le délai entre la décision et le début de l'intervention pour les Near-Miss car l'étude AudObEm dispose d'informations sur le délai.

La qualité des soins chez les mères et les nouveaux nés

Pour la qualité des soins aux mères et aux nouveaux nés deux scénarios sont possibles :

- Les hôpitaux où la mise en œuvre de la politique a été la meilleure ont aussi une meilleure qualité des soins, soit parce qu'ils sont mieux organisés ou les agents de santé travaillent en plus grande tranquillité.
- Les hôpitaux qui enregistrent trop rapidement une forte fréquentation peuvent enregistrer une moins bonne qualité des soins car il n'y a pas assez de personnel par patiente.

A cet effet le tableau suivant présente une analyse descriptive des cibles recrutées dans cinq sites du PA4.

Tableau 18: Nombre de cas et incidences par hôpital

Cas	CHD B	HcD	HcC	HZ E	CHD G	HZ aA	Total [#]
Césarienne/laparotomie	712 (30,4%)	363 (64,5%)	219 (48,3%)	123 (22,2%)	9	369 (54,3%)	1786 (38,9%)
Césarienne/laparotomie pour rupture utérine	676 (28,9%)	363 (64,5%)	217 (47,9%)	121 (21,8%)	9	361 (53,2%)	1738 (37,8%)
Near-miss maternelle (AUDOBEM, OMS ou Anémie)	425 (18,1%)	58 (10,3%)	25 (5,5%)	29 (5,2%)	5	116 (17,1%)	653 (14,2%)
Décès maternel	49 (2,1%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	4 (0,7%)	1	12 (1,8%)	67 (1,5%)
Grossesse gémellaire	132 (5,6%)	25 (4,4%)	17 (3,8%)	30 (5,4%)	0	16 (2,4%)	220 (4,8%)
Présentation siège	222 (9,5%)	48 (8,5%)	29 (6,4%)	44 (7,9%)	1	40 (5,9%)	383 (8,3%)
Ventouse/forceps	45 (1,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (0,9%)	0	18 (2,7%)	68 (1,5%)
Autres admissions*	1336 (57,0%)	638 (113,3%)	404 (89,2%)	472 (85,0%)	0	435 (64,1%)	3285 (71,5%)
Near-miss néonatal ¹	76 (3,2%)	37 (6,6%)	35 (7,7%)	14 (2,5%)	0	63 (9,3%)	225 (4,9%)
Décès néonatal ¹	52 (2,2%)	10 (1,8%)	10 (2,2%)	9 (1,6%)	0	46 (6,8%)	127 (2,8%)
Mort-né ¹	282 (12,0%)	18 (3,2%)	14 (3,1%)	20 (3,6%)	3	78 (11,5%)	412 (9,0%)
Total accouchement	2342	563	453	555	-	679	4592
Total cas recrutés	1824	436	277	214	9	607	3367

Les pourcentages en italique sont des taux, le dénominateur étant les accouchements. * Nombre obtenu en cas de recrutement exhaustif des autres admissions. [#]CHD G non pris en compte dans le calcul des incidences. ¹uniquement pour enfants nés dans les hôpitaux de l'étude.

L'analyse du tableau ci dessus, montre que :

- Le CHDB un hôpital départemental, où sont référés les cas graves des cabinets, des cliniques et des hôpitaux privés, a recruté plus de cas, 54,17% (1824/3367), plus de Near – Miss 65,08% (425/653) et de décès maternels 73, 13 (49/67).
- Dans l'ensemble, la césarienne /laparotomie a été pratiquée dans 37,8% cas.
- C'est la Hc D qui a eu la plus grande proportion de césarienne/ laparotomie pour RU (64,5% des accouchements pratiqués dans cet hôpital) suivi de l'HZa A (53,2%) et de l'HcC (47,9%).
- La ventouse et le forceps n'ont pas été appliqués à l'Hc D et à l'Hc C
- Le CHD B et l'HZa A ont enregistré plus de cas Near- Miss Maternel (18,1% et 17,1%) et de décès maternel (2,1% et 1,8%)
- L'HZa A a enregistré plus de Mort-nés, de Near-Miss néonatal et de décès néonatal respectivement dans 11,5%, 9,3% et 6,8% des naissances suivi du CHD B respectivement dans 12%, 3,2% et 2,2% des naissances.

- Assurance maladie

L'assurance maladie n'est pas encore une pratique courante et rares sont les personnes qui y souscrivent. Le tableau suivant illustre cet état de chose.

Tableau 19: Assurance maladie

Hôpital	Non	Oui	Non documenté	Total
CHD B	1372 (75,5%)	47 (2,6%)	399 (22,0%)	1818 (100,0%)
HcD	392 (89,9%)	9 (2,1%)	35 (8,0%)	436 (100,0%)
HcC	229 (82,7%)	5 (1,8%)	43 (15,5%)	277 (100,0%)
HZ E	197 (92,1%)	9 (1,4%)	14 (6,5%)	214 (100,0%)
HZaA	566 (93,3%)	15 (2,5%)	26 (4,3%)	607 (100,0%)
TOTAL	2756 (82,2%)	79 (2,4%)	517 (15,4%)	3352 (100,0%)

De ce tableau, il ressort que très peu de patientes (2,4%) ont souscrit à une assurance maladie. La GC est alors la bienvenue. Elle réduirait le souci financier des femmes sujettes à une césarienne/laparotomie.

Quels sont les effets de la politique sur la qualité des soins.

La détermination du score d'omission a permis d'apprécier la qualité de la prise en charge de certaines cibles que sont les accouchées normales, les césarisées et les nouveaux nés. Ces scores d'omission ont été élaborés sur la base des critères ci-après. Mais ne disposant pas de données antérieures à la gratuité, il nous sera difficile de tirer une conclusion.

Indicateurs de qualité des soins : les scores d'omission

Tableau 20: Méthodes de détermination des scores d'omission

Score d'omission	Méthode de détermination
Pour accouchement vaginal	Dénominateur: tous les accouchements par voie vaginale d'un bébé se terminant par une naissance vivante ou un mort-né frais et qui n'ont pas développé une complication de type near-miss. Proportion des accouchements qui n'ont pas eu: <ul style="list-style-type: none">• La pression artérielle mesurée à l'admission ;• Le rythme cardiaque fœtal vérifié pendant la phase active du travail ;• Partogramme utilisé ;• Le pouls de la femme vérifié au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement ;• La pression artérielle de la femme vérifiée au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement ;• Vérification de saignements utérins dans les 6h après l'accouchement ;• La température de la femme mesurée au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement.
Pour césarienne	Dénominateur: tous les accouchements par césarienne et laparotomies pour rupture utérine Proportion des accouchements qui n'ont pas eu: <ul style="list-style-type: none">• Le taux d'hémoglobine vérifié avant l'opération ;• Le battement cardiaque vérifié avant l'anesthésie ;• De prescription d'antibiotiques prophylactiques ;• Une administration prophylactique d'ocytocine pendant l'opération ;• La pression artérielle mesurée chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération ;• La respiration mesurée chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération ;• Le pouls mesuré chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération.
Néonatale	Dénominateur : tous les bébés uniques nés vivants de mères ayant accouché par voie vaginale Proportion de nouveau-nés qui n'ont pas eu: <ul style="list-style-type: none">• Le bruit du cœur fœtal renseigné à l'arrivée• Le bruit du cœur fœtal mesuré au moins une fois pendant la phase active du travail• La note d'Apgar reportée• La couleur du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance• La respiration du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance• L'alimentation du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance• La température du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance

- Indicateurs de qualité des soins chez la mère

Tableau 21: Score d'omission pour les accouchements vaginaux par hôpital

	N	Score Moyen	Score Médian
CHD B	724	0,4	0,0
Hc D	65	0,2	0,0
Hc C	45	2,0	2,0
HZ E	61	0,1	0,0
HZa A	205	1,7	1,0
Total	1100	0,7	0,0

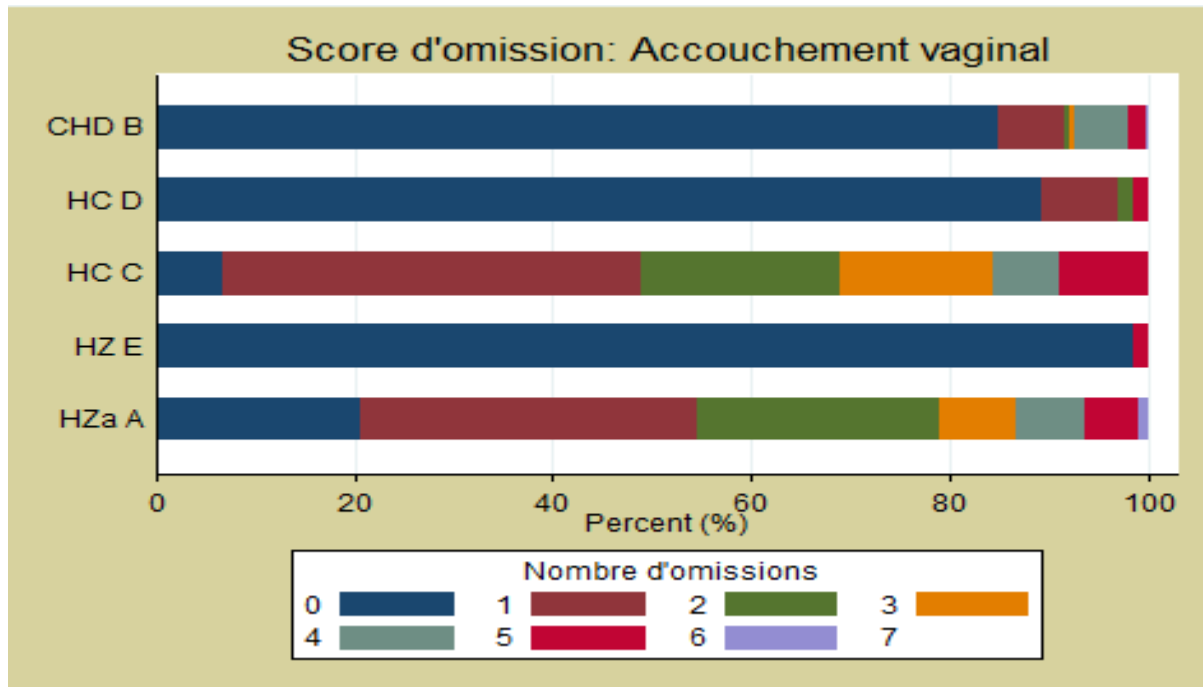
Pour la moitié des patientes ayant accouché par voie vaginale au CHD B, à l'Hc D et à l'HZE, il n'y a pas eu d'omission contrairement à l'Hc C et à l'HZa A où respectivement 2 et 1 omission ont été enregistrées.

Tableau 22: Critères d'omission par hôpital pour accouchement vaginal

	CHD B	Hc D	Hc C	HZ E	HZa A	Total
Pression artérielle mesurée à l'admission	724 (97.8)	65 (100.0)	44 (97.8)	61 (100.0)	200 (97.6)	1078 (98.0)
BDC mesurés	625 (86.3)	63 (96.9)	41 (91.1)	55 (90.2)	171 (83.4)	955 (86.8)
Partogramme tracé	640 (88.4)	61 (93.9)	0 (0.0)	58 (95.1)	69 (33.7)	828 (75.3)
Pouls mesuré dans les 6h après accouchement	649 (89.6)	61 (93.9)	23 (51.1)	59 (96.7)	82 (40.0)	874 (79.5)
Pression artérielle mesurée dans les 6h après accouchement	652 (90.1)	64 (98.5)	37 (82.2)	59 (96.7)	165 (80.5)	977 (88.8)
Saignement utérin quantifié dans les 6h après accouchement	654 (90.3)	64 (98.5)	38 (84.4)	59 (96.7)	168 (82.0)	983 (89.4)
Température mesurée dans les 6h après accouchement	638 (88.1)	64 (98.5)	31 (68.9)	59 (96.7)	159 (77.6)	951 (86.5)

L'analyse de ce tableau montre que la qualité des soins pour les accouchements par voie basse est rassurante. Mais le tracé du partogramme (élément de décision) et la prise du pouls dans les 6 heures après accouchement demeurent un problème surtout à l'HcC où aucun partogramme n'a été tracé et où le pouls a été mesuré chez 51,1% des accouchées ; et à l'HZa A le partogramme a été tracé chez 33,7% des accouchées par voie basse et le pouls mesuré chez 40%.

Figure 7: Score d'omission pour les accouchements par voie vaginale



De cette figure, il ressort que l'HZE a le meilleur score d'omission (0.1) et l'Hc C le mauvais score (2).

L'exemple suivant illustre les résultats des interviews des patientes de cet hôpital

" Les soins à HcC, ce n'est pas encore tout à fait ça hein. Pour les constantes par exemple, moi je sais qu'on les prend plusieurs fois, mais ici, elles sont prises seulement les matins et c'est terminé. Ce n'est pas bon. C'est la négligence des agents, si la patiente fait la fièvre entre temps, comment ils vont le savoir, j'estime qu'il faut quand même prendre ça au moins le soir encore non..." Césarisée, Hôpital C, G1P1, 22 ans, Elève, secondaire, Goun.

L'HZE a le score le plus bas d'omission (0,1). Des expériences vécues par les patientes interviewées dans cet hôpital, au cours du séjour hospitalier, renseignent

"Les choses se passent bien à l'hôpital HZE...pour moi aussi, les choses se sont bien passées .Puisque je vous ai dit que le docteur m'a avertie qu'il va me faire la césarienne et il m'a donné une heure et il a respecté l'heure. Il m'a dit à 16h qu'il sera à l'hôpital et à 16h, il est là, on m'appelle et on m'a fait la césarienne. C'est ça que j'ai le plus apprécié, le docteur a été ponctuel et dès qu'il est arrivé, tout a commencé et s'est bien déroulé, on n'a plus perdu une seule minute. J'étais déjà satisfaite avant de rentrer au bloc, parce que ce qui a été programmé a été fait dans le temps, je vous jure que le docteur là est très bon". Césarisée, HZE, G4P4, Revendeuse, Secondaire, Nago

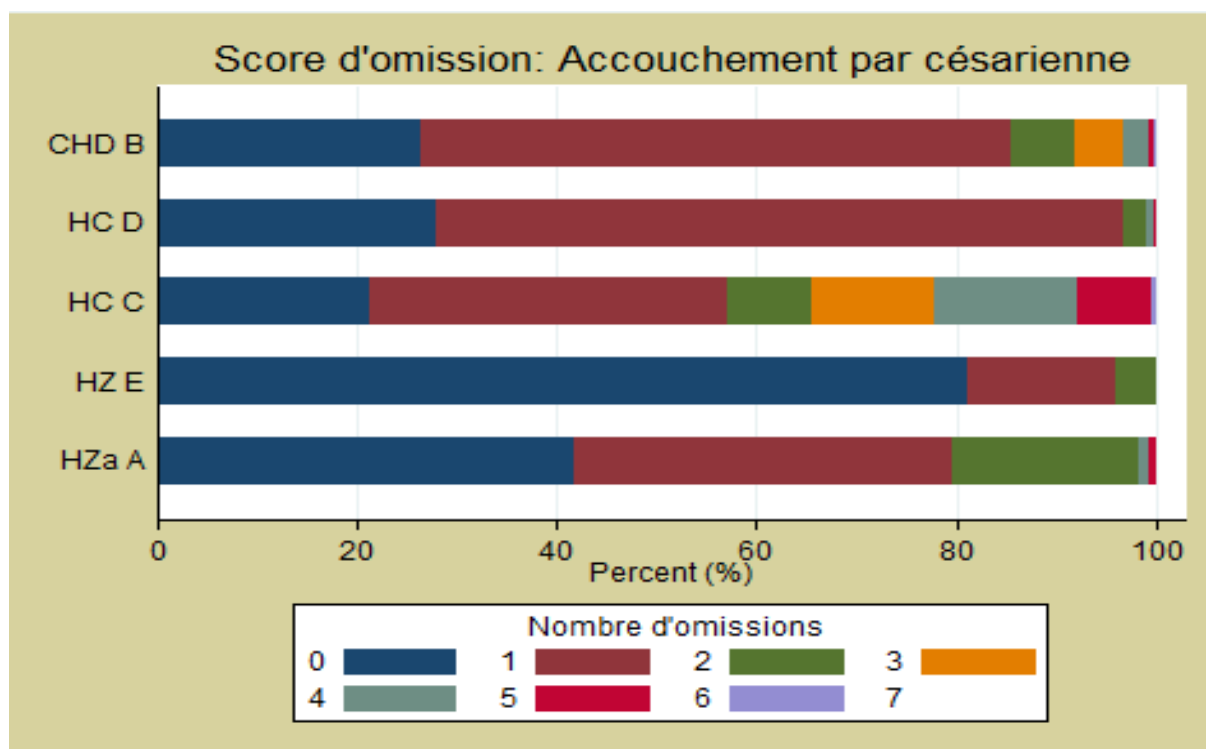
Pour renchérir, la patiente suivante dont la déclaration exprime les mêmes idées que d'autres patientes dit : " En tout cas à l'HZE là, les soins reçus sont bons et rapides. Ce qui m'a plu, c'est qu'ils se sont vite occupés de moi dès que je suis arrivée, ils n'ont pas du tout traîné, la façon dont on m'a prise en charge immédiatement... même si les sages-femmes ne savent pas parler aux gens et sont parfois injurieuses, il faut tout accepter et prier pour sortir de leurs griffes en bonne santé avec son bébé." Césarisée, Hôpital HZE, G4P4, 26 ans, Couturière, scolarisée, Fon.

Tableau 23: Critères d'omission pour les accouchements par césarienne/laparotomie par hôpital

	CHD B	HcD	HcC	HZ E	HZaA	Total
Taux d'hémoglobine mesuré	641 (95,5%)	102 (28,1%)	84 (38,7%)	117 (96,7%)	279 (77,3%)	1223 (70,6%)
BDC mesurés	185 (27,6%)	349 (96,1%)	129 (59,5%)	110 (90,9%)	135 (37,4%)	908 (52,4%)
Antibiotiques prophylactiques prescrits	670 (100%)	363 (100%)	217 (100%)	121 (100%)	361 (100%)	1732 (100%)
Ocytociques prophylactiques administrés	670 (100%)	363 (100%)	217 (100%)	121 (100%)	361 (100%)	1732 (100%)
Pression artérielle mesurée	615 (91,7%)	359 (98,9%)	171 (78,8%)	121 (100,0%)	354 (98,1%)	1620 (93,5%)
Fréquence respiratoire mesurée	614 (91,5%)	357 (98,3%)	144 (66,4%)	107 (88,4%)	356 (98,6%)	1578 (91,1%)
Pouls mesuré	611 (91,1%)	358 (98,6%)	139 (64,1%)	119 (98,3%)	354 (98,1%)	1581 (91,2%)

Dans l'ensemble des hôpitaux c'est les bruits du cœur fœtal mesurés juste avant l'anesthésie qui a été le plus omis. Ils ont été mesurés chez 52,4% des césariées.

Figure 8: Score d'omission pour les accouchements par césarienne/laparotomie pour RU



De l'analyse de cette figure, il ressort qu'à l'HZ E, aucune omission n'a été observée pour près de 4 patientes césariées sur 5 (79,3%). La situation est moins reluisante à l'Hc C où c'est seulement pour moins d'une femme césariée sur 5 (19,4%) que les gestes cliniques devant être faits ont été faits.

Le score moyen d'omission pour la césarienne est de 0,9 pour l'ensemble des hôpitaux. C'est l'hôpital Hc C qui a le taux le plus élevé (1,9) suivi du CHD B (0,9). Dans l'ensemble, les BDC et le taux d'hémoglobine sont les moins mesurés, respectivement 52,4% et 70,6%. Par contre, les antibiotiques prophylactiques et les ocytociques disponibles dans le kit ont été toujours administrés.

- **Autres éléments de qualité des soins chez les mères césariées**

La qualité de la pratique des césariennes a été aussi appréciée à partir des morbidités durant ou après la césarienne et des incidents graves liés aux césariennes. Ainsi, la prise en charge des césariennes devient un déboire lorsque la patiente développe une morbidité durant ou après l'acte opératoire, ou subit un incident grave lié à la césarienne.

Le tableau suivant présente le nombre de patientes par éléments de morbidité durant ou après la césarienne.

Tableau 24: Nombre de patientes par élément de morbidité durant ou après césarienne

	CHD B	HCD	HCC	HZE	HZa A	Total
Transfusion sanguine faite	45 (6,8%)	4 (1,1%)	5 (2,3%)	4 (3,3%)	33 (9,1%)	91 (5,3%)
Suppuration cicatricielle	10 (1,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	35 (9,7%)	45 (2,6%)
Fièvre puerpérale	21 (3,2%)	4 (1,1%)	2 (0,9%)	0 (0,0%)	14 (3,9%)	41 (2,4%)
Evacuation d'un hématome	0 (0,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	2 (0,1%)
Hémorragie secondaire postpartum	5 (0,8%)	4 (1,1%)	3 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)	14 (0,8%)
Anémie du pospartum grave	10 (1,5%)	1 (0,3%)	1 (0,5%)	3 (2,5%)	10 (2,8%)	25 (1,5%)
Septicémie	2 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,1%)
Hystérectomie	0 (0,0%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)	4 (0,2%)

91 césarisées (5,3%) ont été transfusées durant ou après la césarienne. Ces taux étaient relativement plus élevés à l'HZa A (9,1%) et au CHD B (6,8%).

Le taux de suppuration cicatricielle chez les femmes césarisées était plus élevé à l'HZa A (9,7%) contre 2,6% dans l'ensemble.

Tableau 25: Nombre de patientes par type d'incidents graves liés à la césarienne

	CHD B	HcD	HcC	HZE	HZa A	Total
Infection	5 (0,8%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (3,9%)	21 (1,2%)
Accident anesthésique	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Accident de transfusion	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Percement de l'artère utérine	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Accidents d'autres viscères	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	3 (0,2%)
Retour au bloc	0 (0,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (1,4%)	6 (0,4%)
Autres incidents	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)	4 (0,2%)

21(1,2%) des femmes césarisées ont développé une infection à la suite de l'intervention. Ce taux était particulièrement plus élevé à l'HZa A (3,9%).

Aucun accident anesthésique, de transfusion et de percements de l'artère utérine n'a été observé.

Tableau 26: Morbidité et incidents graves liés à la césarienne

Hôpital	Taux de morbidité durant ou après césarienne	Taux d'incidents graves liés aux césariennes	Taux Morbidité et incidents graves liés à la césarienne
CHD B	11,19%	0,90%	11,57%
HcD	3,31%	1,10%	3,58%
HcC	4,15%	0,92%	4,61%
HZ E	4,13%	0,00%	4,13%
HZa A	20,50%	4,99%	20,99%
TOTAL	10,10%	1,73%	10,48%

Tableau 27: Odds-ratio de Morbidité et incidents graves liés à la césarienne

Hôpital	OR	IC 95%	P-value
CHD B	1*	-	-
HcD	0,28	0,15 – 0,51	<0,001
HcC	0,37	0,19 – 0,72	0,004
HZ E	0,33	0,13 – 0,83	0,018
HZa A	2,02	1,43 – 2,86	<0,001

* le CHD B est considéré comme la référence.

La qualité de la pratique des césariennes a été aussi appréciée à partir des morbidités durant ou après la césarienne et des incidents graves liés aux césariennes. Ainsi, la prise en charge des césariennes devient un déboire lorsque la patiente développe une morbidité durant ou après l'acte opératoire, ou subit un incident grave lié à la césarienne. L'HZa A a présentée le taux de morbidité le plus élevé (20,5%), de même que le taux le plus élevé d'incidents graves liés aux césariennes (4,99%).

Le tableau 27 présente les indicateurs de Morbidité et d'incidents graves de la prise en charge des césariennes par hôpital.

Comparativement au CHD B, le risque qu'une patiente présente une morbidité ou un incident grave durant ou après la césariennes est moins élevé à Hc D (OR : 0,28 ; IC95% : 0,15-0,51), à Hc C (OR : 0,37 ; IC95% : 0,19-0,72) et à l'HZ E (OR : 0,33 ; IC95% : 1,43-2,86). Par contre, les patientes de HZa A courent 2 fois de risque comparativement aux patientes césarisées du CHD B (tableau 35).

Cette situation s'explique par un exemple de déclaration, exprimant aussi les opinions de la plupart des patientes de cet hôpital interviewée :

" Oui, s'il faut comparer, je crois que la qualité des soins d'avant est meilleure que celle-ci parce que avant, je m'étais vite retrouvée, je n'avais pas beaucoup souffert et la plaie s'était vite cicatrisée. Pour cette césarienne, on m'a amenée au bloc deux fois. Une première fois pour faire sortir l'enfant et quand je ne me retrouvais pas, on m'a amenée au bloc pour faire une réparation de la plaie qui ne se cicatrisait pas.... Avant, à peine j'ai fait deux semaines à l'hôpital et la plaie s'est cicatrisée alors que maintenant, on a fait presque un mois et demi à l'hôpital et la plaie ne s'est pas encore cicatrisée." **Césarisée, HZa A, G4P3, 25 ans, Menagère, Non Scolarisée, Gando.**

- Délai entre la décision et le début des césariennes/laparotomies pour rupture utérine

Tableau 28: Délai entre la décision et le début des césariennes

Hôpital	N	n	% documentation	Délai médian (min)	% délai acceptable	OR	IC 95%	P-value
CHD B	571	493	86,3	130	13,79	1*	-	-
Hc D	332	299	90,1	111	17,17	1,24	0,85 – 1,81	0,261
Hc C	151	132	87,4	108,5	15,89	1,17	0,71 – 1,94	0,541
HZ E	84	84	100,0	46	63,10	9,00	5,44 – 14,91	<0,001
HZa A	355	321	90,2	39	68,54	16,68	11,74 – 23,71	<0,001

* le CHD B est considéré comme la référence.

Le délai médian est plus bas à l’HZa A (39 min). La proportion de délai contextuel acceptable c’est-à-dire inférieur ou égal à 60 min, est de 68,54% dans cet hôpital qui disposait avant la politique de gratuité d’un système de prestation à crédit des soins d’urgence pour les patients qui n’avaient pas les moyens. Le payement est fait après.

Une patiente à l’HZa A et l’HZ E ont respectivement 16,7 et 9,0 fois plus de chance de se faire césariser dans un délai de 60 min au plus comparativement au CHD B où ce délai est de 130 minutes. Par contre, il n’y a pas de différence significative entre le CHD B, Hc D et Hc C.

Tableau 29: Délai entre décision et début césarienne pour les Near-Miss avant et après gratuité au CHD B, HZ E et l’HZa A

Hôpital	Fev 08 – Juil 08 (Données AUDOBEM baseline)				Mars 12 – Aout 12 (Données FEMHEALTH)				RR ^b (95% CI)	P-value
	Nombre de near-miss césarisées	Nombre de femmes césarisées avec délai disponible (documenté) (%) ^a	Délai médian (minutes)	% de femmes césarisées avec délai acceptable (délai < 60 min)	Nombre de near-miss césarisées	Nombre de femmes césarisées avec délai disponible (documenté) (%) ^a	Délai median (minutes)	% de femmes avec délai acceptable (délai < 60 min)		
CHD B	22	16 (72,7%)	114	18,8%	91	79 (86,8%)	121	20,3%	1,08 (0,36-3,28)	<0,0001 [*]
HZ E	18	17 (94,4%)	73	29,4%	13	13 (100,0%)	38	69,2%	2,35 (1,04-5,35)	
HZa A	6	3 (50,0%)	20	100,0%	52	46 (88,5%)	36	78,3%	0,78 (0,67-0,91)	
Total	46	286 (78,3%)	79	30,6%	156	138 (88,5%)	73	44,2%	1,34 [#] (0,84-2,12)	

[#] : Risque relatif ajusté de Mantel-Haenszel. ^{*} : Issu du test d’homogénéité de Mantel-Haenszel. ^a : Pourcentage par rapport au nombre de near-miss césarisées.

L’analyse de ce tableau montre :

- que le délai médian pour la césarienne n’a pas considérablement changé au CHD B (114 min avant gratuité et 121 min après gratuité (Mars-Aout 2012)). La proportion de femmes césarisées avec un délai acceptable est de 18,8% avant et 20,3% après gratuité. Cependant, il n’y a pas d’évidence suggérant une association entre la politique de gratuité de la césarienne et la prévalence de délai acceptable chez les near-miss (RR=1,1 ; 95%IC : 0,36-3,28) ;
- qu’à l’HZ E, le délai médian est de 73 min avant gratuité et de 38 min après. On note une évidence d’association entre la politique de gratuité de la césarienne et la prévalence de délai acceptable chez les near-miss. Une near-miss césarisée après la gratuité à l’HZ E a 2,35 (95%IC : 1,04-5,35) fois de plus de chance d’être césarisée dans un délai inférieur ou égal à 60 min comparée à la période avant la gratuité.

Les déclarations parmi tant d'autres, des patientes du CHDB interviewées informent ici sur un exemple de vécu hospitalier :

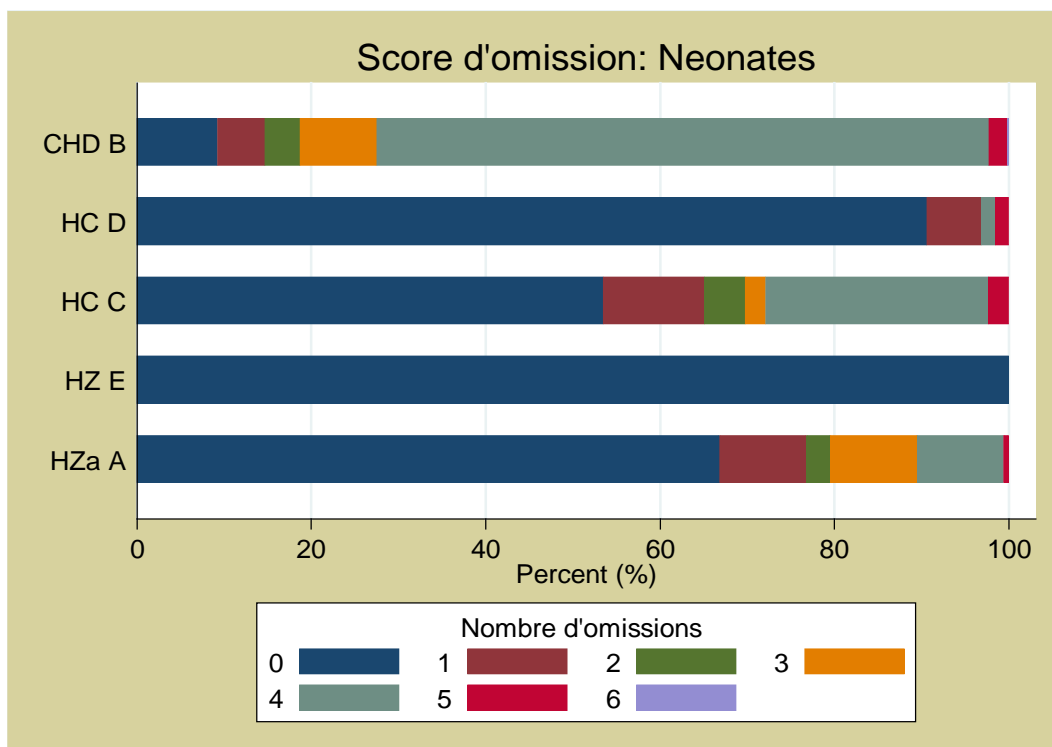
"La différence, je vous l'avais déjà dit. Quand tu te rends dans un grand hôpital, tu verras les choses du grand hôpital et quand tu te rends dans un petit hôpital, tu verras les choses du petit hôpital. Pour moi, quelque soit l'hôpital, c'est qu'il faut vite, vite agir, sinon, c'est tard, mais ils prennent tout leur temps. Dans un grand hôpital, les complications doivent être rapidement et mieux prises en charge parce qu'il y a le matériel adéquat et le personnel soignant mais ils traînent trop sur nous et lorsque ça se complique, les cris et les lamentations commencent et on court partout. On demande aux parents d'aller louer une voiture pour emmener les patientes ailleurs. Des fois on appelle les sapeurs-pompiers. On fait tout ça et on arrive au grand hôpital, et pour des raisons de lenteur encore, il y a décès. C'est ce que nous vivons ici, et c'est très mauvais..."_Césarisée,_CHD B,_G3P3,_35_ans, Couturière, primaire,_Nago

- **Prise en charge des nouveau-nés**
- **Éléments de qualité des soins chez le nouveau - né**

Tableau 30: Score d'omission chez les nouveau-nés par hôpital

	N	Score Moyen	Score Médian
CHD B	661	3,32	4
HcD	64	0,20	0
HcC	43	1,42	0
HZ E	56	0,0	0
HZa A	181	0,88	0
Total	1005	2,42	4

Figure 9: Score d'omission chez les nouveau-nés par hôpital



L'analyse de ces tableaux et figures révèle que dans l'ensemble la qualité des soins donnés aux nouveaux nés est satisfaisante et c'est l'HZE qui a le meilleur score. Aucune omission n'a été observée dans cet hôpital contrairement au CHD B où plus de 3 omissions sur 7 ont été observées (score moyen d'omission : 3,3).

- **Bruits de cœur fœtal (BDC) à l'admission**

Tableau 31: Répartition des mort-nés avec BDC positifs à l'admission

	N (%)			
	Non	Oui	Non documenté	Total mort-nés
CHD B	215 (77,1)	59 (21,2)	5 (1,8)	279 (100,0)
Hc D	13 (76,5)	7(23,5)	0 (0,0)	17 (100,0)
Hc C	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	14 (100,0)
HZ E	14 (63,6)	8 (36,4)	0 (0,0)	22 (100,0)
HZa A	56 (70,0)	22 (27,5)	2 (2,5)	80 (100,0)
Total	307 (74,5)	98 (23,8)	7 (1,7)	412 (100,0)

Près d'un mort-né sur 5 (23,8%) présentait des bruits du cœur fœtal positifs à l'admission. Ces taux étaient plus élevés à l'Hc C (35,7%) et l'HZ E (36,4%).

Tableau 32: Scores d'omission versus score de mise en œuvre et coût médian à la charge des patientes en dépit de la gratuité

Score d'omission	Hôpital	N	Score Moyen	Score Médian	Score de mise en œuvre	Coût médian à la charge des patientes en dépit de la gratuité
Score d'omission pour accouchement vaginal	CHD B	724	0,4	0,0		
	Hc D	65	0,2	0,0		
	Hc C	45	2,0	2,0		
	HZ E	61	0,1	0,0		
	HZa A	205	1,7	1,0		
	Total	1100	0,7	0,0		
Score d'omission pour la césarienne	CHD B	670	0,9	1,0	5/14	5700
	HcD	363	0,8	1,0	2/14	27150
	HcC	217	1,9	1,0	5/14	9630
	HZ E	121	0,2	0,0	10/14	3500
	HZa A	361	0,8	1,0	9/14	7750
	Total	1732	0,9	1,0		

Dans les hôpitaux de la ZS PAS, dont le CHDB qui enregistre trop rapidement une forte fréquentation, bien que les Kits soient disponibles au cours de la période de collecte de données, le délai médian entre la décision et le début de la césarienne / laparotomie pour RU est d'environ 2 heures pour un délai contextuel acceptable d'une heure. Dans cette ZS la gratuité de la césarienne n'a pas encore atteint l'un de ses objectifs, celui d'éliminer le troisième retard. Les raisons avancées pour expliquer cette situation étaient : au CHD B, le pool commun des anesthésistes (maternité et chirurgie), coût de consultation pré anesthésiques, la garde non couchée des gynécologues, la non motivation des anesthésistes et charisme du médecin chef; à l'Hc C, le non avancement des salaires du personnel depuis son ouverture et à l'HcD le paiement de complément de 20 000 F CFA et de 1 500 F CFA de visite pré anesthésique.

Le score de mise en œuvre est mauvais dans cette ZS de même que les scores d'omission pour la prise en charge des mères.

C'est l'HZE qui a le meilleur score aussi bien pour la mise en œuvre, le délai entre la décision et le début de la césarienne que pour les scores d'omission. Ce HZ E travaille en toute tranquillité et parfois réfère les cas graves vers le Centre Hospitalier Départemental.

Aussi, dans tous les hôpitaux la qualité des soins donnés à la mère est meilleure que celle données aux enfants. En effet c'est seulement 2,5% des nouveaux nés qui avaient bénéficié d'une prise en charge adéquate c'est-à-dire sans aucune omission de gestes cliniques qui devait être faits.

Des entretiens avec les patientes, il ressort que, pour toutes les patientes, accouchées normales, near-miss ou césariées, la qualité des soins reçus, revêt deux aspects à savoir : le traitement en termes d'actes médicaux subis et de médicaments utilisés et le traitement en termes de relations et d'interactions interpersonnelles. Unaniment, les différents types de patientes interviewées, tout site confondu, ont exprimé, en de termes variés, leur satisfaction en ce qui concerne les actes médicaux subis ainsi que les médicaments qui leur ont été prescrits pour leur guérison.

Pour elles, les sages femmes et médecins sont des personnels qualifiés qui connaissent et mettent bien en pratique leur métier en termes d'actes médicaux et ce, en vue de répondre positivement aux différents problèmes de santé qui les conduisent vers eux.

Par contre, pour ce qui est des interactions et relations soignant- soigné, les patientes ont révélé leur déception et leurs chagrins par rapport aux traitements relationnels dont elles sont victimes et qu'elles ont dû supporter par résignation lors de leur séjour hospitalier. De ce point de vue, très peu de patientes, sortent des structures sanitaires avec une bonne impression sur les interactions et relations soignant-soigné, même lorsqu'elles se retrouvent à la fin de leur séjour hospitalier en bonne santé avec leur bébé.

Quant à la gratuité de la césarienne , la majorité des patientes des différents sites, pense, selon l'expérience vécue au cours de leur séjour hospitalier, qu'elle a fait diminuer la qualité des soins et a accentué davantage le manque d'échanges et d'informations aux patientes, de dévouement de certains agents, de considération due aux patientes, de rapidité dans les interventions et des soins, de disponibilité des médicaments d'urgence, de disponibilité suffisante d'antibiotiques dans les kits, de prise régulière des constances et de bons comportements envers les patientes.

Quelques témoignages des patientes interviewées dans les différents sites illustrent dans les propos ci-après, les écueils dans la qualité des soins.

*"Les agents là sont de mauvaise foi. Ils travaillent hein, ils vous donnent de bons traitements médicaux et j'apprécie cela. Mais si tu ne connais personne là, tu vas mourir ...La dame élancée là n'est pas quelqu'un qu'il faut aller rencontrer lors d'un travail d'accouchement, elle est très méchante. Cette dame est méchante. Je suis restée couchée tellement que j'ai commencé par avoir mal au dos. Quand je lui ai demandé à changer de position, elle m'a répondu « tu veux changer de position non ? Vas-y, tu penses que si tu tombes, je vais te relever » Or j'avais mal partout. Voyez le moment où j'ai accouché et voyez depuis quand j'étais sur la table. Tout mon dos me faisait mal. Et j'ai demandé à changer de position et elle me demande qui va m'aider à me relever si je tombais, et qu'elle ne va pas me relever. Pour moi la façon de parler aux gens compte beaucoup dans la qualité des prestations...mais ça, ça leur manque et c'est ça qui vient tout gâter. Ils font bien les choses mais en fin de compte ils gâtent tout encore par leurs attitudes et leurs propos blessants, ce n'est pas bon..."***Accouchée Normale, Hôpital B, G10P09, 40ans, Revendeuse, primaire, Goun.**

Une autre illustration d'opinions

"Il faut parler à celles qui négligent les patientes et qui prennent tout leur temps avant de s'occuper de vous, parce que la négligence n'est pas une bonne chose. Elles ne répondent pas vite aux patientes et c'est ça qui crée toutes les complications, quand on agit rapidement on peut réparer et sauver beaucoup de femmes. Certaines sont dévouées, je l'avoue, mais, d'autres vous regardent à peine, elles ne vous expliquent pas ce qu'elles vous font et n'ont aucune considération pour vous. En tout cas, pour moi, du moment où je suis retrouvée sur pied et que mon enfant vit, ça me réjouit vraiment déjà, Dieu m'a sauvé ". Césarisée, Hôpital B, G2P2, Revendeuse, Non Scolarisée, Nago.

7.3 Niveau communauté et ménage

- Les principaux obstacles à l'utilisation des services.

La politique de GC semble à première vue avoir amélioré l'accessibilité surtout financière des parturientes aux services de santé. Nonobstant la diminution des dépenses autrefois lourdes et péniblement engagées par le ménage dans les soins de santé, certaines barrières demeurent persistantes. L'élimination de ces barrières constitue l'un des défis pour une meilleure utilisation des services de santé. Il s'agit notamment de:

- barrières persistantes relatives à l'information sur la politique : la majeure partie de la population est vaguement informée de la gratuité de la césarienne. Celle qui le sont, ne sont pas convenablement renseignées sur le détail des services offerts dans cette gratuité semant ainsi dans leur esprit le doute et la confusion. Le contraste entre le discours dans les médias et la réalité des frais persistants limitent non seulement leur adhésion et leur bénéfice de la politique mais confirment aussi leur doute sur cette gratuité. La faible information des prestataires de première ligne qui doivent référer les cas entraîne des hésitations et des doutes. Tous ces facteurs liés à l'information sont encore des barrières à l'accès à la politique.
- barrières liées au transport : le transport de la patiente de la maison au Centre de santé ou entre ce centre et l'hôpital ou encore entre deux hôpitaux constituent toujours pour le ménage un véritable problème. Malgré la qualité relativement bonne du réseau routier desservant nos sites de recherche, les barrières géographiques demeurent encore une réalité. L'accessibilité géographique des structures de santé est réduite lorsqu'on va en milieux rural ou lacustre. En dépit de la gratuite de la référence instituée à l'intérieur d'une même ZS avant la GC et décrétée dans le cadre de la GC, cette référence est toujours redoutée et parfois refusée par le ménage. Ce système de référence qui n'est pas améliorée par la politique, nécessite toujours des dépenses pour les ménages. Ces frais insoutenables découragent la patiente et ces accompagnants dès que le prestataire prononce le mot "référence" barrières liées à la qualité des soins en termes d'acceptabilité par les populations :

Même lorsque les femmes sont proches de certaines structures, elles préfèrent aller dans des structures qui sont plus éloignées pour des soins qui leur paraissent acceptables en termes de qualité d'accueil et d'empathie. La recherche de cette qualité d'accueil les poussent à se plier en quatre pour payer aux prestataires de soins des frais parallèles et obtenir ainsi "un meilleur suivi"

- barrières financières persistantes : la perception du supplément forfaitaire dans certains hôpitaux (20000 à l'Hc D), la perception de divers frais parallèles, le rançonnement...édifie assez bien sur les difficultés financière que rencontrent toujours les patientes à l'aire de la GC.

" .., mais la situation géographique de la commune des Aguégus permet, je dirai d'enregistrer des cas très déplorables parce que Aguégus paraît ou bien je peux appeler ça une île ... il faut faire des kilomètres sur l'eau avant d'atteindre Porto-Novo ; maintenant chercher un zémidjan peut-être ou rapidement une voiture. Bon si tu n'as pas un frère que tu as déjà téléphoné et qui a amené sa voiture à la berge, il faut aller maintenant à "Ponto" ou à "Adjladokodji" ou bien à "Catchi" chercher une voiture pour pouvoir amener la dame en travail à l'hôpital. Donc par rapport à la gratuité, ..." **Membre du _COGES**

- **Quelles sont les perceptions des bénéficiaires sur la pertinence et l'efficacité de la politique?**

L'appréciation de la gratuité de la césarienne faite par toutes les patientes confondues dans tous les sites est très positive. Cependant sur les perceptions, les opinions émises varient selon les patientes.

Pour certaines, la gratuité telle que promulguée donne une bouffée d'oxygène pour les dépenses tel que le déclare parmi tant d'autres enquêtées, la patiente ci-après :

"Le travail qu'ils font là, c'est un travail d'aide à la population. On te fait le travail sans prendre de l'argent. C'est les médicaments seulement que tu achètes pour toi-même et pour ton bébé et tu reviens à la maison. C'est quelque chose qui m'a beaucoup fait plaisir. Ils ont fait cela pour sauver les pauvres comme nous qui fuyions l'hôpital avant..." **Césarisée, Hc D , G5P4, 35 ans, Revendeuse, Non scolarisée, Tori.**

Cependant, la gratuité ne constitue pas, selon les patientes, l'élément de décision de recours à la césarienne et n'influence pas non plus le choix de l'hôpital parce que la plupart des patientes ont eu l'information sur la gratuité, une fois admise dans l'hôpital pour leur césarienne. Pour les patientes venues d'elles même, les principales raisons du choix de l'hôpital étaient, le meilleur établissement dans la région (36,1%), accouchement antérieur dans cet hôpital (32,6%) ou une connaissance dans l'établissement (15%). De leur point de vue, la gratuité n'efface pas la peur de perdre la vie, mais, elle contribue plutôt à réduire la peur des dépenses à certains égards comme on l'entend dire par exemple ici :

"Je trouve que c'est une bonne chose parce qu'avant non seulement on avait peur de mourir mais aussi mon mari avait peur de beaucoup dépenser. Maintenant qu'on ne paye plus c'est une bonne chose. Si on fini de te faire ta césarienne, c'est les médicaments seuls que tu vas payer." **Césarisée, HZa A, G4P3_24ans, Couturière, secondaire, Boo.**

Pour d'autres la gratuité ne devrait pas seulement concerner l'acte de césarienne, mais devrait être une prise en charge complète de la patiente y compris les médicaments.

"Moi je pense que cette gratuité là doit aller jusqu'au bout, il ne sert à rien de parler de gratuité si on doit nous créer d'autres frais qu'on ne nous explique pas. C'est comme si on donne d'une main et on le retire de l'autre ... Mais je ne dis pas que ce qui est fait n'est pas bon hein ? C'est bon mais il faut continuer et aller jusqu'au bout ".**Césarisées, CHD B, G2P2_Cs_Ménagère, yorouba.**

Pour d'autres encore, la gratuité de la césarienne a plutôt induit une influence sur la prise en charge des patientes en termes de diminution de la qualité des soins. Elles témoignent qu'elles sont maintenant beaucoup plus qu'avant la gratuité, victimes de négligence, d'injures et de rançonnement par les agents de santé qui n'aiment plus faire l'effort d'aider à accoucher par voie basse.

" oui, la gratuité là , ça fait que les sages femmes n'aiment plus se gêner pour aider les femmes à accoucher par voie basse, elles menacent à tout moment de vous amener simplement au bloc, dès que vous faites quelque chose qui les fâche, pour vous opérer et c'est fini. Et non seulement ça, il semblerait que la gratuité là leur profite bien avec les faux frais. Elles vous créent des dépenses pour trouver pour elles dedans..." **Césarisée, CHD B, G2P2, Revendeuse, Non scolarisée, Nago.**

Un autre exemple d'opinions

"...oui sinon, on allait dépenser plus que ça ... c'est très bien parce que avant, il fallait verser 200 000F avant qu'on ne touche une femme. Et maintenant c'est gratuit. Mais moi ça ne m'a pas poussé à venir ici. Je ne savais pas ça avant de venir. Mais dans la salle d'hospitalisation, il y a d'autres qui disaient que leur césarienne là ça devient de trop, parce que c'est gratuit et que c'est l'Etat qui paye, ça fait que les sages femmes n'aiment plus se gêner pour nous accoucher par voie basse. Et non seulement ça aussi, il semblerait que ça leur profite aussi. Vous voyez ? Et beaucoup le disent." **Césarisée, HCC, G1P1, 25ans, Auxiliaire de Pharmacie, Secondaire, Goun.**

Un exemple d'opinion de mari de patiente

... "Ça a créé trop de rançonnement. Je prends un exemple, on me demande d'acheter l'eau de javel, deux litres. Pour quelqu'un qui est à l'hôpital, ça va servir à quoi ? J'ai demandé après, et ils m'ont dit que lors de l'opération, il y a du liquide qui est tombé sur leur chemise et qu'ils vont partir à la maison avec ça pour les laver. Ils sont des agents permanents de l'Etat, ils ont un salaire. Si le mécanicien est entrain de réparer une moto et l'huile noire tombe sur son habit, il va dire au propriétaire de la moto de lui payer de l'eau de javel en plus des frais de main d'œuvre ? Donc la gratuité, si l'Etat peut assumer son rôle à 100%, quand la personne rentre à l'hôpital, c'est qu'elle doit sortir saine et sauf à 0F, là on peut parler de la gratuité. Si moi, je n'avais pas d'argent, quand on a dit saignement pour ma femme, qu'est-ce qui va suivre en même temps ? C'est la mort. Ce n'est pas responsable..." **Césarisée, G2P2, Ménagère, secondaire, yorouba/Mari patiente.**

Par ailleurs, des effets non attendus de la gratuité ont été soulignés par les patientes et plus d'un retiennent l'attention. Traduit comme des conséquences négatives de la gratuité, les césarisées comme les accouchées normales dénoncent des faits constituant des pistes de réflexion sur cette politique de gratuité mise en œuvre dans les hôpitaux.

"C'est bon mais quand on dit quelque chose est gratuite là, il faut s'attendre à tout. La personne sait que l'argent que tu vas payer, elle va trouver pour elle dedans ; voilà qu'on l'empêche de trouver ce qu'elle veut, elle ne sera pas contente, donc elle va créer elle-même par où elle aura pour elle. Voilà. Donc de là, si on dit de donner quelque chose, il faut vite donner pour sauver ta tête. Vous comprenez déjà ce que je dis non ? Il faut être vigilant, la gratuité de la césarienne là, ça va influencer la prise en charge des femmes. Ah, ça là, c'est clair." **Accouchée Normale, G1P1, 25ans, Elève Institutrice, secondaire, Fon.**

Un autre exemple d'illustration

"C'est une bonne chose parce que si les patientes devraient elles-mêmes supporter le coût de la césarienne, il y aurait beaucoup de décès. Le jour où moi j'étais sur la table d'accouchement, il y a une dame, je ne sais pas si elle est venue en consultation ou bien si c'est le travail d'accouchement qui l'a amené à l'hôpital. Quand la dame est venue, elles ont porté des gants et lui ont fait des touchés et la dame a juste fait un geste là et un des agents a commencé par lui dire « qu'est-ce que tu as, qu'est-ce que tu as, si c'est ça alors, descends pour qu'on règle ton cas au bloc. » Elles ne veulent plus se gêner, elles vont l'amener simplement au bloc pour l'opérer et c'est fini." **Césarisée, G4P7, 27ans, Revendeuse, primaire, Goun.**

- **Quels ont été les effets sur les ménages, financiers et non financiers, et pour différents types de ménages?**

Sur les 663 enquêtés investigués dans les entretiens a la sortie, 473 ont été césarisées. Le tableau ci-dessous présente la répartition du total des enquêtés et des césarisés suivant leur appartenance au quintile de bien-être économique.

Tableau 33: Répartition de l'ensemble des enquêtés et césarisées selon leur appartenance au quintile de bien-être économique

Quintiles	Ensemble	Césarisée
	n (%)	n (%)
Plus pauvres	17 (2,6)	9 (1,9)
Pauvres	32 (4,8)	22 (4,7)
Moyens	162 (24,4)	102 (21,6)
Riches	279 (42,1)	203 (42,9)
Très riches	173 (26,1)	137 (29,0)
Total	663 (100,0)	473 (100,0)

Il ressort du tableau ci dessus que respectivement 7,4% et 6,6% de l'ensemble des enquêtés et des césarisés sont pauvres alors que respectivement 68,2% et 71,9% de l'ensemble des enquêtés et des césarisés sont riches.

Un regroupement des quintiles (pauvres=plus pauvres et pauvres, moyens et riches=plus riches et riches) a permis de répartir les enquêtés par hôpital pour identifier les zones de concentration des enquêtés.

Tableau 34: Répartition des césarisées par hôpital selon le niveau de vie

			Hôpital						Total	
			CHD B	Hc D	Hc C	HZ H	HZ E	HZc F		HZa A
Niveau de vie	Pauvres	Effectif	4	0	0	1	2	4	20	31
		% colonne	1,6%	0,0%	0,0%	2,6%	5,9%	9,3%	41,7%	6,6%
	Moyens	Effectif	27	7	6	14	14	22	12	102
		% colonne	10,8%	16,3%	37,5%	36,8%	41,2%	51,2%	25,0%	21,6%
	Riches	Effectif	220	36	10	23	18	17	16	340
		% colonne	87,6%	83,7%	62,5%	60,5%	52,9%	39,5%	33,3%	71,9%
Total		Effectif	251	43	16	38	34	43	48	473
		% colonne	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le tableau ci-dessus montre que l'HZa A avait la proportion de césarisées pauvres la plus élevée (41,7%) tandis que cette proportion était nulle aux Hc D et Hc C et inférieur à 10% dans les autres hôpitaux. De même la proportion des césarisées appartenant au quintile moyens du CHD B (10,8%) est significativement inférieure à celle des Hc C (37,5%), HZ H (36,8%), HZ E (41,2%) et HZc F (51,2%) mais identique à celle des Hc D (16,3%) et HZa A (25%). Les proportions les plus élevées de césarisées appartenant aux ménages riches sont aux CHD B (87,6%), Hc D (83,7%) et Hc C (62,5%). Ces trois hôpitaux appartiennent à la ZS PAS considérée comme riche.

Pour voir la tendance en zones pauvre, la zone PAS (riche) a été extraite de l'échantillon.

Le tableau ci-après donne une répartition par niveau de vie et par hôpital du sous-échantillon des césarisées des ZS considérées comme pauvres

Tableau 35: Répartition du sous échantillon des césarisées des ZS considérées comme pauvres par hôpital et selon le niveau de vie

			Hôpital				Total
			HZ H	HZ E	HZC F	HZa A	
Niveau de vie	Pauvres	Effectif	1	2	4	20	27
		% colonne	2,6%	5,9%	9,3%	41,7%	16,6%
	Moyens	Effectif	14	14	22	12	62
		% colonne	36,8%	41,2%	51,2%	25,0%	38,0%
	Riches	Effectif	23	18	17	16	74
		% colonne	60,5%	52,9%	39,5%	33,3%	45,4%
Total		Effectif	38	34	43	48	163
		% colonne	100%	100%	100%	100%	100%

Il ressort de ce tableau que même dans les ZS considérées pauvres, seulement 16,6% des césarisées de notre sous-échantillon venaient de ménages pauvres contre 38% appartenant à des ménages de niveau de vie moyen et 45,4 provenant de ménages riches.

Ces répartitions indiquent que la gratuité de la césarienne a moins profité aux pauvres qu'aux riches.

En vue d'apprécier l'influence de la gratuité de la césarienne sur le coût encore à la charge du patient durant son séjour hospitalier, le coût total du séjour hospitalier a été calculé. Il regroupe les frais supportés par les patientes depuis son admission jusqu'à la sortie. Il s'agit ici de tous les frais payés par le patiente (médicaments, analyses, consultation, chirurgie, transports, repas, hospitalisation....) dès quelle est entrée dans l'hôpital jusqu'à son exéat.

Les tableaux 37 et 38 illustrent les résultats obtenus.

Tableau 36: Répartition par hôpital du coût total du séjour hospitalier des césarisées

		Ensemble	CHD B	HC D	HC C	HZ H	HZ E	HZc F	HZa A	Pα
Coût total du séjour hospitalier des césarisées	Moyenne	39304,04	40988,06	63415,60	27153,13	30405,84	42493,94	27827,91	28783,33	<0,001
	Médiane	32990,00	34735,00	59515,00	23520,00	29995,00	32650,00	26200,00	23500,00	
	Ecart-type	23633,50	24725,47	17772,05	14656,03	6147,80	29209,72	12156,60	18994,08	
	Minimum	0	7275	48290	0	20300	11650	9000	5500	
	Maximum	206640	206640	160555	49925	49005	148430	73200	81500	

Tableau 37: Répartition par hôpital des coûts des différentes prestations pour les femmes ayant accouchées par césarienne

		Ensemble	CHD B	Hc D	Hc C	HZ H	HZ E	HZc F	HZa A	P α
Enregistrement	Médiane	0	0	200	200	0	0	0	500	<0,001
	Minimum	0	0	200	0	0	0	0	0	
	Maximum	500	200	200	200	100	100	0	500	
Référence	Médiane	0	0	0	0	0	0	0	2000	<0,001
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	25000	20000	0	2000	0	25000	15000	20000	
Analyse	Médiane	3200	3200	0	4000	4100	0	0	3000	<0,001
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	47400	33200	47400	14700	10000	5000	18000	9000	
Médicaments et consommables médicaux	Médiane	6500	4500	22950	0	12448	6850	12200	3000	<0,001
	Minimum	0	0	14145	0	4285	0	0	0	
	Maximum	57215	57215	43300	13280	17510	55505	19800	16000	
Consultation	Médiane	1000	0	4500	2500	1950	0	0	1000	<0,001
	Minimum	0	0	4500	0	1950	0	0	0	
	Maximum	9000	9000	4500	5000	3900	1000	0	1500	
Chirurgie	Médiane	0	0	20000	0	0	0	0	0	<0,001
	Minimum	0	0	20000	0	0	0	0	0	
	Maximum	20000	0	20000	0	0	0	0	0	
Honoraires du personnel (y compris cadeaux)	Médiane	0	0	0	0	0	0	0	0	0,718
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	30000	10000	0	0	0	5000	30000	7000	
Transport (aller-retour pour assurer les dépenses)	Médiane	2000	2000	2500	1250	2500	2000	2000	0	<0,001
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	20000	20000	5500	20000	8200	15000	8000	10000	
Paiements hors de l'établissement	Médiane	15655	20000	5730	11675	6995	20370	10000	10000	<0,001
	Minimum	0	3000	1800	0	1600	11650	4500	0	
	Maximum	144305	144305	35670	25075	15420	80105	20000	50000	
Hospitalisation	Médiane	0	0	0	0	0	0	0	0	0,001
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	40000	40000	4000	4000	8000	4000	17000	40000	
Autres dépenses	Médiane	0	0	1725	0	0	0	0	0	<0,001
	Minimum	0	0	300	0	0	0	0	0	
	Maximum	32500	32500	16000	2500	7000	6000	15000	9500	

Dans l'ensemble le coût total moyen du séjour hospitalier des césariées était de 39 304,04 F CFA et variait entre 0 et 206 640 F CFA. Cela traduit l'existence de certains coûts demeurant encore à la charge des ménages des patientes césariées. Les montants totaux dépensés par les ménages des femmes césariées étaient significativement différents selon les hôpitaux ($P < 0,001$). Tandis que la moitié des césariées des HZa A, HZH, Hc C, HZc F avait dépensé moins de 30 000 F CFA ; celle du CHD B et de l'HZ E avait déboursé moins de 35 000 F CFA ; et celle de Hc D affichait un montant médian de 59 515 F CFA. Les coûts économiques les plus faibles pour les ménages des femmes césariées ont été enregistrés à Hc C (0 F CFA) et HZa A (5500 F CFA) ; tandis que les plus élevés étaient observés au CHD B (206 640 F CFA), Hc D (160 555 F CFA) et l'HZ E (148 430 F CFA).

Quelque soit la structure de soins investiguée pour la césarienne, les principaux centres de coût étaient respectivement : les paiements hors de l'établissement (médicaments supplémentaires et la nourriture achetés hors de l'hôpital) environ 48,4% (IC 95% : 46,1 ; 50,7) du coût total du séjour hospitalier, les médicaments et consommables médicaux 21% (IC 95% : 19,5 ; 22,6) et les analyses environ 10,7% (IC 95% : 9,8 ; 11,7) du coût total du séjour hospitalier. Toutefois, 91,2 % des césariées enquêtées ont déclaré que leur ménage à été en mesure d'assurer tous les paiements qui leur ont été demandés.

Une analyse comparative des dépenses totales des ménages des césariées non near-miss et des césariées near-miss a permis de constater que les montants dépensés étaient d'autant plus élevés que la césariée avait été near-miss ($P < 0,001$). Les near-miss dépensaient en moyenne 21 000 F CFA de plus que les non near-miss.

De même une analyse des dépenses totales des ménages suivant le quintile d'appartenance des femmes a révélé l'existence d'une corrélation positive entre les montants déboursés par les ménages et le quintile d'appartenance des femmes. Plus la femme appartient à un quintile riche, plus les montants dépensés sont élevés ($P < 0,001$). Tandis que les femmes césariées du 1^{er} quintile avaient dépensé en moyenne 27 208 F CFA, celles appartenant aux ménages très riches avaient dépensé en moyenne 47 365 F CFA.

Le tableau ci-dessous donne une estimation du gain par césarienne engendré pour le ménage avec l'avènement de la politique de gratuité de la césarienne (2008 et 2012)

Tableau 38: Estimation du gain pour le ménage par césarienne réalisée

Coût total moyen de la césarienne pour les ménages	36 214 ¹³
Coût total moyen de la césarienne pour les ménages en 2008 avant la politique de gratuité	140 039 ¹⁴
Réduction moyenne du coût par patient	103 825
% Réduction pour le ménage	74%

¹³ Coût calculé à partir des données de l'Entretien de Sortie. Il prend en compte toutes les dépenses effectuées par les ménages des femmes césariées depuis leurs admission jusqu'à la sortie (les frais d'enregistrement, les frais de références, les analyses, la consultation, les médicaments et consommables médicaux, la chirurgie/intervention, l'hospitalisation, les paiements hors de l'hôpital, les frais de transport pour assurer les dépenses, le transport des accompagnants et autres dépenses.

¹⁴ Ce coût est tiré de "One Exemption is not enough: An Evaluation of Benin's Free Caesarean Policy. MSc Thesis. The London School of Hygiene and Tropical Medicine: UK. ; candidate n°105494; 2012". Il a été calculé à partir des données de coût du projet AudObEm réalisé en 2008 dans trois Hôpitaux de zone du Bénin (Ouidah, Savalou et Kandi). Trois hôpitaux FEMHealth (Comè, Dassa et Bembéréké) de même type, avec des populations appartenant à la même classe que les hôpitaux AudObEm ont été retenus pour le calcul du gain pour le ménage.

Le gain moyen engendré par la politique de gratuité de la césarienne pour le ménage est de 103 825 F CFA en moyenne, soit une déduction d'environ 74% [IC 95% ; 0,68 - 0,77] pour le ménage par césarienne réalisée.

8 Discussion

La politique de gratuité de la césarienne est une réalité au Bénin depuis le 1^{er} Avril 2009. Les questions essentielles qu'on peut se poser sont les suivantes :

La politique a t'elle fait augmenter l'accès aux soins obstétricaux ?

Quels sont les groupes qui en bénéficient ?

La politique est-elle efficace dans la réduction des charges financières ?

Quels étaient les effets sur la qualité des soins ?

Est-ce que la politique renforce ou affaiblit le système local de santé?

Quelles sont les principales forces et faiblesses de la politique ?

Et qu'en est-il de sa durabilité ?

Comment se compare t-elle avec l'expérience des autres pays ?

8.1 Est-ce que la politique a augmenté l'accès aux soins obstétricaux? A quel mesure, et pour quels services et endroits ?

Une évolution linéaire de 1,2% du taux de césarienne a été observée dans toutes les régions, faisant passer le taux de 3,7% avant la gratuité en 2009 à 6,4% en 2012. Cette évolution n'est que la suite d'une tendance entamée depuis 2004 (analyse des données des différentes EDS). Quant au taux d'accouchement assisté, au plan national, son accroissement n'est pas perceptible, le Bénin ayant déjà, avant la gratuité, un taux acceptable de 78% (1) et actuellement ce taux est de 84% (EDS 2012). Par contre dans les hôpitaux appliquant la gratuité, on note une légère hausse de 0,12%¹⁵ en moyenne (IC 95% : 0,04 ; 0,20 et p=0,002) quel que soit la ZS considérée.

8.2 Quels sont les groupes qui bénéficient le plus et le moins (par région, statut socio-économique etc.)?

Les résultats issus des données collectées montrent que respectivement 7,4% et 6,6% de l'ensemble des enquêtés et des césarisés sont pauvres contre respectivement 68,2% et 71,9% de riches de l'ensemble des enquêtés et des césarisés. Ce qui fait penser à première vue que la césarienne profite plus aux riches qu'aux pauvres.

D'autre part, le regroupement des quintiles en (pauvres, moyens et riches) par hôpital a montré que les césarisés les plus pauvres sont concentré à l'HZa A alors que les plus riches se retrouvent au CHD B, Hc D et Hc C. Ces résultats seraient liés à l'échantillonnage. En effet, la seule zone sanitaire Porto-Novo-Aguégou Sème-Kpodji regroupe 3 des 7 hôpitaux retenus pour l'étude et représente 65,54 % des césarisés enquêtés. Il s'agit d'une zone à population riche, service à proximité et bonne fréquentation.

¹⁵ Effet ajusté par le taux de césarienne de toute la zone sanitaire.

Bien qu'ayant retiré cette zone de notre échantillon pour analyser les résultats nous avons constaté que dans les autres ZS (zones pauvres à faible ou bonne fréquentation, service plus ou moins à proximité), c'est seulement 16,6% des pauvres qui ont bénéficié de cette politique.

8.3 Est-elle efficace dans la réduction des charges financières? A quel coût ?

Ne disposant pas d'une étude de référence avant la politique, il nous serait actuellement difficile de répondre à cette question. L'idéal aurait été de faire une étude avant et après ou avec ou sans la politique. Cependant il est une évidence, la gratuité de la césarienne est aujourd'hui une réalité au Bénin qui soulage tout de même ceux qui y ont recours, étant donné que seulement 3% (20/663) des patientes césarisées avaient souscrit à une assurance maladie. Donc souscrire à une assurance maladie n'est pas une pratique courante au Bénin, de plus les 20 ayant souscrit appartenaient aux ménages de niveaux moyens et riches. L'avènement de la politique a engendré un gain moyen pour le ménage de 103 825 F CFA. La contribution de l'Etat à travers le remboursement de forfait de 100 000 F CFA par césarienne a donc allégé les dépenses des ménages d'environ 74 % [IC 95% ; 0,68 - 0,77] comparativement à avant la politique.

8.4 Quels étaient les effets sur la qualité des soins en général?

Aucune étude n'a été faite sur la qualité des soins obstétricaux dans sa globalité dans les sites du projet FEMHealth avant la gratuité de la césarienne. Il nous sera difficile de répondre à cette question dans sa globalité. Cependant nous avons apprécié le délai entre la décision et le début de l'intervention (césarienne/ laparotomie pour RU) pour les Near-Miss car l'étude AudObEm s'est intéressée aux Near – Miss.

Nous pouvons dire globalement que pendant cette période de collecte de données, la qualité des soins pour les accouchements est bonne dans presque tous les hôpitaux à l'exception de l'Hc C où le score d'omission est élevé et l'HZa A où le taux de morbidité et d'incidents graves liés à la césarienne est élevé.

Bien que les produits et équipements pour une césarienne soient disponibles avec la gratuité dans les hôpitaux pratiquant cette politique, dans la ZS Porto- Novo/ Aguégoué/ Sèmè- Podji abritant le CHD B qui enregistre trop rapidement une forte fréquentation, le délai entre la décision et le début de l'intervention césarienne/ laparotomie pour RU est d'environ 2 heures pour un délai contextuel acceptable d'une heure. Et pour les Near-miss césarisées ce délai est de 114mn avant la gratuité et 121 mn après la gratuité. La gratuité de la césarienne n'a pas permis de réduire le délai entre la décision et l'intervention césarienne. Cette ZS n'a pas encore atteint l'un de ses objectifs, celui d'éliminer le troisième retard. Les raisons avancées pour expliquer cette situation étaient : au CHD B, le pool commun des anesthésistes (maternité et chirurgie), coût de consultation pré anesthésiques, la garde non couchée¹⁶ des gynécologues, la non motivation des anesthésistes et charisme du médecin chef qui n'avait pas d'autorité sur son personnel; à Hc C, le non avancement des salaires du personnel depuis son ouverture et à la Hc D le paiement de complément de 20 000 F CFA et de 1 500 F CFA de visite pré anesthésique.

Aussi dans cette ZS, de mauvais scores de mise en œuvre de la politique et de mauvais scores d'omission pour la mère et l'enfant ont été enregistrés.

C'est l'HZ E qui a le meilleur score aussi bien pour la mise en œuvre que pour les scores d'omission et un bon délai entre la décision et le début d'intervention (césarienne/laparotomie pour RU). Ce HZ travaille en toute tranquillité et parfois réfère les cas graves vers le Centre Hospitalier Départemental (CHD G). La gratuité de la césarienne a permis de réduire le délai dans cet hôpital, en effet, le délai médian entre la

¹⁶ Les gynécologues de garde sont à l'hôpital dans la journée, rentrent chez eux la nuit et ne sont appelés qu'en cas d'urgence.

décision et l'intervention césarienne pour les Near – Miss avant la gratuité est de 73mn et de 28 mn après. A l'HZa A nous n'avons pas assez de cas Near – Miss césarisés avant la politique afin de pouvoir faire une comparaison de délai avant et après. Mais signalons que l'HZa A a le meilleur délai mais avec un taux de morbidité et d'incident grave pour la césarienne plus élevé. Cette situation peut être liée au fait que la césarienne est pratiquée par tous les médecins spécialistes ou non et souvent les patientes quittent les champs ou le marché et viennent accoucher. Il n'ya pas de possibilité de leur faire prendre un bain avant l'intervention, l'hôpital ne disposant pas de salle de bain pendant la période de collecte de données.

Aussi, dans l'ensemble, la qualité des soins donnés à la mère est meilleure que celle données aux nouveaux- nés.

Autant pour une accouchée normale, une near-miss ou une césarisée, la qualité des soins reçus revêt deux aspects à savoir : le traitement en termes d'actes médicaux subis, de médicaments utilisés et le traitement en termes de relations et d'interactions interpersonnelles. Unanimement les différents types de patientes interviewées, tous sites confondus, ont exprimé en de termes variés leur satisfaction en ce qui concerne les actes médicaux subis ainsi que les médicaments qui leur ont été prescrits pour leur guérison.

Pour elles, les prestataires, Sages-femmes et médecins sont des personnels qualifiés qui connaissent et mettent bien en pratique leur métier en termes d'actes médicaux et ce, en vue de répondre positivement aux différents problèmes de santé qui les conduisent vers eux.

Par contre, pour ce qui est des relations et interactions interpersonnelles, les patientes ont révélé leur déception et leurs chagrins par rapport aux traitements relationnels dont elles sont victimes et qu'elles supportent par résignation lors de leur séjour hospitalier. De ce point de vue, très peu de patientes, sortent des structures sanitaires avec une bonne impression sur les interactions et relations soignant –soigné, même lorsqu'elles se retrouvent à la fin de leur séjour hospitalier en bonne santé avec leur bébé. Parmi la minorité qui ne se prononce pas ouvertement de façon critique, se trouve les patientes qui se résignent en disant que le plus important pour elles, c'est d'avoir survécu avec leurs bébés.

De l'expérience vécue au cours de leur séjour hospitalier, la majorité des patientes des différents sites, pense que la gratuité de la césarienne a fait diminuer la qualité des soins en termes de manque d'échanges et d'informations aux patientes sur ce qu'on veut leur faire, de dévouement de certains agents, de considération due aux patientes, de rapidité dans les interventions et des soins, de disponibilité des médicaments d'urgence, de disponibilité suffisante d'antibiotiques dans les kits, de prise régulière des constantes et de bons comportements envers les patientes.

En somme, la gratuité de la césarienne, bien qu'appréciée, n'apparaît pas comme le motif de recours aux soins dans les hôpitaux de référence, elle n'influence pas non plus le choix de l'hôpital, mais influence plutôt la décision d'accepter plus facilement la proposition de la césarienne.

Pour les unes, elle réduit les dépenses, mais devrait couvrir totalement la prise en charge. Pour d'autres, la gratuité a occasionné davantage la négligence, la lenteur et le rançonnement et de ce fait, profiterait plus aux agents de santé qu'aux patientes.

8.5 Est-ce que la politique renforce ou affaiblit le Système Local de Santé (SLS)?

Une politique appliquée

Dans le SLS, la politique a renforcé certains aspects:

- Renforcement de la capacité des directeurs des hôpitaux à investir

Les remboursements effectués dans le cadre de la G.C. offrent aux hôpitaux de meilleures conditions financières. La régularité de ces remboursements en gros permettent aux directeurs de s'engager dans divers investissements tant pour l'équipement technique, les médicaments et consommables médicaux que pour le personnel. Augmentation de la fréquentation des centres pratiquant la G.C

Désormais les patientes informées de la G.C. ont moins de réticence à suivre leurs grossesses dans les centres agréés. Les prestataires également informés et exerçant dans le secteur publique n'hésitent plus dans les références des cas graves même si parfois certaines références paraissent inopportunes aux yeux des prestataires des centres de référence. Les centres périphériques se déchargent sur les centres de référence. Toutefois, les prestataires des centres de santé périphériques sont très peu informés sur la politique : Absence de formation, de documentation sur la politique et absence de contre-référence sur les cas qu'ils réfèrent. Par contre l'expérience mitigée des personnes ayant déjà vécu la césarienne et qui rapportent encore des frais supplémentaires, limite la confiance des maladies dans les déclarations des prestataires des centres de santé de santé. En conséquence, ces acteurs de la première ligne, n'arrivent pas à utiliser efficacement l'argument de la gratuité de la césarienne pour limiter les inquiétudes des patientes au moment de la référence, ce qui induit encore des retards évitables.

- Amélioration sélective du SIS pour les césariennes :

Le remplissage des documents (dossiers médicaux, registres...) autrefois incomplètement fourni semble être amélioré par la politique. Cette amélioration sélective du SIS impose de la part des prestataires un certain suivi des patientes. Néanmoins, la qualité de l'information médicale reste encore à améliorer.

- La réalisation des interventions césarienne/laparotomie pour RU dans un délai acceptable dans un des hôpitaux (délai médian avant la gratuité pour les Near-Miss : 73mn et 23 mn après la politique de gratuité).

Ainsi tous ces points positifs apportés par la G.C. ne sont qu'une voile des nombreuses insuffisances qu'elle a introduit dans le SLS. La politique a donc dégradé plusieurs maillons dans la chaîne du SLS :

- **elle a affaibli le pouvoir des gestionnaires du niveau intermédiaire et les coordinations des zones sanitaires** : La politique est directement gérée par l'ANGC. La faible implication de ces cadres du niveau départemental et des ZS, a réduit les contrôles effectués au niveau des structures sous leur tutelle. De même les statistiques sanitaires au niveau départementales sont désormais difficilement mises à jour
- **elle a introduit un objet supplémentaire de démotivation des prestataires dans certaines structures** : l'idée de la gratuité de la césarienne financée à grands frais par l'Etat béninois, encourage les prestataires à revendiquer de "spéciale primes Gratuité de la Césarienne". Ils évoquent donc une certaine démotivation face à l'augmentation de la charge de travail perçue induite par la G.C. Ils pensent même que cette politique profite plus aux gestionnaires. La cohésion entre les prestataires et les gestionnaires semblent donc menacée.
- **Elle a révélé de nouveaux mécanismes de perception de paiements informels par les prestataires auprès des malades.**
- **Elle a favorisé l'accentuation des déséquilibres dans l'approvisionnement des différents services dans l'hôpital en intrants surtout à l'approche des ruptures des consommables indispensables pour la réalisation des césariennes.**

Depuis l'avènement de la G.C., on assiste à une priorisation de la filière d'approvisionnement de l'ensemble des produits entrant dans le kit de la césarienne. Ainsi lorsqu'une rupture s'annonce, pour un produit entrant dans le kit, la sortie de ce produit s'arrête pour toutes les autres demandes, le stock restant étant réservé pour la gratuité de la césarienne jusqu'à un nouvel approvisionnement. Cette priorisation dans l'approvisionnement réduit la disponibilité des autres services de l'hôpital.

Il faut toutefois noter que l'on ne note pas de répercussions évidentes sur le volume d'activité des autres services. Mais il y a d'autres formes d'effets de cette situation que nous n'avons pas pu mesurer dans notre étude. Il s'agit essentiellement de l'impact sur la qualité des soins dans ces services non ciblés mais aussi de l'impact sur les coûts à la charge des usagers de ces services.

8.6 Quelles sont les principales forces et faiblesses de la politique?

- Les forces

- Une envergure nationale

La politique de gratuité est une politique appliquée au plan national aussi bien dans les hôpitaux publics que privés confessionnels/ associatifs. En intégrant les structures privées dans sa mise en œuvre, cette politique élargit son envergure.

- Un fort engagement de l'Etat

Une Agence nationale de Gestion de la gratuité de la césarienne a été créée

- Une prise en charge des patientes non béninoises ayant accouché dans les structures agréées par l'ANGC dans le cadre de l'intégration sous régionale.

- Un remboursement régulier

La régularité et la promptitude relative du système de remboursement sont des atouts majeurs qui encourage la mise en œuvre et renforce les ressources financières des hôpitaux. L'administration de cette politique par l'intermédiaire d'une agence spécialisée, qui dispose d'une autonomie suffisante pour rembourser directement les hôpitaux, contribue certainement à renforcer la promptitude des remboursements.

- Un mécanisme de contrôle et de suivi qui a pu adapter certains aspects de la politique

En effet à travers la présence régulière de divers acteurs de l'ANGC dans les hôpitaux mettant en œuvre la politique, des difficultés de mise en œuvre ont été résolues. Des informations plus claires ont été apportées au paquet de soins en réponse aux informations recueillies dans les sites. Sur certains sites, l'ANGC a essayé plusieurs fois de négocier des schémas contextualisés avec les hôpitaux pour une meilleure mise en œuvre de la politique.

- Les faiblesses

- Un montant du remboursement unique pour tous les sites

L'adoption d'un montant de remboursement unique pour tous les types de structures hospitalières ayant des contextes si variés, constitue un point susceptible d'être amélioré.

En effet, le coût d'une césarienne pour un hôpital de zone n'est pas le même pour un centre hospitalier départemental encore moins pour un Centre Hospitalier Universitaire. Dans un centre hospitalier confessionnel de même niveau qu'un Hôpital de Zone (HZ) public, le coût d'une césarienne diffère parce que dans l'HZ public, l'essentiel du personnel est pris en charge directement par l'Etat alors que le centre confessionnel/associatif doit gérer l'essentiel de son personnel.

En conséquence, quoique le coût de production de la césarienne sur nos sites d'étude soit partout inférieur au montant du remboursement, il existe une tendance des hôpitaux privés confessionnels à aligner les coûts perçus pour chaque césarienne sur celui perçu dans les hôpitaux publics, en argumentant sur la base des charges supplémentaires qu'ils supportent, mais que les hôpitaux publics ne supportent pas.

Ceci a conduit au fait que dans certains hôpitaux confessionnels il ne s'agit pas d'une gratuité de la césarienne mais d'une exemption des frais de césarienne puisque que selon le cas les patientes doivent « officiellement » compléter au forfait payé par l'Etat une somme qui varie de 15 000F à 50 000F CFA.

- Une prise en charge des assurées.

Les assurées avaient déjà souscrit à une assurance, la récupération de leur cotisation par le trésor public pourra constituer une autre source de financement.

- Une information insuffisante sur la politique

Malgré la forte médiatisation, il existe un déficit important en information précise sur la politique au niveau du système local de santé, en raison de l'absence de documents officiels établissant une base d'information claire pour la mise en œuvre de la politique. Ce déficit informationnel concerne :

- Les managers du système local de santé, qui ne maîtrisent pas clairement les objectifs stratégiques de la politique, les flux de ressources impliqués, les mécanismes de productions internes des hôpitaux en rapport avec cette politique et les résultats attendus de chaque hôpital. Ces managers sont ainsi très limités dans leur rôle de soutien à la politique au niveau local.
- Les acteurs des hôpitaux (gestionnaires et prestataires) qui comprennent très bien les mécanismes de remboursement mais qui à contrario, non pas une idée claire de ce qui est prévu pour être gratuit dans la politique et ce qui ne l'est pas. Ceci induit des interprétations variable et le plus souvent minimaliste du paquet à inclure dans la gratuité. Cela engendre aussi des conflits entre les divers acteurs impliqués dans la politique au niveau local mais aussi des conflits avec l'ANGC.
- Les prestataires des centres de santé périphérique qui doivent référer les cas vers les hôpitaux qui pratiquent la politique, mais qui ne connaissent que très vaguement la politique et son contenu. Ceci limite la capacité de la politique à réduire les délais de référence.
- Les populations bénéficiaires qui pour la plupart ont compris à travers les informations relayées dans les médias que tout ce qui concerne la césarienne est gratuit. Le contraste entre cette attente et le vécu dans les hôpitaux accentue la désinformation sur le contenu réel de la gratuité.

- Un mécanisme de supervision non orienté vers l'efficacité de la politique dans la réduction de la mortalité maternelle

L'une des faiblesses majeures de cette politique est le fait que les objectifs de la supervision ne sont pas clairement orientés vers l'efficacité de la politique et la maximalisation de sa capacité à réduire la mortalité maternelle. En effet, l'ANGC intervient dans une position de contrôleur dans les hôpitaux seulement pour vérifier l'effectivité des césariennes réalisées en vue du remboursement et aussi la vérification de l'absence de paiements informels encore à la charge des malades.

Ce contrôle ne s'intéresse pas :

- Aux couts formels établis par certains hôpitaux en supplément systématique au forfait remboursé par l'ANGC ; A une redistribution du montant du remboursement aux acteurs impliqués dans la prise en charge des rubriques spécifiques mentionnées dans le décret : par exemple veiller à ce que les centres de santé ayant effectué l'abord veineux avant la référence soient remboursés ;A la qualité des actes de césarienne et des soins administrés aux nouveau-nés issus de ces césariennes ;A l'utilisation des

services de santé maternelle et à l'utilisation de l'offre de la césarienne par les patientes ;Au suivi de l'effet de ces politiques sur les autres services offerts par la maternité en vue de minimaliser les effets pervers ou de contribuer à un renforcement plus global des structures appliquant la politique.

La non-prise en compte stratégique de ces divers aspects dans la fixation des objectifs de la politique et dans la supervision constitue une occasion manquée d'orienter la GC comme une politique qui contribue réellement à la réduction de la mortalité maternelle.

8.7 La politique peut-elle être durable?

Le budget de la politique de la gratuité de la césarienne est directement inclus dans le budget du Ministère de la Santé. Cette politique mise en place dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et souvent utilisé par les politiciens comme thème de campagne, il sera difficile à un gouvernement de l'interrompre. Cependant sa survie dépendra surtout de son impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et peut être utilisé comme thème de plaidoyer au près des partenaires pour les impliquer davantage et diversifier les sources de financement. Moins la politique pèsera sur le budget de l'Etat, mieux, elle sera durable et peut être élargie à d'autres thèmes. Une estimation du budget a été faite dans notre étude coût.

Pour cette durabilité, il sera indispensable qu'une clarification soit faite sur les aspects du décret restés muets pour faciliter une meilleure prise en charge des patientes. A cet effet, elle doit en plus du paiement régulier des forfaits de 100 000F CFA pour chaque césarienne, disposer, de mécanismes de contrôle de la mise en œuvre de la politique conformément au décret de ladite politique et de la qualité des soins. Pour se faire, elle peut faire appel à d'autres directions telles la direction des hôpitaux, les directions départementales de la santé et les bureaux de zones des ZS. Les outils conçus au cours de ce projet pourront être utilisés.

8.8 Comment l'expérience du pays se compare avec les autres de la région ?

La politique de gratuité de la césarienne est une politique sélective concernant au début les césariennes puis après les laparotomies pour rupture utérine comme au Niger, contrairement à celle appliquée dans certains pays de la sous-région comme le Burkina le Mali, le Maroc, le Sénégal, le Ghana, le Burundi, le Nigéria et la Sierra Leone (6). Elle est appliquée au niveau national, dans toutes les structures publiques ou privées accréditées par l'ANGC, sans critère d'éligibilité contrairement à l'expérience du Kenya, où cette politique est offerte aux femmes pauvres. Elle est financée par l'Etat sans apport des partenaires financiers qui ont contribué au financement de la politique dans certains pays comme au Burundi, Kenya, Niger et au Burkina Faso (6).

Conclusions

La recherche sur l'évaluation de l'impact de la suppression de paiement des frais de soins de santé maternelle en Afrique de l'Ouest et au Maroc: nouveaux outils, nouvelles connaissances a porté au Bénin sur la gratuité de la césarienne.

Elle s'est intéressée à différentes cibles et a montré que :

- La gratuité de la césarienne est une décision du gouvernement dont la gestion est confiée à une Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) qui dispose d'une autonomie. Elle paie un forfait de 100 000 F/ césarienne, après un contrôle des pièces justificatives, les frais sont directement versés aux hôpitaux sans implication des directions départementales de la santé et des bureaux de ZS. Elle ne dispose d'aucun mécanisme de contrôle de mise en œuvre de la politique et de la qualité des soins mais sporadiquement le conseil d'administration contrôle les prescriptions parallèles ;
- Le forfait de 100 000 F/ césarienne payé par l'ANGC couvre le coût de production de la césarienne quel que soit l'hôpital; cependant les femmes payent encore des frais exorbitants allant jusqu'à 206 640 F CFA, la moyenne étant de 39 304 F CFA. Les montants dépensés étaient d'autant plus élevés que la césarisée avait été near-miss. Plus la femme appartient à un quintile riche, plus les montants dépensés étaient élevés. L'insuffisance dans la mise en œuvre de la politique à tous les niveaux expliquerait la persistance de ces frais ;
- La Pérennité est assurée tant que l'état supporte les coûts ;
- La politique de la gratuité de la césarienne est la bienvenue, car dans l'ensemble, très peu de patientes (2,4%) avaient souscrit à une assurance maladie ;
- Même si les agents de santé ont perçu une augmentation de leur charge de travail avec l'avènement de la politique, l'augmentation du nombre de patients reçus n'a pas engendré une augmentation conséquente du nombre d'heures de travail hebdomadaire resté dans la norme des 40-48h règlementaires dans le secteur. Aussi la politique de GC ne semble pas avoir significativement amélioré les revenus ni les conditions de rémunération et de travail des agents de santé dans les hôpitaux investigués
- Pour certaines patientes interviewées, la gratuité de la césarienne a levé une des barrières importantes à l'utilisation des services de soins dans les hôpitaux pour beaucoup de femmes qui accouchaient à domicile, faute de moyens financiers ;
- La tendance à l'évolution du taux de la césarienne observée depuis 2004 est maintenue. Elle semble profiter plus aux riches (ayant plus d'information sur la politique car disposant plus de moyen d'informations) qu'aux pauvres qui par manque de moyens financiers, d'informations sur la politique et d'incertitude sur les frais évitent de fréquenter les structures de santé ;
- Bien que les kits soient disponibles le délai entre la décision et l'intervention est élevé dans la zone PAS ;
- Les hôpitaux qui ont mieux appliqué la politique ont un meilleur score d'omission ;
- La qualité des soins offerts aux mères et nouveaux nés est bonne,
- La relation soignant- soigné reste à améliorer.

Recommandations pour la renforcer

Au terme de cette recherche, les recommandations/ suggestions ci-après s'imposent :

A l'endroit du gouvernement :

- Prendre des arrêtés pour opérationnaliser des aspects du décret restés muets afin de faciliter une mise en œuvre effective de la politique et une meilleure prise en charge des patientes
- Faire bénéficier la césarienne aux plus pauvres en élaborant des stratégies d'identifications des plus pauvres. Pour se faire, les chefs des arrondissements, les maires, les médecins coordonnateurs de zone et les directeurs des directions départementales de la santé doivent être impliqués,.
- Prendre progressivement en charge les autres paquets de la santé maternelle en commençant par les autres complications.
- Encourager une collaboration effective avec des institutions de recherche pour documenter scientifiquement le mieux possible les enjeux de la mise en œuvre de ce type de politique afin d'accumuler le plus de connaissance qui seront certainement utiles à la mise en place de la couverture santé universelle au Bénin.

A l'endroit de l'ANGC

- Mettre à disposition, des managers et des usagers des services, les documents de clarification du paquet de la gratuité de la césarienne
- Réorienter le mécanisme de contrôle et de supervision de la mise en œuvre de la politique de manière à surveiller les points suivants :
 - Les couts formels établis par certains hôpitaux en supplément systématique au forfait remboursé par l'ANGC ;
 - La qualité des actes de césarienne et des soins administrés aux nouveau-nés issus de ces césariennes ;
 - L'évolution de l'utilisation des services de santé maternelle et à l'utilisation de l'offre de la césarienne par les patientes dans chaque zone sanitaire ;
 - Les effets de ces politiques sur les autres services offerts par la maternité en vue de minimaliser les effets pervers ou de contribuer à un renforcement plus global des structures appliquant la politique.
- Renforcer la communication sur la politique en insistant sur le contenu de la gratuité de la manière la plus précise possible, en vulgarisant des documents écrits à l'attention des managers des SLS , des gestionnaires des hôpitaux et des prestataires aussi bien des hôpitaux que des centres de santé, et aussi à l'attention des usagers des structures de soins.
- Etablir des canaux continus de retro-information sur la mise en œuvre de la politique avec les usagers, les prestataires et les managers : par exemple des boîtes à suggestions sur la politique, les lignes téléphoniques de collecte de d'information sur la politique etc..
- Impliquer davantage les médecins coordonnateurs de zone sanitaire et les directions départementales de la santé dans la mise en œuvre de la politique ;
- Prendre des dispositions pour lutter contre les frais parallèles

A l'endroit des gestionnaires

- Prendre des mesures pour opérationnaliser davantage la gratuité de la césarienne dans le but d'annuler effectivement tous les coûts à la charge des malades. En raison de la spécificité de chaque contexte, il y a le besoin d'étudier sur chaque site la filière du recouvrement des frais pour les cas de césarienne et de prendre des mesures pour éviter tous les coûts formels qui restent à leur charge. L'éviction des coûts informels nécessite aussi la vulgarisation large au niveau local du paquet de soins réellement gratuit ainsi que la collecte d'informations spécifiques sur chaque site sur les filières de ces perceptions informelles. Les gestionnaires au niveau local doivent aussi prendre des mesures spécifiques en fonction de chaque site pour éviter ces coûts. Ceci sera plus effectif s'il existe une meilleure collaboration de l'ensemble des acteurs du SLS autour de la politique.
- Les gestionnaires du SLS, doivent s'impliquer davantage dans la supervision de la mise en œuvre de la politique spécialement au niveau des structures privées. Il faut souligner que les différents décrets portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et définissant les attributions des divers organes assurant la gestion des zones sanitaires ne sont pas très claires, sur le rôle des managers des SLS dans la supervision et le soutien aux structures privées. Mais la mise en œuvre de la politique de GC dans ces structures privées, l'importance des ressources que cela génère pour ces structures privées offre une opportunité de s'impliquer davantage dans ces centres pour soutenir davantage l'efficacité de la politique.
- Les prestataires doivent intégrer l'idée que leur collaboration est indispensable à la mise en œuvre de la politique parce qu'ils sont directement en contact avec les usagers aussi bien pour la mise en œuvre que pour garantir la qualité des soins. Nous recommandons aux prestataires d'adopter les documents officiels qui seront élaborés pour clarifier le contenu de la gratuité et d'y faire recours chaque fois en cas de doute. Nous recommandons aux prestataires de rapporter par toutes les voies possibles les informations sur les difficultés qu'ils rencontrent dans le respect des directives de la politique.

A l'endroit des usagers et de la communauté

Nous recommandons de saisir les nouvelles opportunités de communication sur la politique qui vont s'offrir pour s'informer davantage sur la politique, sur son contenu. La communauté pourrait aussi largement contribuer au succès de la politique en partageant des informations par toutes les voies possibles sur les situations non comprises en rapport avec la politique.

A l'endroit des chercheurs de ce projet

Convaincre les décideurs pour qu'ils s'approprient les évidences issues des résultats de l'évaluation de la gratuité de la césarienne dans les cinq ZS FEMHealth au Bénin.

Questions de recherche qui restent

Les observations faites au cours de cette étude suscitent plusieurs questions de recherche :

- Quel est l'impact des frais informels sur la qualité de soins ?
- Comment aider les personnes indigentes à bénéficier davantage de ce type de politique ?
(Incitation des plus pauvres à l'accès aux soins)
- Qualité des soins des nouveaux nés ; déterminants et interventions
- Comment améliorer l'efficacité de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin ?
- Quels sont les mécanismes qui expliquent la variation de la qualité des soins sur les différents sites ?

Références

- 1- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) et QRC Macro Calverton Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2006, Cotonou : INSAE, 2006
- 2- Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale : Evaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence – Rapport final. Cotonou, DSF, 2003
- 3- Borghi, J., Hanson, K., Acquah, C., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., Brugha, R., Browne, E., & Alihonou, E. 2003, "Costs of 'échappée belle' obstetric complications for women and their families in Bénin and Ghana", *Health Policy and Planning*, vol. 18, pp. 383-390.
- 4- Ministère de la Santé du Bénin, Direction de la Santé Familiale, Programme d'appui à la santé de la reproduction : Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne – Rapport provisoire, Cotonou, DSF, Octobre 2008
- 5- Marchal, B., Van Belle, S. , De Brouwere, V. and Witter, S. (2013) Studying complex interventions – from theory to practice: designing the FEMHealth evaluation of fee exemption policies in West Africa and Morocco. *Health Services Research*, 13: 469.
- 6- Richard F., Antony M., Witter S., Kelley A., Meessen B., Sieleunou, I. (2013) Fee exemption for maternal care in Sub-Saharan Africa: a review of 11 countries and lessons for the region. *Global Health Governance*, special edition on universal health coverage, vol. 6, no. 2
- 7- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) et QRC Macro Calverton Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2006, Cotonou : INSAE, 2012
- 8- Anderson, R. 2008. "New MRC guidance on evaluating complex interventions." *BMJ*, 337, pp. 937.
- 9- OUEDRAODO Tinoaga Laurent et all ; « Evaluation de la gratuité de la césarienne au Bénin » Santé Publique 2013/ 4 vol. 25, p 507- 515.
- 10- Pawson, R. 2006. *Evidence-based policy. A realist perspective*. Sage, London.