UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

--*-*-*-*-*

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

--*-*-*-*-*

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« Espaces, cultures et Développement »

--*-*-*-*-*

FILIERE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

OPTION : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

--*-*-*-*-*

Laboratoire d'Analyse et de Recherche : Religions, Espaces et Développement (LARRED)

-*-*-*-*-*-*-

MEMOIRE DU DIPLÔME D'ETUDES APPROFONDIES

SUJET

EFFETS SOCIOECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE SUR LES COMMUNAUTES DE SÔ-AVA

Réalisé par :

Comlan Emile BADEVOU

Sous la direction de :

Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Maître de Conférences / CAMES

MEMBRES DU JURY

Président du jury : Professeur Albert NOUAHOUAHI

Examinateur : Dr. BABADJIDE Charles

Rapporteur : Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Date de soutenance : 10 Mai 2016

Mention : Très bien

Année Académique : 2015-2016

Note : 16/20

SOMMAIRE

Titres	Pages
SOMMAIRE……..	1
DEDICACE……..	2
REMERCIEMENTS……..	3
LISTE DES TABLEAUX……..	4
LISTE DES GRAPHIQUES, CARTE, SCHEMAS ET PHOTOS……...	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS……..	5
RESUME…….	7
ABSTRACT…….	7
INTRODUCTION……..	8
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE……..	10
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE…….	11
CHAPITRE II : CARACTERISTIQUE MONOGRAPHIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE……..	25
DEUXIEME PARTIE : EFFETS DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE POUR LA COMMUNAUTE ET LES PARTURIENTES DE SO-AVA……..	38
CHAPITRE III : MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE ET RESULTATS DES ANALYSES……..	39
CHAPITRE IV : ANALYSE DES EFFETS SOCIOECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE SUR LES MENAGES BENEFICIAIRES ET LES COMMUNAUTES……	62
CONCLUSION……..	78
REFERENCES BLIOGRAPHIQUES……..	80
ANNEXES……..	83
TABLE DES MATIERES……...	111

DEDICACE

A

- mon père Rober BADEVOU
- ma mère Nelly HOEGAH.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de DEA est le résultat de l'engagement de plusieurs personnes qui ont décidé de m'accompagner résolument dans cet exaltant parcours. Au terme de cette aventure, je voudrais profiter de cet espace pour remercier en tâchant de n'oublier personne. A cet effet que je tiens à exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance :

- Au Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI, qui a bien voulu encadrer ce travail de mémoire en assurant sa direction ;
- A tous les professeurs de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH.
- A M. Alain SATCHA, pour sa très grande contribution, ses conseils et ses orientations pour ce travail scientifique ;
- Au Dr. Gill AÏDJI, pour m'avoir lu et apporté sa très grande contribution, ses conseils et ses orientations à ce travail scientifique;
- A mes frères et sœurs Francis, Modeste et Victoria BADEVOU ;
- A mon épouse Pulchérie et mes filles Alda, Chrismelle, Belvine et Belvina. Qu'elles trouvent ici, l'expression de ma reconnaissance pour m'avoir soutenu dans l'accomplissement de ce travail ;
- A Vignon BEDIE, dont les remarques m'ont aidé dans l'orientation de ce travail scientifique. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude ;
- A tous les collègues de la promotion 2011-2012 du DEA socio anthropologie du développement, pour leur collaboration et leur soutien ;
- A tous mes enquêtés qui ont permis la réalisation de ce travail ;
- A tous les chercheurs du LARRED, en particulier, Achille SODEGLA, Karen GANYE, Mescario D'ALMEIDA, Brigitte MOREMEM, Carmidelle BAGBONON, Pascal DOHOU, Sophie MONTCHO, Chimène WOLO et Justin TAWEMA je dis toute ma reconnaissance.
- A tous ceux, qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'ils en soient remerciés.

LISTE DES TABLEAUX

Titres **Pages**

Tableau I : *Répartition des villages par arrondissement de la commune de Sô-Ava . 25*

Tableau II *: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies 29*

Tableau III *: Répartition statistique des enquêtés 32*

Tableau IV : *Contenu ou composition d'un Kit de césarienne 41*

Tableau V *: Décès maternel 51*

Tableau VI *: Mort-né..... 52*

Tableau VII *: Nombre d'Accouchements Assistés (AA) et de césariennes réalisées à l'HZ-AS de 2007 à 2012 ..... 55*

Tableau VIII *: Le coût de la césarienne (subvention de l'Etat) 67*

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

Titres **Pages**

Graphique1 : *Le modèle structuro-fonctionnaliste*…….23

Graphique 2 : *Répartition selon le nombre de décès maternel*……..……..51

Graphique 3 : *Répartition selon le nombre de mort-nés*……...52

Graphique 4: *Répartition selon le taux d'occupation de lits de 2007 à 2013*……54

Graphique 5: *Répartition selon le nombre d'Accouchements Assistés (AA) et de césariennes réalisées à l'HZ-AS de 2007 à 2013*……55

LISTE DES FIGURES

Titres **Pages**

Figure 1 : *Cadre conceptuel de la recherche*..... 16

Figure 2 : *Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava*..... 27

SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	Accouchements Assistés
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne
APE	Agent Permanent de l'Etat
C/SAAE	Chef /Service Affaires Administratives et Economiques
C/SAF	Chef /Service Affaires Financières
CEDUST	Centre de Documentation Universitaire, Scientifique et Technique
CPN	Consultations Prénatales
CPON	Consultations Postnatales
CREC	Centre de Recherche d'Etude et de Créativité
DC	Directeur de Cabinet
DDS	Direction Départementale de la Santé
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DGMS	La Division de Gestion des Malades et des Statistiques
DH	Développement Humain
DNDD	Direction Nationale du Développement Durable
DNS	Direction Nationale de la Statistique
Dr	Docteur
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDP	Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
EDS IV	Enquête Démographique et de Santé 4ème édition
FLASH	Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSS	Faculté des Sciences de Santé
HZ-AS	Hôpital de Zone- Abomey-Calavi/Sô-Ava

INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH/SIDA	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SA	Secrétariat Administratif
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SSP	Soins de Santé Primaires
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ZS	Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

RESUME

Cette recherche apporte des éléments de réponse aux effets socioéconomiques de la gratuité de la Césarienne sur les communautés de Sô-Ava. Réalisée à partir d'une démarche qualitative appuyée de quelques données quantitatives, les données ont été collectées à l'aide de la recherche documentaire, de l'entretien semi directif et directif de même que l'observation directe. La théorie interactionniste de Goffman a permis d'analyser les données collectées auprès de 110 personnes dont des spécialistes de soins de césarienne, des officiels, des institutionnels, des bénéficiaires et des personnes ressources grâce aux techniques de boule de neige et de choix raisonné. Il ressort de l'analyse des données que la mise en application de la décision de gratuité de la césarienne s'est concrétisée par une forte sollicitation des formations sanitaires au-delà de leurs capacités d'accueil et de fonctionnement. Cela se traduit par une augmentation considérable du nombre de consultations, d'hospitalisations, d'accouchements par césarienne. Mais, au-delà des coûts réglementairement prévus, il y a des charges financières directes et indirectes non prévues que les communautés supportent au sein des hôpitaux. A cela, s'ajoutent des effets sociaux pour les parturientes, les couples et la communauté toute entière. Les femmes césarisées sont sujettes à une certaine limitation des activités ménagères.

Mots clés : Césarienne; effets socio-économiques, parturientes; bénéficiaires, Sô-Ava.

ABSTRACT

This research provides some answers to the question is: What are the socio-economic effects of free Caesarean on Sô-Ava communities. Made from a qualitative approach supported by some quantitative data, these data were collected using documentary research, semi-directive and direct maintenance as well as direct observation. Thus, 110 people including caesarean care specialists, officials, institutions, beneficiaries and resource persons are approached by snowball and purposive. According to data analysis that implementation of the free caesarean materialized by strong solicitation of health facilities beyond their host and operating capacity resulting in significant increases in numbers consultation, hospitalization, normal deliveries and caesarean sections. Beyond the statutorily anticipated costs, there are direct financial expenses not provided for communities within hospitals and indirect costs borne by them. Added to this are the social effects for women in labor, couples and the entire community. The caesarean women are subject to some limitation household activities.

Keywords: Cesarean section; socio-economic effects, women in labor; beneficiaries, so-

INTRODUCTION

Accoucher par voie naturelle est le souhait des femmes, des conjoints, bref de la communauté toute entière. Mais il est fréquent de remarquer qu'aujourd'hui dans les maternités béninoises, beaucoup de cas de césarienne interviennent pour sauver les femmes sur la table d'accouchement. Ceci dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale qui avait pris des proportions inquiétantes (Ahmed, 2008). La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa terminaison (Who et al., 2004). Pour ce qui est de la mortalité néonatale, elle désigne le nombre de décès néonataux (d'enfants donc nés vivants) sur le nombre de naissances vivantes (Branger, 2011).

Le Bénin étant un pays où cette situation est une réalité, la politique de paiement direct des soins pèse beaucoup sur le revenu des ménages. Les femmes enceintes qui représentent environ 18% de la population ont ainsi des difficultés à recourir aux soins pour des raisons financières. On enregistre une mortalité maternelle et néonatale élevée, soit environ 1400 décès de femmes en couches chaque année (Houngnihin et al., 2012). En réponse à ces barrières économiques, socioculturelles et sanitaires, à l'accès aux soins obstétricaux, l'Etat béninois a préconisé la « gratuité de la césarienne » dans les hôpitaux publics, confessionnels ou associatifs qu'il a agréés. C'est dans cette optique qu'a été entreprise la politique de gratuité de la césarienne concrétisée par le Décret N°2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin. Une agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne a été créée pour en assurer la gestion (Ouedraogo et al ; 2013).

Certaines recherches ont montré que l'effectivité de l'application de la gratuité de la césarienne a permis d'accroître le taux de césarienne de 2,38 % en 2009 à 3,48 % en 2012, un taux de létalité de la césarienne à 9,9 %, une insuffisance d'information des bénéficiaires, la non prise en compte de certains médicaments dans le kit, le paiement par les bénéficiaires de frais supplémentaires (Ouédraogo et al., 2013).

Pour la mise en œuvre de l'initiative, plusieurs stratégies ont été développées. Il s'agit entre autres du renforcement de capacité des structures de prise en charge par l'affectation du personnel et leur formation, l'équipement, la dotation en médicaments, consommables et réactifs. Aussi, une sensibilisation soutenue et dirigée vers les communautés a été menée. De façon conceptuelle, la mise en œuvre de la gratuité de

la césarienne est composée des moyens de production de soins (intrants) et du processus d'offre des soins. La combinaison de ces deux composantes permet d'avoir des résultats qui comprennent outre les indicateurs, la satisfaction des bénéficiaires et celle des prestataires.

En effet, il est à noter que dans de nombreux hôpitaux du Bénin, les femmes ou leurs parents font plus de dépenses onéreuses 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. Parfois, certaines femmes et leurs familles dans l'impossibilité d'honorer les frais de séjours sont retenues dans les paillotes ou hangars n'offrant aucune sécurité socio-sanitaire pour les nouveaux nés et accouchées récentes.

Il apparaît alors nécessaire de s'intéresser aux effets de la gratuité de la césarienne sur la communauté de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi et la commune de Sô-Ava.

Le présent mémoire s'articule autour de deux grandes parties. Dans la première partie, il sera question du cadre théorique et méthodologique. La seconde partie présente et analyse les effets de la gratuité de la Césarienne pour la Communauté et les parturientes de Sô-ava.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

Il est question d'aborder dans ce chapitre successivement, la problématique, les hypothèses, les objectifs de la recherche, la délimitation thématique, la clarification conceptuelle, la revue critique de littérature, le modèle d'analyse, la pertinence de la recherche et enfin la présentation du milieu de la recherche.

1.1 PROBLEMATIQUE

1.1.1 Le problème

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 (Marchal et al., 2013). 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 la santé maternelle et néonatale (Richard et al., 2013). En effet, « *les mères, les nouveau-nés et les enfants représentent le bien-être d'une société et son potentiel à venir. Si leurs besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, toute la société en souffrira*», disait, Lee Jong-Wook (Directeur de l'OMS de 2003 à 2009) cité par (Crépin et Bréart, 2010 :26).

Au Bénin, plus de 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Le fait préoccupant est que le ratio de mortalité maternelle stagne à un niveau élevé depuis plusieurs décennies. Ainsi, de 1992 à 2006, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont respectivement de 473,2 (RGPH, 1992), 498 (EDS I, 1996), 474,4 (RGPH, 2002) et de 397 (EDS III, 2006) pour 100 000 naissances vivantes (INSAE et ORC Macro Calverton, 1997, 2002 et 2007). La même tendance s'observe aussi au niveau de la mortalité néonatale qui stagne aussi autour de 38 décès pour 1.000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies.

Certes, le risque de mourir à la suite des grossesses varie en fonction des régions du monde, mais il n'est jamais nul : faible en Europe et en Amérique du Nord, ce risque reste encore très élevé dans les pays d'Afrique noire Imbert et al. (2003), comme le Bénin. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 529 000 environ, le nombre moyen de femmes qui meurent chaque année des suites de grossesses. Parmi celles-ci 99% proviennent des pays en développement et surtout de l'Afrique

Subsaharienne (OMS et al., 2003). Le ratio de mortalité maternelle en Afrique Subsaharienne estimé à 920 décès pour 100 000 naissances vivantes montre que cette région est la plus touchée dans le monde contre 24 décès pour 100 000 naissances vivantes en Europe (Ahmed, 2007 :37). De ce fait, lutter contre ce fléau est devenu une préoccupation de développement mondial. C'est d'ailleurs dans ce contexte que fut lancée en 1987 l'initiative pour la maternité sans risque, suivie en 1990 du sommet mondial pour l'enfance. Ceci dans le but de baisser l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale, surtout dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Dans le même cadre ont été élaborés les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui en son objectif n°5 vise à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Parmi les facteurs contribuant au décès maternel, le manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence complets est un facteur majeur (Campbell et Graham, 2006). Selon les résultats provisoires de la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS IV), réalisée par INSAE (2011), la barrière financière constitue un obstacle à l'accès aux soins obstétricaux pour 90% des femmes interrogées.

Depuis les années 1980, les systèmes de santé en Afrique reposent sur le paiement direct des prestations de soins par les populations. Cette politique constitue une barrière pour l'accès aux soins de qualité pour la grande majorité des acteurs et reste un déterminant majeur des décès maternels (Houngnihin et al., 2012). L'impact des frais d'utilisation est très négatif pour les populations pauvres surtout dans les zones agricoles où les familles ont un accès saisonnier à l'argent (Kruk et al., 2008). La raison commune pour laquelle les femmes accouchaient à domicile est le manque de ressources financières pour répondre à temps à un besoin urgent de transport de la femme en phase de travail vers la structure de soins (De Costa et al., 2009). C'est pourquoi, la directrice de l'OMS avait déclaré en juin 2007 que la réduction de la pauvreté implique la logique d'aider les gouvernements à abolir les tarifs de soins (Ridde et Diarra, 2009). Dans cette optique, une des composantes importantes du plan d'action de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a été de rendre la césarienne gratuite dans les hôpitaux publics. L'objectif est de rendre accessible la césarienne à toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication de césarienne est posée, en vue de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité de la

mère, du fœtus et du nouveau-né tout en éliminant le stress des utilisateurs et des prestataires des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Cependant, l'impact de la gratuité de la césarienne, semble d'un avantage certain pour les bénéficiaires, des rapports font états de ce que certaines femmes sont réticentes et d'autres éprouvent encore des difficultés toujours faute de moyen en raison des frais dits accessoires qui accompagnent la réalisation de la césarienne en dépit de la gratuité. Ce qui se justifie par le fait que le taux de césarienne au Bénin n'a pas dépassé les 3,5% au lieu des 5% recommandé par les organismes spécialisés (Ministère de la Santé, 2010). Il demeure donc un besoin important en césar²ienne non couvert, même si la mesure de la de la gratuité de la césarienne constitue l'une des principales stratégies universellement reconnues pour réduire la mortalité maternelle et néonatale qui demeure des priorités de développement des pays africains comme le Bénin.

La réalisation de la césarienne a un coût souvent bien au-dessus des possibilités financières des femmes admises dans ces centres hospitaliers. C'est là un des épisodes du film de la misère qui vit au quotidien une bonne majorité des communautés de Sô-Ava. Elles étaient dix- sept. Dix-sept femmes séquestrées à l'hôpital de zone d'Abomey Calavi. Elles y étaient venues pour un accouchement. Elles y étaient venues donner la vie, participé au miracle de la vie, en assumant leur mission fondamentale de mère. Elles y étaient venues vivre l'heure de la délivrance. Mais malheureusement, pas avant d'avoir subi une césarienne, du fait des difficultés intervenues. Et quand ces femmes qui viennent ainsi d'être précipitées dans l'aventure risquée d'un accouchement à problème ne peuvent pas payer les frais d'hospitalisation et de soins, on les séquestre, on les garde prisonnières, on les tient en otage jusqu'à ce que leurs familles ou une âme charitable viennent les délivrer, les tirer de derrière les barreaux une terrible humiliation.

Voilà la pratique qui a cours dans tous les centres publics de santé qui sont équipés pour offrir des services d'accouchement en particulier celui de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi. La preuve : les dix-sept femmes séquestrées à l'hôpital de zone d'Abomey Calavi, montrent et démontrent que chez nous, au Bénin en général et en particulier dans la commune de Sô-Ava, l'évènement en principe heureux d'un accouchement, de surcroît un accouchement par césarienne s'accompagne, plus

souvent qu'on ne le pense, de pleurs et de grincements de dents. Le problème des infortunées de la césarienne, au-delà des spécimens de l'hôpital de zone d'Abomey Calavi, fortuitement poussés et campés à l'avant-scène de l'actualité, devient un problème d'intérêt public qui doit conduire à faire de la césarienne, dans certaines conditions, un problème de santé publique. Ce triste constat a permis au Chef de l'Etat de rendre gratuite la césarienne sur toute l'étendue du territoire.

Face à cette situation, une recherche sur les effets de la gratuité de la césarienne sur les communautés s'impose et justifie la présente étude. La compréhension de ces effets mettra en lumière, sans doute, les réticences et les difficultés des femmes à bénéficier de la gratuité de la Césarienne qui répond à un objectif de développement. A ce propos, Amouzou (2009) fait remarquer que le développement doit être analysé en tenant compte des éléments essentiels qui rentrent dans l'appréciation de son environnement socio-économique.

Quels sont alors ces effets socio-économiques induits par la gratuité de la césarienne sur les communautés de Sô-ava?

1.1.2 Hypothèses de recherche

L'hypothèse étant une réponse anticipée aux interrogations suscitées par la question de recherche, nous en avons émis dans le cadre de cette recherche deux, et qui feront l'objet de vérification.

- ☞ La gratuité de la césarienne augmente les consommations des ressources financières non prévus pour les communautés de So-ava
- ☞ La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne entraine une méfiance des communautés vis à vis des structures de santé;

1.1.3 Objectifs de recherche

La présente étude comporte un objectif général et des objectifs spécifiques.

1.1.3.1 Objectif général

Cette recherche a pour objectif général d'analyser les effets socioéconomiques de la gratuité de la césarienne sur les communautés de Sô-Ava. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques.

1.1.3.2 Objectifs spécifiques

L'atteinte de cet objectif général passe par la réalisation des objectifs spécifiques suivants :

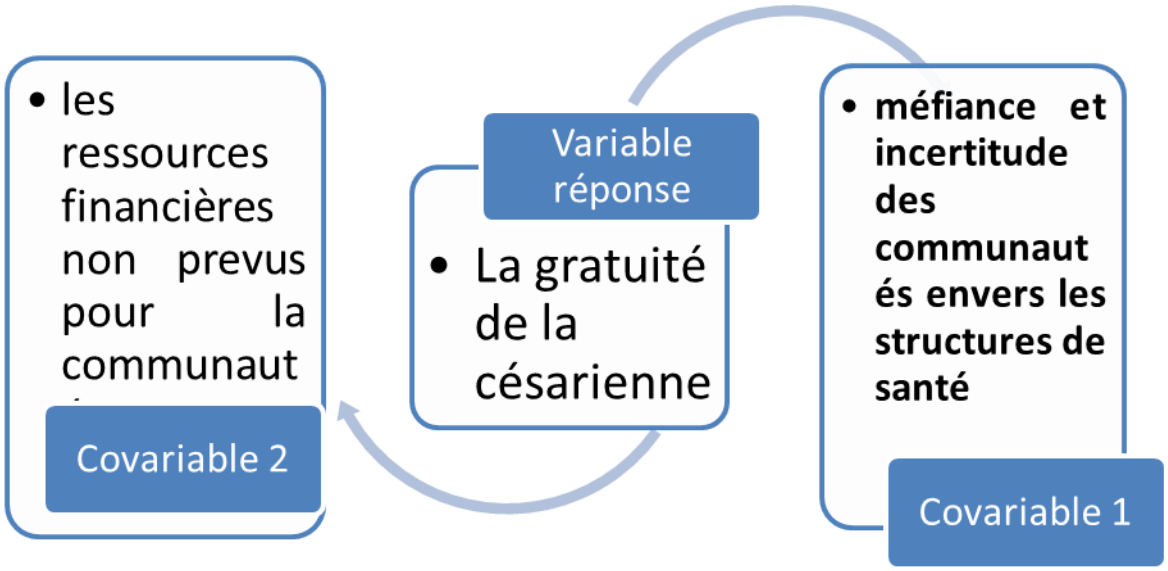
- ☞ Identifier les charges financières supplémentaires liées à la gratuité de la césarienne pour les bénéficiaires ;
- ☞ Analyser les effets sociaux de la gratuité de la césarienne sur les communautés de Sô-Ava.

1.2 Cadre conceptuel

1.2.1 Schématisation conceptuelle de la recherche

Selon Durkheim (1981: 34) « *La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question*». Pour mettre en exergue les principaux concepts utilisés dans cette recherche, le cadre conceptuel suivant est réalisé pour présenter de façon schématique le problème sociologique qui fait la centralité de la recherche et les différentes variables assorties des hypothèses de travail précédemment présentées. Cette articulation rend plus visible les relations entre les variables et le problème. La mise en œuvre de la gratuité constitue un problème et une variable réponse au problème de mortalité maternelle et infantile. Les variables indépendantes ici, sont les coûts financiers non prévus pour les communautés, la méfiance et l'incertitude des communautés envers les structures médicales. Elles sont considérées comme des covariances à la variable réponse. La figure 1 montre les relations entre les variables et le problème.

Figure 1 : **Cadre conceptuel de la recherche**



De ce cadre conceptuel, il apparait que les concepts tels que : la gratuité de la césarienne, les ressources financières, les communautés et les représentations sociales qui véhiculent la méfiance et l'incertitude envers les structures médicales sont à clarifier.

1.2.2 Clarification conceptuelle

La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne est selon Mény et Thoenig (1989), la mise en œuvre d'une politique publique se définit comme « un ensemble d'activités individuelles et organisationnelles transformant des conduites dans le cadre d'un contexte prescriptif établit par une autorité publique mandatée ». Elle repose sur deux piliers essentiels dont un ensemble normatif (le processus, la structure, les résultats et les représentations) et un système d'acteurs (ensemble de personnes qui vont agir pour l'application). Cette conception qu'adopte ce travail en l'alliant avec la césarienne.

La césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus par une incision de l'abdomen et de l'utérus. Il s'agit d'un accouchement par voie haute. Elle est pratiquée par un gynécologue-obstétricien. Elle est programmée lorsque les conditions sont d'emblée peu favorables à un accouchement par voie naturelle. Dans ce contexte, la gratuité est le fait de donner sans qu'il n'en coûte rien au bénéficiaire

(UNICEF, 1991). Pourtant, dans la pratique, elle entraine pour les communautés des ressources financières supplémentaires.

Les ressources financières

Les ressources financières sont comprises ici comme un ensemble des moyens financiers liés à l'utilisation des ressources humaines, matérielles, informationnelles et temporelles, affectées à l'activité à l'accouchement par césarienne. Ces ressources étant considérées comme un effet de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Effet

Effet est entendu ici, comme incidences de la gratuité chez les femmes césarisées. Les effets conjuguent les résultats de l'action et autres dynamiques ou contraintes provenant du milieu dans lequel se déroule l'action. Toutes ces définitions sont celles qu'il faut adopter dans la cadre de cette recherche (Grognard, 1999). Un autre effet de la pratique de la césarienne pour les communautés de Sô-Ava est la méfiance et l'incertitude des populations envers les structures médicales qui sont portés par les représentations sociales. Le terme représentation est utilisé dans bien des secteurs des sciences humaines (et au-delà), avec des sens bien différents, et souvent très flous (Ehrlich, 1985). Il en est parfois de même des représentations sociales, quand on oublie des caractéristiques minimales (comme, par exemple, le fait que chaque représentation sociale est partagée par les membres d'une population...). Dans ce travail, les représentations sociales désignent une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, elles désignent une forme de pensée sociale et ses représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéel. Elles renferment la notion de perception qui est un processus très complexe. Elle est dépendante de l'environnement du sujet et donne la sensation que l'on a suite au traitement d'un stimulus. Les perceptions sont un "processus par lequel un individu choisi, organise et interprète des éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure" (Dubois, 2002). C'est à travers cet ensemble conceptuel que ce travail voudrait rendre compte des effets socio-économiques de la gratuité de la césarienne sur les communautés bénéficiaires de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.

1.3 Justification du choix du sujet

Le choix du présent sujet est motivé par un certain nombre d'éléments d'appréciation regroupés dans les paragraphes consacrés aux « raisons subjectives et objectives ».

1.3.1 Raisons subjectives

Depuis quelques années, on observe un taux élevé de mortalité maternelle et néonatal dû à la pauvreté des ménages, incapables de payer les frais d'accouchement, voir ceux de césarienne au cas où des complications subviendraient au cours de la délivrance. Cependant, l'accessibilité financière demeure le problème crucial, surtout en ce qui concerne les populations les plus pauvres qui, en raison de la tarification des prestations sanitaires renoncent aux soins ce qui a pour conséquences la dégradation de leur état de santé et en particulier de celui de la mère et de l'enfant (population la plus vulnérable).

Cet amer constat a poussé le gouvernement à décréter la gratuité de la césarienne dans les hôpitaux publics, les confessions religieuses agréées. La logique aurait voulu qu'avec cette gratuité, toutes les femmes enceintes se fassent consulter dans un hôpital agréé afin de bénéficier de cette mesure sociale qu'est la gratuité de la césarienne au cas où le diagnostic de la parturiente nécessiterait une intervention chirurgicale qu'est la césarienne. Mais c'est l'effet inverse qui est paradoxalement observé, c'est-à-dire une réticence de ces femmes à fréquenter les centres de santé agréés et préfèrent rester à la maison avec toutes ses conséquences sur les intéressées et sur leur environnement familial immédiat. Ce phénomène tel qu'il s'observe, suscite la curiosité scientifique, notamment dans les sciences de l'Homme et de la Société. La sociologie du développement, filière dans laquelle on s'est inscrit, fait partie de l'ensemble de toutes ces disciplines qui pourraient mieux éclairer le phénomène.

1.3.2 Raisons objectives

Les raisons objectives sont essentiellement celles qui concourent à apporter une contribution à l'élargissement du niveau de connaissance dans le monde scientifique. Ce faisant, la présente recherche apporte sa modeste contribution à l'analyse des contradictions que renferme la société ; elle apparaît ensuite comme une alarme aussi bien pour les responsables politiques, que pour les organismes et les communautés

pour éveiller leur conscience face aux effets socioéconomiques de la gratuité de la césarienne sur les communautés de Sô-Ava.

1.4 Quelques axes de la question

Sepou et al. (1997), affirme que dans les pays en développement, l'opération de la césarienne est faite souvent dans des situations précaires et d'extrême urgence, avec un risque élevé de morbidité et de décès. Cependant, un des facteurs sur lesquels on pourrait agir pour améliorer cet état de fait est la qualité de l'offre des soins.

Selon Dujardin (1998), « la césarienne de qualité pourrait être définie comme une intervention qui profite à toutes les patientes qui en ont réellement besoin, avec un risque minimum pour le devenir du couple mère - enfant et à un coût abordable pour la patiente et pour le système de santé».

Imbert et al. (2003), en concluant son étude sur la césarienne de qualité au Sénégal, affirme que la césarienne, en dépit des difficultés liées au contexte (proportion élevée des évacuées, gravité des tableaux obstétricaux, afflux de patientes), peut être effectuée dans des conditions de sécurité satisfaisantes dans un pays en développement, grâce à une bonne organisation des soins.

Baba (2008), a démontré dans sa thèse sur l'évaluation de la stratégie césarienne gratuite que sa mise en œuvre nécessite obligatoirement des moyens de production ou intrants dont notamment des équipements médico- techniques adéquats.

En parlant de la connaissance de la pratique de la césarienne, nous allons aussi considérer les avantages et les besoins de soins relatifs. La césarienne est une méthode d'accouchement artificiel qui vise à sauver la vie de la mère et/ou de l'enfant. Elle est appelée aussi « méthode d'accouchement sans douleurs ». De façon conventionnelle, une césarienne indiquée fait toujours l'objet d'indication par des spécialistes des soins obstétricaux d'urgence (Gynécologues, Obstétriciens, Urologues, Chirurgiens, Anesthésistes). Ainsi, Ehui (1999) identifie deux (2) types d'indication de la méthode, à savoir les césariennes d'indication vitale (faites en urgence sur une femme en travail) et les césariennes électives, programmées ou préventives. Aïssi (1989) a révélé qu'elles se développent au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville (Abidjan) avec une incidence de 14,68%, des taux de morbidité et de mortalité respectifs de 62,8% et 8,97%. Mais l'on estime cette incidence en baisse relative à 0,78% en 2000, et à 3,6% en 2004, en ce qui concerne les activités obstétricales pratiquées dans le District

d'Abidjan. Il indique aussi que la pratique des césariennes s'accompagne d'un taux de morbidité estimé à 62,8%, et d'un taux de mortalité à 8,97% par an en Côte d'Ivoire. Cela veut dire que l'activité des césariennes entraîne des sentiments négatifs, des signes de maladies. La prépondérance est accordée aux complications hémorragiques et infectieuses. Les conséquences sanitaires s'observent au cours de l'intervention (les complications peropératoires) ou dans le post-partum (conséquences postopératoires). Ces besoins de santé sont causés soit directement par les actes de l'intervention, soit indirectement c'est-à-dire par les effets pervers des anesthésiques sur l'organisme de la parturiente. C'est pourquoi nous évoquons de façon distincte les problèmes de santé dus aux anesthésiques, puis les autres complications des suites de césariennes indiquées. Les besoins de santé en question concernent à la fois la mère et l'enfant.

A propos des problèmes de santé de la mère et du nouveau-né en rapport avec les produits anesthésiants, Abauleth (1994) découvre que l'utilisation des anesthésiques intraveineux (Penthotal, Kétamine) entraîne chez certaines patientes une dépression du système nerveux central avec risque de dépression cardiorespiratoire, des troubles psychologiques (surtout au réveil). L'anesthésie par inhalation (Halothane) produit aussi une utéro-relaxation et annule l'effet des ocytociques. Quant à l'anesthésie locorégionale (anesthésie péridurale, rachianesthésie), généralement pratiquée pour minimiser les risques d'inhalation et éviter au nouveau-né la dépression médicamenteuse d'une anesthésie générale, elle peut entraîner l'hypotension artérielle liée au bloc sympathique et majorée par la compression aorte-cave.

Au sujet des autres complications de la mère et de l'enfant, Ehui (1999) va plus loin lorsqu'il spécifie que le pronostic maternel des suites de césariennes ressort des complications immédiates (complications hémorragiques, lésions viscérales, complications liées à l'anesthésie), des complications secondaires (complications infectieuses, complications thromboemboliques), des complications tardives (ensemble de séquelles ou autres besoins de santé susceptible de compromettre l'avenir obstétrical de la parturiente), et la mortalité. Les complications peropératoires attribuées aux césariennes sont : les hémorragies (66,67%), les brèches utérines (29,38%), les plaies intestinales, vésicales et urétrales. Ces complications peuvent être causées par la mauvaise rétraction utérine, les lésions du pédicule utérin, la fragilité acquise de la vessie ou de l'appareil digestif, mais aussi le respect systématique de la mécanique

obstétricale en cas d'urgence de la référence. Les complications post-césariennes sont : les suppurations avec ou sans lâchage pariétal (42%), les endométrites (34,01%), les hématomes (17,29%), les septicémies, les péritonites, les éviscérations, les fistules vésico-vaginales. Les complications attribuées aux activités obstétricales dépendent aussi de l'urgence de l'intervention, du temps qui s'écoule entre le début du travail et le moment de l'ouverture de l'œuf, des états d'anémie et d'obésité maternelles, de la méconnaissance de complications peropératoires non identifiées ou créées lors du décollement du péritoine vésico-utérin. Sagbo (1989) renchérit, quant à l'état du fœtus à la naissance par césarienne, que 11,53% des cas sont en état de mort avérée, 3,20% en état de mort apparente, 45,9% en déficience neurologique, et seulement 39,37% en état neurologique satisfaisant.

Les conséquences sociales des césariennes indiquées ont trait à l'incidence de l'événement, et aux répercussions qui lui sont attribués sur la vie sociale de la femme et de son enfant. En effet, les activités de césariennes affectent la qualité des conditions de vie de la mère. A notre niveau de connaissance des recherches antérieures, les conséquences sociales spécifiques aux césariennes indiquées ne sont pas suffisamment abordées par les sciences chirurgicales et obstétriques. Cependant, des travaux socio-anthropologiques ont porté sur les infections obstétricales telles que les fistules vésico-vaginales des suites de césariennes.

Après ce tour d'horizon, l'on peut se rendre compte que l'enjeu de l'accès aux soins de santé se fait de plus en plus pressant dans la littérature et de nombreuses connaissances sont disponibles sur ces politiques de santé. Deux synthèses des connaissances ont déjà été produites sur la question, la première s'intéresse à la littérature scientifique publiée dans des revues avec comité de lecture sur les expériences d'abolition des paiements des soins à l'échelle nationale et s'emploie à synthétiser les informations autour des quatre étapes du processus des politiques publiques, à savoir l'émergence, la formulation, la mise en œuvre et les effets. La seconde synthèse utilise un cadre d'analyse des fonctions du système de santé pour mettre en lumière les défaillances et dysfonctionnements que les politiques d'exemption ont pu produire ou exacerber (Ridde et al., 2010).

Cependant, dans le domaine de la recherche médicale, la question des perceptions sociales et des attitudes thérapeutiques communautaires n'est pas toujours abordée.

Pourtant c'est un aspect très important qu'il ne faut pas occulter, lorsqu'il s'agit de mener les activités chirurgicales dans des sociétés où modernité et coutumes s'imbriquent et coexistent. Il ne s'agit plus seulement de réaffirmer que ces interventions contribuent à augmenter l'utilisation des services par les bénéficiaires.

Selon Kruk et al. (2008), l'impact des frais d'utilisation des services hospitaliers est très négatif pour le monde rural surtout dans les zones agricoles où les familles ont un accès saisonnier à l'argent. Pour les personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté, la capacité de paiement est extrêmement réduite. Ce qui signifie qu'une petite contribution aux dépenses au niveau des structures de soins de santé peut mener à une non utilisation de ces structures (Bonu et al., 2009). Et même si des hôpitaux affichent la gratuité totale des frais pour l'accouchement, en pratique seules les catégories les moins pauvres y accèdent. Il y a aussi des inégalités significatives entre les zones rurales et urbaines et entre les ménages riches et pauvres en termes d'utilisation des services (Witter et al., 2008). La peur anticipée de ces coûts imprédictibles pourrait être un facteur majeur pour dissuader plusieurs ménages pauvres qui chercheront d'autres solutions d'accouchement moins chères (Khan et al., 2010). Cette accessibilité économique affecte directement l'utilisation effective des structures d'accouchement par les femmes (Gabrysch et al., 2009). C'est l'une des raisons pour lesquelles les femmes accouchaient à domicile (De Costa et al., 2009). C'est pour régler ce problème, que l'on a institué une prise en charge par la gratuité de la césarienne

Ainsi, en parlant des ressources financières liées la pratique de césarienne, l'on se rend compte qu'il existe peu de connaissances sur les effets économiques sur la communauté. Il importe alors dans le contexte du Bénin, de mener une étude pour apprécier les effets économiques de cette pratique pour les communautés.

1.4 Modèle théorique d'analyse

L'analyse interactionniste repose sur les explications, les descriptions, les motivations de même que les intentions et les logiques des acteurs dans leur contexte social. Elle s'appuie également sur l'analyse descriptive. Utilisé aux USA par l'école de Chicago vers 1950, le terme d'interactionnisme symbolique a été créé par Blumer en 1937. Selon Etienne et Mendras (2002 :225) « les humains agissent à l'endroit des choses en fonction des significations qu'elles ont pour eux». Il s'agit d'un terme qui fut

développé par Goffman en tant que membre de l'École de Chicago. Pour cette école, l'objectif est d'isoler et de fixer des pratiques régulières de ce que l'on appelle l'interaction face-à-face. Ainsi, les explications produites par les bénéficiaires à propos des dépenses nouvelles occasionnées par la gratuité de la césarienne et les raisons justificatives de ces charges financières que supportent toujours les ménages en dépit de la mesure de la gratuité de la césarienne intéressent à plus d'un titre. Les motivations qui sous-tendent la méfiance ressentie par les communautés dans les relations qu'elles entretiennent avec les structures en charge de l'exécution et de la gestion de cette mesure de la gratuité font partie des axes d'analyse abordés.

Une idée centrale qui a servi également de boussole dans ma démarche s'inspire du concept de Max Weber c'est- à -dire *Vertehen* qui fait de l'individu la principale source de connaissance. En effet, c'est l'acteur social qui s'approprie la politique de gratuité de la césarienne et l'interprète à sa manière. À travers ses motivations, son histoire de vie et les formes de communication qu'il développe pour agir, interagir pour obtenir des résultats.

CHAPITRE II: CADRE METHODOLOGIQUE

Le présent chapitre est consacré à l'itinéraire méthodologique suivi pour cette recherche. Il est en effet question de décrire ici les grandes lignes de la méthodologie à savoir le cadre de la recherche, la nature de la recherche, les techniques et outils de collecte de données, les groupes cibles et l'échantillonnage, les techniques de dépouillement et de traitement de données, le chronogramme d'activité et les difficultés de la recherche.

2.1 **PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE**

Les communautés de Sô-Ava qui sont concernées par cette recherche, sont couvertes par la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. C'est au sein de cette zone qui offre les services de la gratuité de la césarienne aux communautés de Sô-Ava. Avant toute chose, il faut présentant la situation démographique et géographique de la ZS en question.

2.1.1 Situation démographique et géographique

Située dans le Département de l'Atlantique, la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est l'une des sept (07) zones que comportent les Départements de l'Atlantique et du Littoral (ancien Atlantique). Elle dessert une population de cinq cent trente-un mille deux cent cinquante-huit habitants (531 258) et couvre une superficie de 868 Km2.

Elle est limitée

- Au Nord par la Commune de Zè ;
- Au Sud par le Département du Littoral et l'Océan Atlantique ;
- A l'Est par les Communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégués et Porto-Novo ;
- A l'Ouest par les Communes de Tori-Bossito et Ouidah.

L'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi dessert également les communautés de Sô-Ava qui bénéficient des mêmes prestations et avantages que les populations de la commune d'Abomey-Calavi

2.1.2 Données administratives

La Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est subdivisée en deux communes.

La commune d'Abomey-Calavi est la plus peuplée du Bénin après Cotonou, la capitale économique. Elle regroupe neuf (9) Arrondissements (Abomey-Calavi, Akassato, Glo-Djigbé, Godomey, Hêvié, Kpanroun, Ouèdo, Togba et Zinvié)

subdivisés en 71 villages et quartiers de ville. La commune de Sô-Ava regroupe sept (7) arrondissements (Ahomey-Lokpo, Dekanmey, Houedo-Aguekon, Ganvie I, Ganvie II, Sô-Ava et Vekky) subdivisés en 42 villages et quartiers de ville.

Tableau I : *Répartition des villages par arrondissement de la commune de Sô-Ava*

COMMUNE	ARRONDISSEMENTS	VILLAGES	
S O - A V A	AHOMEY-LOKPO	06	AHOMEY-HOUNMEY, AHOMEY-LOKPO CENTRE, KINTO-AGUE, KINTO-DOKPAKPA, KINTO-OUDJRA, ZOUNGOMEY
	DEKANMEY	03	AKPAFE, ASSAKOMEY, DJEKPE
	GANVIE I	05	AGONMEKOMEY, AGOUNDANKOMEY, KPASSIKOMEY, SOKOMEY, TOHOKOMEY
	GANVIE II	06	AGBINGAMEY, AHOUANLMONGAHO, DAKOMEY, DOSSOU-GAO, GOUNSOEGBAMEY, GUEDEVIE
	HOUEDO-AGUEKON	06	DOMEGUEDJI, GANVIECOMEY, GBEGBOME, GBEGODO, GBESSOU, SOKOMEY
	VEKKY	12	GBETIGAO, HLOUAZOUMEY, HOUNHOUE, KPACOMEY, LOKPODJI, NONHOUETO, SOMAI, TCHINANCOMEY, TODO, VEKKY DAHO, VEKKY-DOGBODJI, ZOUNHOMEY
	SO-AVA	04	AHOMEY-GBEKPA, AHOMEY-GLON, DOGODO, SINDOMEY

Source : Mairie Sô-Ava, (KS), 2015

2.1.3 Données socioculturelles et économiques

La Zone Sanitaire est composée d'une multitude de groupes socioculturels à prédominance Toffin à Sô-Ava. Les communautés de Sô-Ava sont fidèles des religions traditionnelles, le christianisme et l'islam. On y rencontre aussi d'autres confessions religieuses qui prennent de plus en plus de l'ampleur. Toutefois, la majorité de la population est syncrétiste. Sur le plan traditionnel, les populations de Sô-Ava sont régies par des cours royales. Ces données culturelles influencent les perceptions des populations.

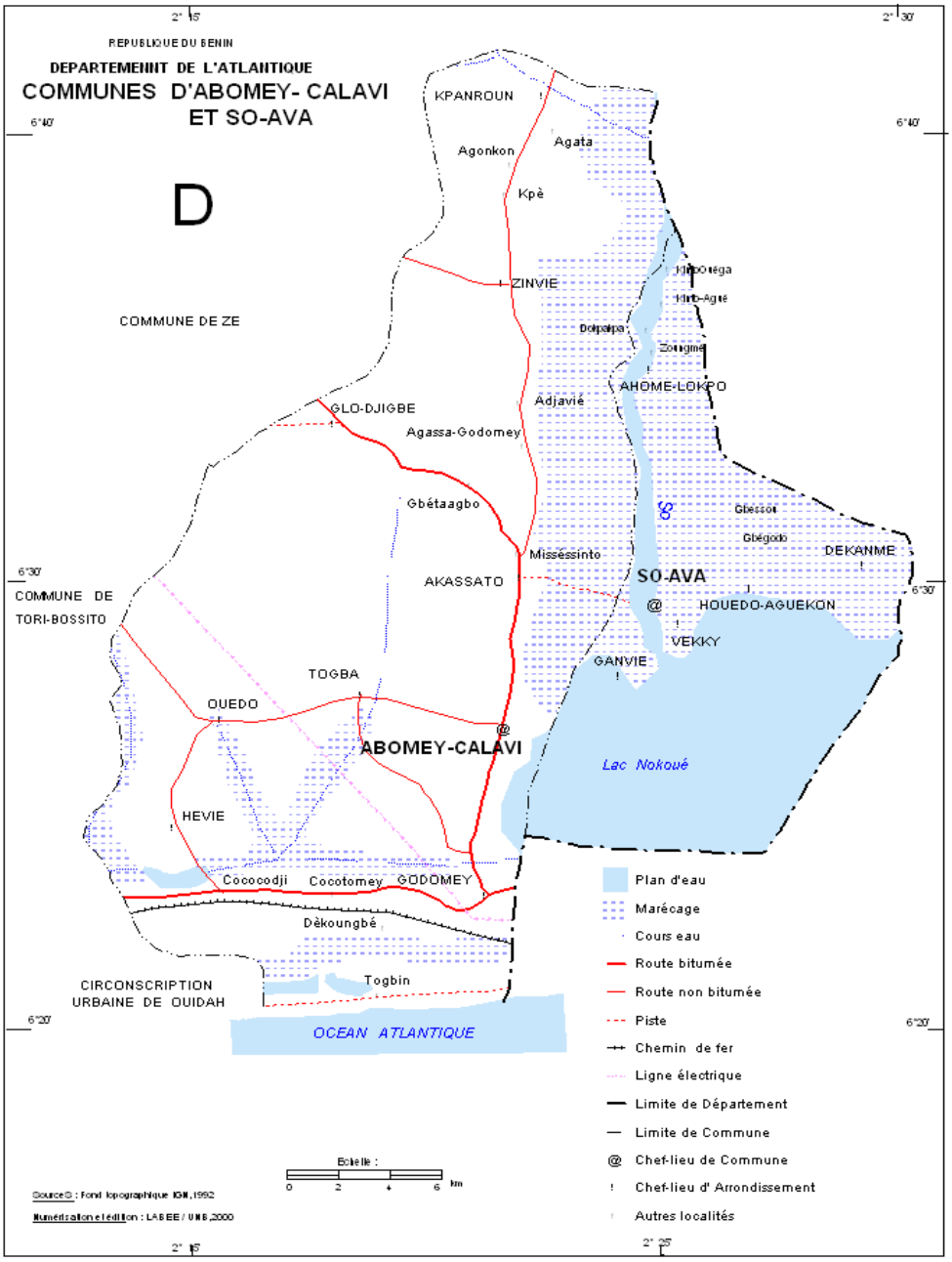
Le potentiel économique de Sô-Ava est composé des sites touristiques de renommée internationale : Ganvié, Sô-Tchanhoué, Sô-Zounko etc. Les populations pratiquent la pêche, l'élevage, l'agriculture, la cueillette, l'artisanat et le commerce comme activités économiques.

Ainsi, la commune de Sô-Ava offre de nombreuses potentialités économiques, culturelles et touristiques. Toutefois, ces différentes sont irrégulièrement pratiquées tout au long de l'année, ce qui limite conséquemment le pouvoir d'achat des populations.

L'hôpital de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est situé à un kilomètre environ de la voie inter-état Cotonou-Niamey. En dehors de ce centre, on dénombre à l'hôpital la croix de Zinvié, deux cent seize (216) Formations Sanitaires privées.

En somme pour cette zone sanitaire, l'hôpital de zone est la plus importante formation sanitaire de la Zone Sanitaire de par son plateau technique (infrastructures, équipements, personnel) a été entièrement construit et mis en service depuis l'année 2003. Il est par conséquent le seul Centre de Santé Conventionné. Ensuite les Centres de Santé qui ont pour tâche d'assurer les soins curatifs, préventifs et promotionnels, sans oublier les actes de petite chirurgie. Certains sont dotés de bloc chirurgical avec des personnels qualifiés pour des interventions (gynécologue accoucheur, chirurgien, etc.). Il existe aussi des hôpitaux privés confessionnels. Enfin, les Unités Villageoises de Santé qui, si elles sont fonctionnelles, assurent les premiers soins dans les localités.

Figure 2 : *Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava*



Source : Mairie d'Abomey-Calavi, 2015

2.2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Cette section présente la démarche méthodologique à adopter pour aboutir à des résultats fiables. Il comprend quatre (4) sections. La première décrit la nature de la recherche, la seconde présente les techniques de collecte des données propres à la recherche, la troisième identifie la population cible et l'échantillon, tandis que la quatrième et dernière section explique la manière dont sont analysées les données recueillies sur le terrain.

La démarche est une manière de progresser vers un but. Exposer la démarche, c'est décrire les principes fondamentaux à mettre en œuvre dans tout travail de recherche. Les méthodes ne sont que des mises en forme particulières de la démarche.

2.2.1 Nature de la recherche

Conformément à l'objectif poursuivi dans ce travail et à la nature des hypothèses retenues comme centre d'intérêt de la recherche, la méthode est à dominance qualitative appuyées des données quantitatives. Une méthode qui, selon Sakho (2006) vise à comprendre une situation à partir d'une analyse subjective des enquêtés, c'est-à-dire, sur le point de vue et la perception des populations sur lesquelles s'applique la recherche. Cela signifie qu'elle concerne directement l'individu en tant que sujet et acteur ayant sa propre conception de la réalité par laquelle il est concerné.

2.2.2 Les sources de l'enquête

2.2.2.1 - Les sources documentaires

Cette revue de la documentation, fournie des résultats d'enquêtes et d'études sur le sujet de la recherche et de données statistiques officielles. Dans le cadre de la présente recherche, l'exploration documentaire s'est déroulée essentiellement dans les bibliothèques, les centres de documentation du Ministère de la Santé et des institutions ainsi que sur internet. Elle a consisté en la lecture des ouvrages, mémoires de fin d'études supérieures et des thèses, les données électroniques (web sites), des articles, des contributions, des revues et des rapports relatifs au sujet. La nature de ces informations et les différents centres de documentation et bibliothèques parcourus sont indiqués dans le tableau II.

Tableau II : *Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies*

Bibliothèques et centre de documentations parcourus	**Nature des documents sélectionnés**	**Types d'informations recueillies**
Bibliothèques de l'UAC, de la FSS et celle du département de Sociologie-Anthropologie	Mémoires de Maîtrise, de DEA et des thèses en sociologie-Anthropologie et en médecine	Mémoire ayant abordé la question de notre recherche
Centre de documentation universitaire, scientifique et technique (CEDUST)	Ouvrages généraux Dictionnaires Ouvrages sociologiques	-Connaissances générales sur la sociologie du développement -Clarification des concepts clés
Centre de documentation de l'ANGC	Rapports, annuaires statistiques	Revue de littérature, état de la question, articles de publications des chercheurs et d'acteurs
Centre de recherche d'étude et de créativité (CREC)	-Ouvrages méthodologiques - Archives -articles	-Méthodes et techniques de recherche en sciences sociales
Centre de documentation du Ministère de la Santé	Rapports	Informations générales et spécifiques
Centre ou service de documentation de l'hôpital de zone de Calavi	Rapports, statistiques	Informations spécifiques
Internet	- Rapports, Thèses, Articles -Ouvrages spécifiques	- Les approches, les thèses, les positions des auteurs sur la gratuité des soins en Afrique

Source : Données de terrain, 2015

2.2.2.2 Sources orales

Certaines personnes ont été spécifiquement identifiées au cours de cette recherche par rapport à leurs connaissances et leurs expériences sur les questions de la gratuité des soins et plus précisément sur la gratuité de la césarienne et sa mise en œuvre.

Il s'agit ainsi au niveau de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava :

Du médecin coordonnateur, du médecin gynécologue, du médecin chef du service de la maternité, de l'infirmier chef du service de la réanimation chirurgicale, de l'infirmier chef du service de la maternité et ses collaborateurs, du responsable du bureau de la facturation, du chef service de la statistique, du pharmacien chef, de l'infirmier chef de la salle d'accouchement.

Au niveau de la Direction Départementale de la Santé :

Du Directeur Départemental de la Santé et de certains de ses collaborateurs.

Au niveau de l'Agence Nationale de Gestion de la Césarienne, du Directeur et de quelques collaborateurs.

D'enrichissantes informations ont été recueillies lors des entretiens menés avec ces acteurs des structures sanitaires et institutions de gestion de la gratuité de la césarienne.

2.3 Population cible et échantillonnage

2.3.1. Population cible

Elle est essentiellement composée:

- Des spécialistes : (médecins gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes, anesthésistes, sages-femmes, infirmiers et infirmières, les aides-soignantes, les prestataires de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi ;
- Des (officiels) : les responsables de la Direction Départementale de Santé, le médecin coordonnateur de la zone sanitaire, les gestionnaires de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi ;
- (Des institutionnels): les responsables de l'Agence Nationale de gestion de la gratuité de la césarienne,
- Des (concernés) : les ménages bénéficiaires (femmes ayant accouché par césarienne et ayant bénéficié de la gratuité, leurs conjoints, accompagnateurs,
- Des personnes âgées pouvant raconter l'histoire sociale de la césarienne.

2.3.2 Echantillonnage

L'approche qualitative appuyée des données quantitatives étant utilisée, la constitution de l'échantillon dans ce cas s'est faite à partir des informateurs privilégiés. Selon Amouzouvi (2008 :14) en rappelant les propos d'Angers, «une technique d'échantillonnage est l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon». Ainsi, deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées de façon complémentaire. Il s'agit du choix raisonné et de la boule de neige qui ont permis d'assurer la qualité des données recueillies sur le terrain.

Pour la première méthode, le « choix raisonné » il a été question de définir un certain nombre de critères qui orientent le choix des personnes à enquêter. Il s'agit de l'âge (situé entre 20 et 45ans), le lieu de résidence (Commune de Sô-Ava et environ), la catégorie socioprofessionnelle (les ménagères, les fonctionnaires, les élèves et étudiantes, les vendeuses). Cette technique a aidé dans le choix du champ de la recherche et des catégories d'acteurs pertinents.

La deuxième technique, la « boule de neige », a été très utile au niveau des femmes bénéficiaires et de la population (où de fil à aiguille, sur la base des indications d'un enquêté précédent, certains ou la plupart des bénéficiaires ont été atteints). A ce stade, les informations relatives à la connaissance de l'effet de la gratuité de la césarienne sur les ménages bénéficiaires et sur les professionnels de la santé ont été recherchées.

Cette technique est encore plus pertinente pour déceler les pratiques illégales des aides-soignants. Il a fallu avoir la garantie de confiance de certaines personnes ressources très influentes dans le réseau pour réussir leur adhésion pour l'enquête. Certains enquêtés ont servi également de référents pour en avoir d'autres aptes à fournir des informations utiles. Le seuil de saturation atteint au terme de ce procédé a également influencé les quotas attribués aux autres personnes ressources ou acteurs de la chaîne d'enquêtés. Au total, 110 enquêtés ont été interrogés.

Le tableau III présente les enquêtés par catégorie ainsi que leurs critères de choix.

Tableau III : *Répartition statistique des enquêtés*

Groupes cibles	Nombre de personnes interrogées	Critères de choix
Les concernés : les ménages bénéficiaires (femmes césarisées, leurs conjoints, les accompagnateurs)	75	Ils sont identifiés en fonction de leur position de bénéficiaires et dans le but d'obtenir leurs représentations sociales de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne
Les spécialistes de la santé	15	Leur identification tient compte de leurs connaissances et la maitrise du domaine, leur rôle stratégique au cœur de la mise en œuvre de la nouvelle mesure
Les institutionnels : Agence en charge des questions de gestion de la gratuité de la césarienne(ANGC)	12	Ils sont identifiés en fonction de leurs apports dans la préservation, la gestion et la pérennisation de la gratuité des soins
Les officiels : Ministère de la Santé, autorités locales et Direction Départementale de la Santé	8	Ils sont identifiés en fonction de leurs responsabilités administratives et politiques dans la mise en œuvre, la gestion et la pérennisation de la gratuité des soins.
Total	110	

Source: Données de terrain, 2015

2.4 Techniques et outils de collecte des données

Le choix d'une technique de recherche n'est ni fortuit ni fantaisiste. Ce choix est fondamentalement lié aux paramètres clés de la recherche, entre autres, l'intitulé du sujet, l'objet, la question principale et les hypothèses de recherche. Dans le cadre du présent mémoire, la nature de la recherche renvoie à l'usage des techniques et outils de

recherche adaptés. Ainsi, la collecte des données de terrain s'est faite par le biais des entretiens avec comme outil le guide d'entretien, l'enquête par sondage sur la base de questionnaire et l'observation directe sur la base de la grille d'observation. Signalons enfin, l'utilisation de la lecture documentaire sur la base de grille de lecture.

2.4.1 L'entretien

Dans le cadre de la collecte des données empiriques, l'entretien a été utilisé. En tant que technique, l'entretien consiste à provoquer une conversation réglée entre un enquêté et un enquêteur muni de consignes et le plus souvent d'un guide d'entretien qui se présente sous la forme d'une liste de questions ou de thèmes qui doivent obligatoirement être abordés au cours de l'opération ; soit spontanément parce que l'enquêté en parle de lui-même au cours de la séance, soit à la demande de l'enquêteur d'après Durant et Weil (2007) cités par Sow (2009). En ce qui concerne les types d'entretien, Durant et Weil, distinguent trois types, selon le degré de liberté laissé à l'enquêté : l'entretien non –directif ou libre; l'entretien directif, et l'entretien semi-directif dont la réalisation est conditionnée.

Le choix de l'entretien semi-structuré, sous la forme de conversations ouvertes, guidées, concentrées et ciblées entre enquêteur et informateur, semble mieux convenir à cette recherche, en ce sens que l'objectif consiste à comprendre les effets de la gratuité de la césarienne sur les ménages bénéficiaires de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava. De ce fait, le guide d'entretien a été administré pour cette recherche aux officiels, aux institutionnels et aux spécialistes de la question.

2.4.2 Le questionnaire

L'enquête par questionnaire est utilisée pour répondre aux besoins du sujet en matière de données quantitatives. Cette technique consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'option ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs. Dans le cadre de cette recherche, le questionnaire est utilisé pour appréhender la perception des bénéficiaires (les concernés) sur les effets de la gratuité de la césarienne mais également, pour

recueillir des statistiques précises sur l'expérience en cours depuis déjà quelques années.

2.4.3 L'observation directe

L'observation directe est décrite comme une observation où le chercheur est présent sur le terrain. A partir d'une grille d'observation, il note, décrit les comportements des acteurs au moment où ils se produisent, tels que les conduites des sages-femmes, des infirmières, des aides-soignantes, des bénéficiaires, ainsi que les conditions d'hospitalisation de ces dernières sur le terrain, etc. D'après N'da (2002), l'observation consiste donc à regarder se dérouler sur une période de temps donnée des comportements ou des évènements et à les enregistrer.

Elle est utile dans le sens où elle permet au chercheur d'identifier la manifestation des comportements. Il enregistre des comportements directement observables. Il peut alors confronter les observations avec les « dits » des acteurs. Elle a permis d'observer les conditions dans lesquelles le personnel soignant travaille ainsi que celles d'hospitalisation des femmes césarisées.

2.5 Techniques de traitement et d'analyse des données

2.5.1 Traitement des données

Les données collectées sur le terrain sont traitées manuellement. Dans un premier temps, il est procédé à la mise au point des outils et des informations recueillies sur le terrain. Ainsi, les fiches ou les outils utilisés sont relus et corrigés. Dans un second temps, les données sont classées suivant les centres d'intérêts de la recherche.

2.5.2 Analyse des données

Les données brutes collectées ont d'abord fait l'objet d'un traitement afin de constituer un corpus de données fiables et exploitables. Ensuite, un apurement a été effectué à la suite de certaines vérifications au niveau de plusieurs sources d'information. D'autres données collectées grâce aux sources audio-visuelles ont été écoutées ou réécoutées, pour en extraire les séquences importantes, en vue d'effectuer l'analyse de contenu qui consiste à rassembler les notes les plus complètes possibles après l'écoute, la traduction et la transcription des bandes enregistrées. A la suite de ces opérations, certaines données sont saisies ou archivées selon le cas. Il a été procédé

ensuite au dépouillement des données pour dégager les tendances sous formes de tableaux et de graphiques à analyser. Les logiciels tels que Word et Excel ont été mis à contribution.

2.6 - Organisation de l'enquête sur le terrain et durée de la recherche

Le processus de rédaction du présent travail de recherche s'est essentiellement déroulé en trois (3) étapes comprenant au moins une activité. Dans le tableau suivant, il est présenté les étapes ainsi que la durée mobilisée autour de leur réalisation. Au total la recherche couvre une période de trente-neuf semaines.

Tableau III : *Chronogramme des activités*

Etape	**Activités**	**Semaines**	**Période**
Travaux préparatoires	Etape exploratoire	7 Semaines	Mai 2014- Juin 2014
	Production de la première version du protocole	8 semaines	Juillet 2014-Août 2014
	Correction et version finale du protocole de recherche	4 semaines	Septembre 2014
Enquête de terrain	Collecte de données	8 semaines	Octobre 2014-Novembre 2014
Rédaction	Dépouillement et traitement	4 semaines	Décembre 2014
	Rédaction	4 semaines	Janvier 2015
	Correction et relecture	4 semaines	Février Mars 2015
Total		39 semaines	

Source : Données de terrain, 2015

2.7 **Difficultés éprouvées et limites de la recherche**

L'enquête de terrain effectuée dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi et dans la commune de Sô-Ava a connu quelques obstacles. La difficulté principale est relative à l'autorisation du Ministre de la santé à démarrer la collecte des données du fait de la sensibilité qui caractérisent les statistiques du système sanitaire et qui a occasionné un

retard dans le démarrage de la collecte. Une autre difficulté est celle de la réticence observée chez de certaines personnes approchées, notamment des sages-femmes, les aides-soignants qui ont pensé que c'était une enquête pour découvrir les pratiques peu orthodoxes auxquelles ils s'adonnent et les piéger. Il l'aurait fallu parfois trouver des tacts pour les mettre en confiance. Le fait d'avoir pu surmonter ces difficultés a permis de déboucher sur la présentation des données du présent travail de recherche. La limite qu'on pourrait reprocher à l'approche méthodologique adoptée pour cette recherche réside dans le fait de ne pas pouvoir prendre des photos pour mieux mettre en exergue les réalités vécues par les parturientes et les professionnels à cause du caractère trop sensible du système sanitaire.

En somme, il a été question à travers ce chapitre de présenter le cadre physique et l'organisation pratique de cette recherche. Ce qui a permis d'avoir d'informations sur la nature et la durée de la recherche, les méthodes et techniques d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données, ainsi que les outils qui ont permis d'aboutir aux résultats de la recherche. Les résultats obtenus sont présentés et analysés à travers les deux (2) prochains chapitres qui constituent la deuxième partie du document.

DEUXIEME PARTIE

Effets de la gratuité de la Césarienne pour la Communauté et les parturientes de So-ava.

CHAPITRE III : MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE ET RESULTATS DES ANALYSES

L'enjeu de l'accès aux soins de santé, notamment pour les mères et les enfants de moins de 5 ans, s'est fait de plus en plus pressant dans les pays en développement, au fur et à mesure que l'on se rapprochait de la date fatidique de 2015. C'est dans ce contexte que furent mise en œuvre les politiques de gratuité de la césarienne au Bénin, qui ont visé à exempter toute ou partie de la population du paiement des soins de natalité en cas d'accouchement par césarienne. Ceci est perçu comme une des solutions pour réduire le fardeau financier lié à cette façon d'accoucher et une amélioration des soins maternels et infantile. Cette politique a eu sans doute des résultats, mais aussi plusieurs effets pour les communautés ont été mis en exergue par les résultats de terrain.

3 MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE ET EFFET SOCIAUX POUR LES COMMUNAUTES DE SO-AVA

3.1 Regard sur la conception et exécution de la politique de la gratuité.

La compréhension de la conception et de l'exécution de la politique de gratuité de la césarienne, a été possible grâce aux documents officiels, des interviews des décideurs et des acteurs au niveau central et opérationnel, mais aussi du vécu de ces derniers et des populations. Cette section donne un aperçu sur les résultats obtenus en ce sens.

3.1.1 Eléments justificatifs de la politique et organe de gestion

La mise en place de la politique de gratuité est due à l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin qui reste encore trop élevée avec mortalité maternelle et néonatale élevée, soit environ 1400 décès de femmes en couches chaque année (Houngnihin, Glèlè et Kpatchavi 2012). En effet, malgré qu'au Bénin 76% des femmes résident dans un rayon de moins de cinq kilomètres d'un service de santé et 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 (INSAE, 2006).

Malgré cette bonne couverture sanitaire, chaque année encore des femmes meurent des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche.

L'accessibilité financière demeure une des causes de ces décès précoces (Ministère de la santé, 2003). En effet les frais des soins sont prohibitifs pour de nombreux ménages (Borghi et al., 2003) et empêchent les femmes d'obtenir des soins de qualité lorsque des complications pendant la grossesse ou l'accouchement surviennent. Ceci entraîne un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales, aggravé par les difficultés liées à l'accessibilité géographique et financière du fait de la pauvreté, mais aussi des barrières socio culturelles.

Devant cette situation l'Etat béninois appuyé par des partenaires, a pris la décision d'augmenter l'accès aux soins aux populations démunies à travers la mise en place d'une politique de subvention des accouchements par césariennes entièrement dans toutes les localités du pays par Décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin.

La gestion de cette politique prise par décret N°2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin est confiée à l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) qui s'occupe de concevoir la stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin, de planifier, de suivre et d'évaluer les actions afférentes à son domaine de compétence. Celle-ci gère aussi la mobilisation des ressources financières nécessaires à la prise en charge de la césarienne par les hôpitaux publics, privés, confessionnels ou associatifs agréés.

La lecture du décret en son article 7 les membres du Conseil d'Administration de l'ANGC. L'on peut remarquer qu'il n'y a aucun représentant provenant des communautés, des bénéficiaires, des autorités locales traditionnelles ou mieux encore de la société civile. Il apparaît alors que les bénéficiaires ne siègent pas dans l'organe d'administration, or le degré de participation des communautés est également décisif (Cernea, 1998). Une telle situation est-elle sans effets pour les communautés, malgré les objectifs affichés pour les communautés, surtout pauvres ?

3.2 Contenu de la gratuité

Le contenu de la décision de gratuité des soins de santé aux femmes enceintes, notamment la gratuité de la césarienne, est précisée par le décret n°2008-730 du 22 décembre 2008. Conformément à ce décret, la césarienne est offerte gratuitement dans

les hôpitaux publics, les hôpitaux privés, confessionnels ou associatifs agréés par l'Etat. La gratuité de la césarienne consiste au remboursement par l'Etat :

- Du transport 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.

Cependant, certains soins étaient déjà rendus gratuits avant la prise de la décision de la gratuité des soins des enfants de 0 à 05 ans et des femmes enceintes, qui constituent la catégorie la plus vulnérable de la société.

IL s'agit notamment :

* Des vaccinations des enfants de 0 à 5 ans, notamment contre le tétanos néo-natal, la rougeole, la poliomyélite ; la tuberculose, la coqueluche ;
* De la supplémentation en vitamine A des enfants de 0 à 59 mois ;
* De la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à l'insecticide aux enfants de 0 à 05 ans et à leurs mères ;
* De la prise en charge des PVVIH, y compris les enfants, notamment par la distribution gratuite des Antirétroviraux ;
* Des actions entreprises dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA ;
* Du traitement Préventif Intermittent (TPI) en matière de paludisme chez les femmes enceintes ;
* Du traitement de la tuberculose, de la lèpre, de l'ulcère de Buruli.

3.2.1 Le contenu d'un kit d'accouchement par césarienne

Au terme de nos investigations à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava, il ressort que le kit d'accouchement par césarienne est en principe composé des produits du tableau IV. Ce kit est parfois incomplet, ou est des fois composé de produits de mauvaise qualité ou simplement de produits avariés.

Tableau IV : *Contenu ou composition d'un Kit de césarienne*

N°	Désignation
1	Atropine inj 1mg/ml amp. 1ml
2	Cathéter IV G20
3	Cathéter IV G18
4	Diazépam inj. 5mg/ml amp 2ml
5	Perfuseur
6	Poche à urine
7	Seringue 10 cc
8	Sparadrap 5m*10cm
9	Vicryl n° 2
10	Aiguille à ponction lombaire G22 ou G25
11	Ocytocine 10 UI
12	Polyvidone lodée FL/200ml
13	Vicryl n°0 ou N°1
14	Sérum glucose 5% 500 ml
15	Ringer fl/ 500ml
16	Sérum sale 0.9% FL/50oml
17	Gant de chirurgie N° 8
18	Fil à peau nylon mono fil 75 cm aiguille triangulaire
19	Gant de chirurgie n°7.5
20	Sonde de Foley N° 16 OU n°18

Source : Données de terrain, 2015

3.3 Les objectifs assignés à la gratuité de la césarienne

Face aux 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 but visé à travers cette mesure est de réduire le stress mais aussi et surtout le taux de mortalité maternelle et néonatale en vue d'atteindre les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement. Cela obéit à un souci, celui de réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Ce

souci est en parfaite adéquation avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en leurs points 4 et 5.

Fort de ces objectifs, la gratuité de la césarienne a permis de relever beaucoup de défis. Après une année d'expérience le bilan est positif même si dans certains cas le recours à la médecine traditionnelle permet d'échapper à la césarienne. Pendant plus de quatre ans, plus de 100.000 césariennes ont été réalisées pour un montant de plus de dix milliards de francs CFA entièrement remboursé par la subvention de l'Etat[1]. Cependant, malgré cela, plusieurs goulots d'étranglement ont été rencontrés en cours de chemin de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Selon les informations provenant des documents d'évaluation et des propose d'acteurs, on en dénombre plusieurs. Il s'agit de la variation du coût de la gratuité d'un centre à un autre, de la mauvaise gestion des kits, des prescriptions complémentaires parfois fantaisistes par certains acteurs, le long délai d'encaissement des chèques certifiés du trésor public délivrés par l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC), la question de prise en charge des autres urgences obstétricales, la prise en charge du nouveau-né. Ces goulots d'étranglement sont-ils sans effets sur les communautés ?

3.3.1 Structures et mécanismes hospitalier de gestion des accouchements par césarienne

Dans cette section il est question de faire une description des services impliqués dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava ainsi que les mécanismes de gestion des accouchements par césarienne

3.3.2 Services impliqués dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava

La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne est assurée aussi bien par les services médico- techniques que par les services administratifs.

3.3.2.1 Les services médico-techniques intervenant dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite.

Il s'agit d'une manière générale de la Maternité, du Bloc Opératoire et de la Pharmacie.

[1] http://news.acotonou.com/h/16045.html, consulté le 25/04/2015 à 11h41 min

3.3.2.2 La Maternité

Le service de la Maternité assure :

- Les Consultations Prénatales (CPN) des grossesses normales ou pathologiques et les Consultations Postnatales (CPON) ;
- les accouchements ;
- les consultations gynécologiques,
- les consultations de planification familiale.

Ce service est constitué d'un certain nombre d'infrastructures. Nous avons :

- Le bloc de Consultations Prénatales et postnatales.
- La salle de dilatation : c'est dans cette salle que sont reçues les femmes en travail, en attendant l'accouchement proprement dit. Mais dans la pratique, à cause du manque de salles, y sont également suivies les femmes dans le post-partum immédiat et quelques femmes dont la grossesse présente une pathologie nécessitant une attention particulière.
- La salle d'accouchement : la sage- femme procède à l'accouchement dans cette salle. Quelques cas d'urgences y sont également pris en charge en raison du manque de salle et de personnel.
- Les salles d'hospitalisation : Il s'agit des salles des accouchées (accouchements par voie basse ou césariennes) à savoir les suites de couches et les salles d'hospitalisation proprement dites.

L'augmentation du nombre de césarisées induite par la gratuité de la césarienne est venue aggraver la pénurie de places déjà existante du fait de l'exiguïté et de l'insuffisance des locaux abritant les services médico- techniques de l'HZ-AS. En effet, avec cette affluence, la Maternité a de plus en plus recours, en dehors de ses salles d'hospitalisation, à une salle prise au Service de la Médecine et de temps en temps à des lits dans les salles d'hospitalisation du service de la Chirurgie.

3.3.2.3 Le Bloc Opératoire

Le Bloc Opératoire est la structure de l'hôpital où sont pratiqués des interventions chirurgicales, des gestes d'anesthésie et de réanimation dans des conditions acceptables pour garantir le réveil effectif et la guérison du malade. Le Bloc Opératoire de l'HZ- AS se compose de salles d'opération et d'une salle de réveil. Pour les salles d'opération, l'HZ-AS dispose de trois salles d'opérations dont deux sont

utilisées pour les actes de gynécologie- obstétrique, de chirurgie générale ou pédiatrique, d'ORL, et dont une salle est réservée exclusivement pour les actes d'ophtalmologie. Ces différents actes peuvent être des actes programmés ou des actes d'urgence.

3.3.2.4 La salle de réveil

Le réveil après une anesthésie prend un temps variable qui dépend des produits utilisés, des antécédents du patient, du type et de la durée de l'intervention. C'est dans ce cadre qu'une salle de réveil est spécialement réservée et équipée en conséquence.

A la fin de l'intervention, la femme césarisée est déplacée du Bloc à la salle de réveil pour en principe un suivi régulier de ses paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire), pour des soins permanents et pour son confort (traitement de la douleur) jusqu'à son réveil.

Mais il faut noter qu'à l'HZ-AS :

- le nombre de lits de la salle de réveil (5) cinq lits est très insuffisant, la même salle étant utilisée pour les opérés tout venant ;
- le personnel de qualité est insuffisant ; ce qui fait que c'est le même infirmier aide- chirurgien qui est chargé d'assurer la surveillance des opérés. N'ayant pas le don d'ubiquité, il ne peut donc être à la fois au Bloc et à la salle de réveil ;
- il n'existe qu'un seul appareil de surveillance pour toute la salle de réveil.

3.3.2.5 Les Pharmacies

L'HZ-AS dispose d'une unité de pharmacie qui comprend deux parties à savoir :

- la pharmacie de gros ;
- et la pharmacie de détail.

- **La Pharmacie de gros :**

Elle regroupe au total (03) trois magasins dans lesquels sont stockés les différents produits pharmaceutiques et consommables médicaux de l'hôpital. Elle a pour rôle d'approvisionner l'hôpital en produits pharmaceutiques et en consommables médicaux. Elle alimente la Pharmacie de détail.

L'approvisionnement de la pharmacie de gros se fait en considération des besoins exprimés au niveau des différents services médico- techniques ainsi qu'au niveau des usagers suivant en principe une prévision effectuée par l'agent chargé de la gestion des produits pharmaceutiques.

Cependant on note que sur les (03) trois magasins dont dispose la pharmacie de gros, (02) deux ne sont remplis que de médicaments dont les dates de péremption sont passées. Le seul magasin qui reste est donc de capacité trop insuffisante pour contenir tous les produits en quantité nécessaire. Il y a donc un manque de place pour le stockage de consommables médicales et produits pharmaceutiques. Ce qui créé des ruptures de stock de produits pharmaceutiques et de consommables médicaux entrainant parfois une non complétude des produits du kit de césarienne.

- **La Pharmacie de détail :**

Elle assure la cession des produits aux malades. Elle est tenue par (03) trois agents qui disposent chacun d'un stock de produits pharmaceutiques et de consommables médicaux servi par la Pharmacie de gros.

Pour permettre l'accessibilité des médicaments aux malades à tout moment, la Pharmacie de détail et le guichet de caisse sont ouverts vingt- quatre heures sur vingt-quatre (24/24). En effet, des gardes de 24 heures suivies de 48 heures de repos et des permanences sont effectuées continuellement pour permettre la satisfaction des usagers. Il y a donc une politique qui permet à l'Hôpital d'assurer à tout moment la satisfaction des besoins des malades en produits pharmaceutiques et de faire des recettes. Chaque agent est ainsi tenu de remplir à la main sur sa fiche de stock la liste des produits sortis pour les besoins de l'inventaire. On note ainsi une non informatisation des officines.

Pour le lancement de la césarienne gratuite, l'Etat a mis à la disposition de l'HZ-AS un stock de (40) quarante kits de césarienne avec la liste des produits de chacun d'eux. Mais, à la suite aux différents problèmes d'inadéquation des produits soulevés par les praticiens, le stock de kits n'est plus renouvelé par l'Etat qui a décidé que désormais les formations sanitaires élaborent et supportent elles-mêmes les kits, avant d'être remboursées en retour par l'ANGC.

Dès lors, l'accompagnant de la femme qui doit subir une césarienne gratuite se présente au niveau de la Pharmacie de détail avec un aide-soignant du Bloc Opératoire qui prend le kit après avoir vérifié sa complétude et signé un cahier ad-hoc aux fins d'un bon contrôle et d'un suivi régulier. On note donc l'existence d'un cahier de cession de kits à la pharmacie de détail.

3.3.2.6 Les services administratifs intervenant dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite

Il s'agit de la Division de Gestion des Malades et des Statistiques (DGMS) et de la Caisse.

- **La Division de Gestion des Malades et des Statistiques (DGMS)**

Composée de (04) quatre agents, la DGMS a pour mission au sein de l'hôpital d'assurer la prise en charge du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie, ainsi que de l'enregistrement des données statistiques.

C'est donc cette division qui est chargée d'assurer l'accueil des malades dès leur arrivée en vue de leur orientation. Mais, au cours de notre stage nous avons constaté l'inexistence d'un service spécifique pour l'accueil et l'orientation des usagers de l'HZ-AS.

La DGMS, dans le cadre de sa mission s'occupe aussi du suivi du séjour des malades hospitalisés et de la facturation des prestations. C'est également cette division qui se charge de la gestion des malades indigents ainsi que de la facturation des prestations qui leurs sont fournies.

A ce titre, il a été révélé que les frais d'indigence engagés par l'hôpital ne sont pas totalement remboursés par le Fonds Sanitaire des Indigents**.** Il y a donc une couverture non intégrale des frais d'indigence.

- **La Caisse**

L'Hôpital dispose d'une Caisse à deux guichets pour le recouvrement des recettes.

Les agents de la Caisse, sous la direction du C/ SAF, assurent l'exécution des recettes qui consiste à l'encaissement des coûts provenant des cessions des médicaments, des carnets de soins et surtout des diverses prestations (hospitalisations, actes d'imagerie médicale et d'analyses biomédicales, consultations, actes de chirurgiens, etc.)

L'exécution des tâches se fait grâce à un logiciel appelé « PERFECTO » Avec ce logiciel, l'agent de la Caisse enregistre le nom du malade, la prestation dont il a besoin et élabore le reçu qu'il délivre au client après paiement du prix ou présentation de la prise en charge. Il y a donc une informatisation de la Caisse qui favorise l'enregistrement et le suivi des recettes.

Cependant les agents de la Caisse éprouvent beaucoup de difficultés pour l'utilisation du logiciel de gestion de la Caisse parce qu'ils ne sont pas suffisamment bien formés.

La Caisse de l'hôpital est ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre (24h/24), avec une équipe qui assure la permanence et la garde à tour de rôle. La mise en place d'un tel dispositif permet à l'hôpital de pouvoir rentrer en tout temps en possession de ses recettes.

3.3.2.7- Mécanismes de recouvrement

Il a été mis en place un système de recouvrement continu des recettes.

Le type de recouvrement des recettes à l'HZ-AS varie selon que les usagers bénéficient d'un tiers payant (Etat, Sociétés d'Etat, sociétés privées, assurance, mutuelle.) ou non. Ainsi deux sortes de recouvrements sont mises en œuvre à l'HZ-AS. Nous avons le recouvrement interne et le recouvrement à externe.

3.3.2.8 Le recouvrement interne

Il s'agit de l'encaissement au comptant des créances au niveau de la Caisse auprès des usagers qui ne bénéficient ni d'une prise en charge, ni d'une assurance maladie: on parle de «particuliers à leurs frais».

A ce titre l'HZ-AS dispose d'une unité de recouvrement interne des créances. Ce sont les «Cols verts» qui mènent les activités relevant de cette unité. Ces derniers aident, orientent et renseignent les clients pour le paiement, par acomptes, de leurs créances vis-à-vis de l'Hôpital.

3.3.2.9 Le recouvrement externe

Il concerne les créances sur les clients qui bénéficient d'un forfait, d'une prise en charge, d'une mutuelle, d'une assurance maladie sur les prestations. L'agent comptable, après la délivrance des titres de recettes aux tiers payants, assure le recouvrement de ces créances en les relançant par des appels téléphoniques ou sa présence physique pour le payement des dettes à l'endroit de l'Hôpital. Par ailleurs le constat est fait sur les difficultés pour l'agent de recouvrer les recettes auprès de certains tiers payants dont surtout l'Etat. On note donc le recouvrement très tardif des recettes issues de la prise en charge des APE.

Il en est de même des crédits qui sont non seulement insuffisants mais aussi recouvrés tardivement. Il y a donc un retard dans l'allocation des crédits délégués à l'hôpital et une insuffisance de ces crédits.

C'est dans cette catégorie qu'est classé le recouvrement des recettes issues des actes de césarienne. En effet, avant la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, l'intervention relevait d'une manière générale du paiement direct, sauf si l'usager concerné bénéficie d'un tiers payant. Mais, avec la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne depuis le premier avril 2009, toutes les femmes césarisées bénéficient d'un tiers payant unique : l'ANGC conformément au Décret n°2009-096 du 30 mars 2009.

Ainsi, à la fin de chaque mois, l'hôpital fait le point de toutes les césariennes réalisées à la suite de la comparaison des différents registres élaborés à ce titre au niveau de la Pharmacie, de la Maternité et du Bloc Opératoire lors de la réunion des responsables concernés par la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne à savoir : le responsable du Bloc Opératoire, le responsable de la Pharmacie , l'Infirmier Général , la sage-femme d'Etat responsable de la Maternité, la responsable de la salle d'accouchement, le C/SAF, le C/SAAE et la Directrice. On note ainsi un suivi rigoureux de la mise en œuvre de la césarienne gratuite à L'HZ-AS.

Par la suite l'hôpital envoie mensuellement les pièces justificatives de toutes les césariennes effectuées à l'ANGC pour le recouvrement des recettes de frais de césariennes. Après un contrôle des pièces justificatives et des registres l'ANGC procède au remboursement à l'hôpital des frais de césarienne.

3.4 Procédure de mise en œuvre de la césarienne gratuite à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava

Cette procédure débute au niveau du Service de la Maternité lors de la consultation de la femme enceinte. En effet la sage- femme, en examinant la femme enceinte peut être amenée à faire quelques constats. Dans ce cas elle fait appel au Médecin Gynéco-obstétricien qui en examinant à son tour la parturiente, peut établir le diagnostic de la nécessité d'une césarienne.

Lorsque la décision de césarienne est prise, une fiche « Kit opératoire » est remplie correctement par la sage-femme. Ensuite elle fait un prélèvement de sang en vue de la réalisation de quelques examens complémentaires de sang au laboratoire (taux d'Hémoglobine, Groupe Sanguin avec facteur rhésus etc.). Ces examens sont effectués contre un reçu de zéro (0) franc. La patiente est envoyée par la suite à la consultation pré- anesthésiste où l'anesthésiste après l'avoir examiné, lui indique la date de l'intervention. On parle dans ce cas de césarienne programmée.

Cependant tel n'est pas toujours le cas. Il peut arriver qu'une parturiente non programmée pour une césarienne présente des difficultés lors de l'accouchement qui contraignent le Médecin Gynéco-Obstétricien à pratiquer une césarienne urgente, ou encore qu' en cas de nécessité d'une césarienne, des parturientes soient référées/évacuées des centres de santé vers l'hôpital.

Malheureusement dans la plupart des cas, du fait de l'inexistence d'un réseau de communication entre les formations sanitaires de la zone, les centres de santé n'informent pas à l'avance l'hôpital de la référence/évacuation des parturientes. De même les parturientes référées/évacuées ne bénéficient ni de moyens financiers, ni de moyen matériel pour assurer leur transport vers l'hôpital. On note ainsi une insuffisance dans l'organisation du système de référence/évacuation.

Après l'intervention la femme césarisée est emmenée dans la salle de réveil. Pendant ce temps le nouveau-né est confié à la sage-femme pour les premiers soins à la Maternité. Quelques heures après son réveil, la femme est envoyée en salle d'hospitalisation.

Au début de chaque mois, la liste des femmes césarisées du mois précédent est envoyée par le SAF à l'ANGC avec les pièces justificatives (quatre exemplaires originaux des factures, des attestations de service fait, de la liste des bénéficiaires et fiche individuelle d'identification par bénéficiaire) pour le remboursement des actes de césariennes.

Malgré toutes ces dispositions on constate qu'il y a encore des accouchées y compris les césarisées qui sont obligées de se coucher à même le sol : ce qui dénote les mauvaises conditions d'hospitalisation de la femme césarisée.

3.5 Résultats des analyses de la mise en œuvre

3.5.1 Résultat de l'analyse de la pratique de la gratuité de la césarienne à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava

La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne se fait à l'HZ-AS suivant une procédure bien déterminée. Elle débute au niveau du Service de la Maternité lors de la consultation de la femme enceinte. En effet la sage- femme, en examinant la femme enceinte peut être amenée à faire quelques constats. Dans ce cas elle fait appel au Médecin Gynéco- obstétricien qui en examinant à son tour la parturiente, peut établir le diagnostic de la nécessité d'une césarienne.

Lorsque la décision de césarienne est prise, une fiche « Kit opératoire » est remplie correctement par la sage-femme. Ensuite elle fait un prélèvement de sang en vue de la réalisation de quelques examens complémentaires de sang au laboratoire (taux d'Hémoglobine, Groupe Sanguin avec facteur rhésus etc.). Ces examens sont effectués gratuitement. La patiente est envoyée par la suite à la consultation pré- anesthésiste où l'anesthésiste après l'avoir examiné, lui indique la date de l'intervention. On parle dans ce cas de césarienne programmée.

Cependant tel n'est pas toujours le cas. Il peut arriver qu'une parturiente non programmée pour une césarienne présente des difficultés lors de l'accouchement qui contraignent le Médecin Gynéco-Obstétricien à pratiquer une césarienne urgente, ou encore qu' en cas de nécessité d'une césarienne, des parturientes soient référées/évacuées des centres de santé vers l'hôpital.

Malheureusement dans la plupart des cas, du fait de l'inexistence d'un réseau de communication entre les formations sanitaires de la zone, les centres de santé n'informent pas à l'avance l'Hôpital de la référence/évacuation des parturientes. De même les parturientes référées/évacuées ne bénéficient ni de moyens financiers, ni de moyen matériel pour assurer leur transport vers l'hôpital. On note ainsi une insuffisance dans l'organisation du système de référence/évacuation.

Après l'intervention la femme césarisée est emmenée dans la salle de réveil. Pendant ce temps le nouveau-né est confié à la sage-femme pour les premiers soins à la Maternité. Quelques heures après son réveil, la femme est envoyée en salle d'hospitalisation. Un constat s'observe, selon les parents d'enfants, certaines visites à la crèche et surtout lors du retrait de l'enfant sont parfois soumises à des frais constitué en don et présents aux professionnels de santé présents dans ces structures.

Au début de chaque mois, la liste des femmes césarisées du mois précédent est envoyée par le SAF à l'ANGC avec les pièces justificatives (quatre exemplaires originaux des factures, des attestations de service fait, de la liste des bénéficiaires et la fiche individuelle d'identification par bénéficiaire) pour le remboursement des actes de césariennes.

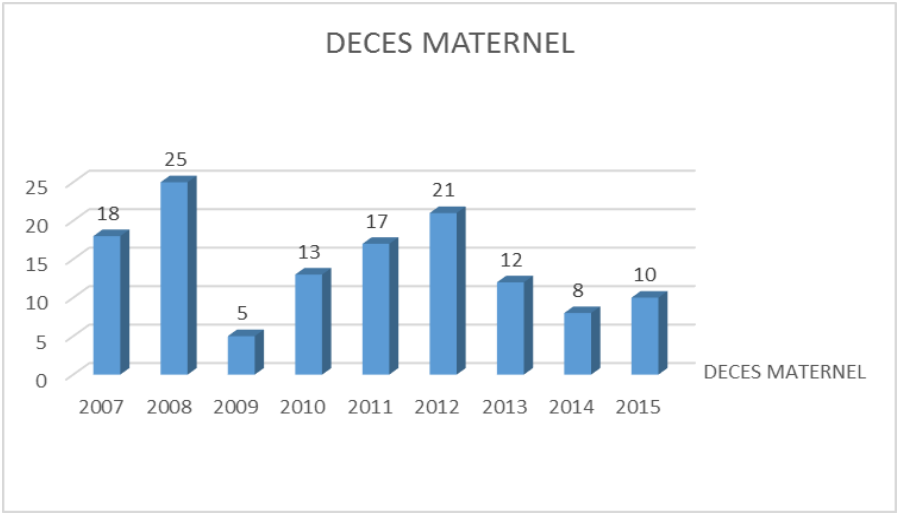
Tableau V : *Décès maternel*

ANNEES	DECES MATERNEL
2007	18
2008	25
2009	05
2010	13
2011	17
2012	21
2013	12
2014	8
2015	10

Source : Données de terrain, 2015

La lecture du tableau et du graphique montre que, de 2007 à 2012 le nombre de décès maternel a varié de dix-huit en 2007 passant à vingt-cinq en 2008 pour baisser à cinq en 2009 puis connaître une ascension en 2012 et finir à 10 en 2015. Cette fluctuation montre qu'il n'y aura jamais zéro décès maternel quel que soit les dispositions prises en terme sécuritaire, de même que la mesure de gratuité de la césarienne décrétée.

Graphique 2 : *Répartition selon le nombre de décès maternel*



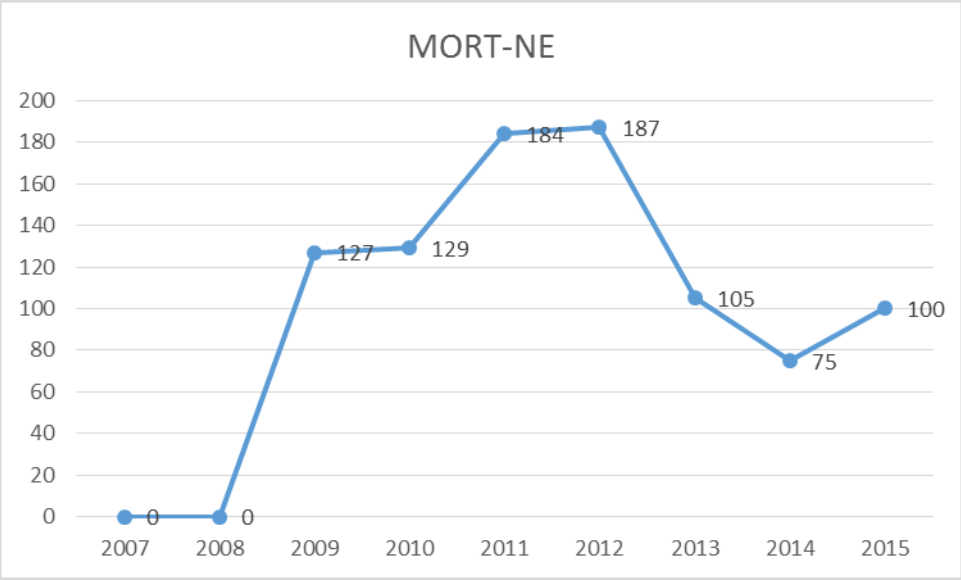
Source : Données de terrain, 2015

Tableau VI : *Mort-né*

ANNEES	MORT-NE
2007	-
2008	-
2009	127
2010	129
2011	184
2012	187
2013	105
2014	75
2015	100

Source : Données de terrain, 2015

Graphique 3 : Répartition selon le nombre de mort-nés



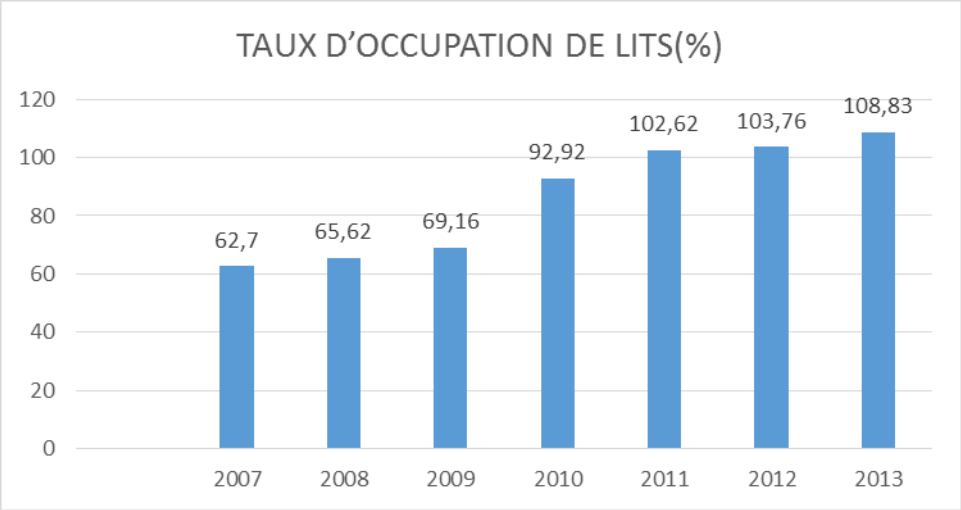
Source : Données de terrain, 2015

La répartition selon le nombre de mort-nés montre que de 2009 à 2012 les mort-nés ont augmenté passant de 127 à 187 pour enfin chuter à 75 en 2104 et connaître une hausse en 2015. Cette augmentation est liée au fait que dans les hôpitaux, du fait de la gratuité de la césarienne, les sages-femmes ne veulent plus aider les femmes enceintes à accoucher par voie basse et passent directement à la césarienne. Cette situation,

amène les femmes et leurs parents à opter pour un accouchement dans les cliniques privées. De même, dans les cliniques privées, les femmes sont gardées et c'est lorsque ces cliniques se trouvent dans l'incapacité d'aider la parturiente à accoucher par voie basse mais aussi ne disposant pas d'équipement adéquat pour sauver la mère et l'enfant se trouvent d'ans l'obligation d'évacuer la femme enceinte dans un centre hospitalier agréé. Ce retard dans l'évacuation engendre la fatigue du bébé et voir même sa mort. Par contre la diminution observée en 2013 est le fruit des nombreuses sensibilisations tant à l'endroit des professionnels que des bénéficiaires. S'agissant des bénéficiaires, il leur est demandé d'aller directement au centre de santé agréé dès qu'ils sentent de malaise. Quant aux professionnels, la sensibilisation a porté sur l'accueil et les dispositions pratiques en matière de diagnostic et d'accouchement. L'augmentation du nombre de césarisées induite par la gratuité de la césarienne est venue aggraver la pénurie de places déjà existante du fait de l'exiguïté et de l'insuffisance des locaux abritant les services médico- techniques de l'HZ-AS. En effet, avec cette affluence, la Maternité a de plus en plus recours, en dehors de ses salles d'hospitalisation, à une salle prise au Service de la Médecine et de temps en temps à des lits dans les salles d'hospitalisation du service de la Chirurgie. Malgré toutes ces dispositions on constate qu'il y a encore des accouchées y compris les césarisées qui sont obligées de se coucher à même le sol : ce qui dénote les mauvaises conditions d'hospitalisation de la femme césarisée.

Le graphique n°4 intitulé répartition selon le taux d'occupation de lits de 2007 à 2013 donne plus de précision sur le taux d'occupation de lits avant (2008) et depuis la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne (2009 à 2013).

Graphique 4 : *Répartition selon le taux d'occupation de lits de 2007 à 2013*



Source : Données de terrain, 2015

La lecture du tableau montre une évolution du taux d'occupation de lits (proportion entre le nombre total de journées d'hospitalisation multiplié par 100 et le nombre de lits multiplié par 365) qui, en 2011et 2012 a dépassé les 100%.

3.5.2 Résultat de l'analyse des améliorations des indicateurs sur l'état de santé

Avec la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, le nombre d'actes effectués dans les deux salles du Bloc Opératoire a considérablement augmenté, les opérations de césariennes ayant plus que doublé (de 664 césariennes en 2008 à 1575césariennes en 2012). Ce qui crée de sérieux problèmes dans la gestion des interventions.

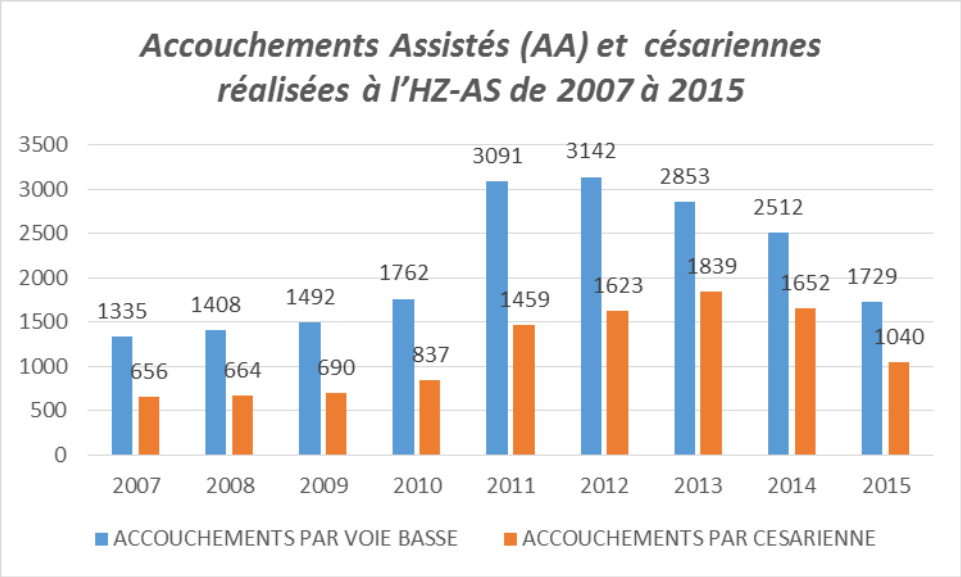
En effet, les équipements médico-techniques disponibles ne sont pas souvent suffisants pour gérer tous les cas dans les meilleures conditions. C'est ainsi qu'on assiste très souvent, non seulement à un épuisement des consommables médicaux (coton, alcool, gaz), des accoutrements du personnel, des champs, des alèzes et des produits désinfectants mais aussi et à une insuffisance des boîtes de césariennes et une défectuosité des instruments qu'elles contiennent. Il y a donc une inadéquation entre les équipements médico-techniques et le nombre de femmes à césariser.

Tableau VII : *Nombre d'Accouchements Assistés (AA) et de césariennes réalisées à l'HZ-AS de 2007 à 2012*

ANNEES	ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE	ACCOUCHEMENTS PAR CESARIENNE	PROPORTION DE CESARIENNES (%)
2007	1335	656	49,14
2008	1408	664	47,16
2009	1492	690	46,25
2010	1762	837	47,50
2011	3091	1459	47,20
2012	3142	1623	51,65
2013	2853	1839	64,45
2014	2512	1652	65,75
2015	1729	1040	60,12

Source : Données de terrain, 2015

Graphique 5 : *Répartition selon le nombre d'Accouchements Assistés (AA) et de césariennes réalisées à l'HZ-AS de 2007 à 2015*



Source : Données de terrain, 2015

A la lecture du tableau et de l'analyse du graphe, on constate que le nombre de césariennes réalisées à l'HZ-AS a considérablement augmenté pendant la période de

mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. La proportion de césariennes calculée par année (le nombre de césariennes réalisées à l'HZ-AS pendant une année sur le nombre d'accouchements assistés à l'HZ-AS pour la même année multiplié par 100) permet de mieux percevoir cette évolution.

Il importe de signaler que dans la pratique l'équipe médico-technique qui réalise une opération de césarienne regroupe :

- un médecin gynéco- obstétricien ;
- un anesthésiste ;
- un infirmier aide - chirurgien ;
- un instrumentiste ;
- un aide - soignant ;
- Une sage-femme qui est en amont et en aval de l'opération.

Mais à ce niveau, il faut signaler quelques insuffisances comme suit :

- Insuffisance de médecins et des gynécologues dans les centres de santé agrées ;
- Manque de personnel soignant ;
- Complication dans les blocs opératoires dus à l'insuffisance du matériel et à la mauvaise qualité de certains matériels dans le kit ;
- Insuffisance de blocs opératoires.

Toutefois, il convient de noter que dans l'état actuel des choses, la césarienne gratuite est une bonne initiative. Elle n'est pas encore entièrement gratuite. Elle n'est pas aussi tout à fait un facteur de réduction forte de morbidité et de mortalité fœto-maternelle car même si les risques chirurgicaux sont insignifiants, les différents résultats reflètent l'inefficience du système référence/recours pour une obstétrique de qualité.

Au total, on pourrait parler de semblant de gratuité, mais il faut que cela se pérennise dans le temps pour réellement alléger les souffrances des mères et bébés retenus parfois prisonniers dans les centres, faute de moyens.

3.5.3 Résultat de l'analyse des effets de la décision sur les indicateurs socioéconomiques

Cette analyse provient essentiellement des données documentaires. Celle-ci permet d'apprécier les attentes de la politique sur la vie sociale et économique.

3.5.3.1 Relation entre santé et développement

Pour apprécier l'effet de la décision de gratuité de la césarienne sur le développement socio-économique, il est important de cerner la relation entre la santé et les variables socio-économiques.

3.5.3.2. Santé et capital humain

Le lien entre santé et développement socio-économique est celui qui s'établit via le capital humain. Non seulement l'investissement dans la santé permet d'améliorer directement le bien-être des populations, mais il contribue également, de façon indirecte, au renforcement de différentes formes du capital humain, qui concourt à l'accroissement des revenus. Selon Hussain et al (2000), le développement du capital humain constitue à la fois un outil essentiel pour assurer une croissance économique soutenue et lutter contre la pauvreté.

Les avantages de la valorisation du capital humain pour la santé et la nutrition ont fait moins l'objet d'études par rapport à ceux qu'en tire l'éducation. Cette situation s'explique, en partie, par le fait que les aspects non monétaires de ces avantages (prolongement de la longévité, réduction de la souffrance et absence d'invalidité) sont beaucoup plus importants que ceux de l'éducation. Des efforts ont été faits pour chiffrer en termes financiers ces avantages non monétaires, mais les arguments avancés sont complexes et très controversés. La santé a des conséquences monétaires directes sur l'offre de main-d'œuvre et les revenus. Les estimations des pertes de revenus dues à l'absentéisme imputable à la maladie oscillent entre environ 5 % en Côte d'Ivoire et en Mauritanie et plus de 10%t au Ghana (ADR, 1998). Par ailleurs, selon les données des Enquêtes sur les niveaux de vie, sur les 30 jours précédant les enquêtes, le nombre de jours pendant lesquels les travailleurs adultes avaient été malades se situait entre 2,1 jours en Mauritanie et 3,3 jours au Ghana.

Ces chiffres sont probablement en deçà de la réalité, dans la mesure où ils ne prennent pas en compte un certain nombre d'autres conséquences majeures de la mauvaise santé. Souvent, les gens continuent de travailler lorsqu'ils sont malades, mais leur productivité s'en trouve réduite. Il y a de fortes chances que les travailleurs en bonne santé cessent de travailler pour s'occuper de membres du ménage malades (en particulier les enfants).

L'invalidité et les décès prématurés peuvent également réduire considérablement l'offre de main-d'œuvre. La baisse de l'espérance de vie et le risque de maladies graves (notamment le Sida) peuvent constituer un frein à l'investissement à plus long terme qui pourrait accroître la productivité.

La preuve de l'impact du statut nutritionnel sur la productivité de la main d'œuvre et les salaires a fait l'objet de nombreuses études (Behrman, 1993). Par exemple, une étude effectuée en Sierra Leone s'est penchée sur le lien qui existe entre l'absorption de calories et la productivité de la main-d'œuvre agricole (Lévis Strauss, 1986). Selon cette étude, une augmentation de l'écart standard en calories par adulte équivalent se traduirait par un accroissement de la production agricole de 20%, contre 33% pour un écart standard de la production de la main-d'œuvre. Dans une étude sur la productivité agricole en Ethiopie, il a été établi qu'une augmentation de l'écart standard du poids par rapport à la taille des chefs de ménages augmentait la production de 27 pour cent (ADR 1998)

La santé accroît la productivité et les revenus, améliore la fréquentation des écoles et la capacité à apprendre, réduit la mortalité maternelle et infantile et augmente l'espérance de vie.

3.5.3.3 Santé, croissance économique et pauvreté

Différents chercheurs ont contribué récemment à l'analyse de la relation qui pourrait exister, au niveau macroéconomique, entre la croissance économique et l'amélioration des conditions de santé, en utilisant des méthodes économétriques appropriées pour contrôler les risques d'erreur d'interprétation du sens de la causalité entre les variables. Ces travaux ne permettent cependant pas de déboucher sur un consensus.

Bloom et Canning (2005), utilisant des données comparatives internationales quinquennales sur la période 1965 à 1995, montrent l'existence d'une influence de l'amélioration des conditions de santé, mesurée par une variable qui approxime le taux de survie des adultes, sur la croissance économique. Ils concluent qu'un accroissement du taux de survie des adultes de 1 point de pourcentage augmente la productivité du travail de 2,8%, avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 1,2% et 4,3%.

A l'inverse, Acemoglu et Johnson (2006), utilisant des données comparatives décennales de 1940 à 1980, concluent que l'amélioration des conditions de santé n'a eu aucune influence significative sur la croissance. Acemoglu et Johnson sont les premiers auteurs à avoir introduit une instrumentation de leurs données de santé à l'aide de variables qualitatives mesurant des interventions de politique de santé, remontant jusqu'aux années 1940. D'un point de vue méthodologique, leurs estimations sont donc plus convaincantes. Cette approche présente toutefois l'inconvénient de réduire sensiblement la taille de l'échantillon d'observation, et en particulier d'en éliminer les pays africains.

Bhargava et al. (2001) avaient montré auparavant que l'effet de l'amélioration des conditions de santé sur la croissance est beaucoup plus fort dans les pays pauvres que dans les autres. Il est donc possible que les différences de résultats observées soient fortement influencées par la composition des échantillons de pays utilisés, ce qui empêche à ce stade toute conclusion définitive.

Au niveau microéconomique, l'état de santé des individus influence leurs capacités productives. Strauss et Thomas (1998) ont rassemblé un ensemble convergeant d'observations montrant le lien entre santé et productivité et ce qui est intimement lié, le lien entre nutrition et productivité. Dans différents pays on observe un lien positif entre, d'une part, la stature et l'indice de masse corporelle des individus et, d'autre part, leurs salaires. Un lien existe aussi entre ces indicateurs et la participation des individus au marché du travail. De même, un lien négatif a été trouvé, notamment en Afrique, entre la prévalence de certaines maladies comme la bilharziose ou l'anémie et la productivité des agriculteurs.

L'état de santé peut exercer une influence sur les performances économiques également par des canaux plus indirects. D'après Bloom et Canning (2000), une meilleure santé et une espérance de vie plus longue sont autant d'incitations à investir dans l'éducation, dont les rendements sont alors mécaniquement plus élevés. Del Rosso et Marek (1996), s'appuyant sur l'expérience d'un grand nombre de projets menés par la Banque Mondiale, en Afrique et ailleurs, montrent que les conditions de nutrition et de santé des enfants améliorent les taux de scolarisation et les résultats scolaires et réduisent l'absentéisme des enfants à l'école. Un autre exemple de ce lien entre santé et éducation est fourni par Miguel et Kremer

(2004), qui ont montré à partir d'une évaluation randomisée menée au Kenya que l'administration de vermifuges aux enfants pouvait constituer une action efficace pour amélioration le rendement du système scolaire.

D'autres canaux ont été étudiés. Bloom et Canning (2000) indiquent qu'une plus grande longévité conduit à un accroissement de l'épargne, nécessaire pour couvrir les besoins des individus au-delà de l'âge de la retraite.

A l'inverse le progrès économique peut lui-même être à l'origine d'améliorations des conditions de santé. De manière évidente, des individus pauvres ne peuvent pas faire face aux dépenses en médicaments et en soins de santé qui seraient nécessaires pour faire face à des maladies. L'effet du revenu sur la santé passe aussi par le statut nutritionnel. La relation revenue –nutrition – santé est connue en économie du développement depuis les travaux de Leibenstein (1954). Par ailleurs, le développement des services de fourniture d'eau potable et d'assainissement exerce un effet positif sur les conditions de santé de la population, comme montré par Isely (1985) sur le cas de l'Afrique. La fourniture de tels services doit faire l'objet de programmes de développement des services publics, mais ces politiques sont entravées par la faiblesse des revenus et des ressources économiques. Les fluctuations économiques peuvent avoir aussi des conséquences négatives à long terme sur la santé, comme l'a montré Bhalotra (2007), en s'appuyant sur des données indiennes.

In fine, en s'appuyant sur l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'idée de fournir gratuitement des soins aux populations les plus vulnérables, sert d'élément de réponse au problème de la mortalité infantile et maternelle (Kerouédan et al, 2008 ; Cholet, 2011). Ceci sans doute se justifie par l'analyse comparée des résultats de 18 programmes de prise en charge de patients en Afrique, Asie et Amérique du sud montre que la mortalité des personnes mises sous traitement baisse quand elles disposent d'un accès gratuit aux médicaments (Brunet-Jailly, 2011).

Cependant, ne faut-il pas se rendre à l'évidence que la pratique de la césarienne porte en elle-même, un problème d'ordre éthique et morale ? Est-elle sans effet, néfaste pour la maternité ?

3.6 La césarienne : un drame pour la maternité ?

La chirurgie obstétricale résulte de mises en scène collectives dont les origines remontent à l'Inquisition. Elle est une conséquence des rapports établis depuis des siècles par les hommes au détriment des femmes et des enfants. Cette problématique relationnelle compromet jusqu'à notre capacité à accueillir les générations futures. Au cours des trente dernières années, pour des mobiles spécifiques à chaque culture et tradition, la proportion d'enfants mis au monde par l'opération de chirurgie obstétricale dite césarienne a considérablement augmenté. Aux Etats-Unis, par exemple, elle a été multipliée par cinq entre 1970 et 1988, pour atteindre 22,9 % en 2000. En France métropolitaine, elle est passée d'une moyenne de 14,2 % en 1991 à 18 % dix ans plus tard, avec des variations allant de 3 % à plus 53 % selon les établissements. Même aux Pays-Bas, où l'accouchement par les voies naturelles est bien établi, le taux de césariennes est passé de 7,7 % en 1991 à 12,9 % en 2000 (Baubeau et Buisson, 2003). Au Brésil, plus de la moitié des mises au monde serait provoquée par une césarienne, les taux atteignant 80 % dans les hôpitaux privés de grandes villes comme Sao Paulo et Rio (2). Il est reconnu que seul un nombre infime de ces interventions répond à une impossibilité absolue d'accoucher (Cotton, 2006).

Il renforce ainsi l'interdit collectif de réaliser quelles motivations ont poussé la gent masculine à prendre possession du ventre des femmes, au point de rendre l'enfantement naturel de plus en plus difficile. Cette mise en scène dramatique apparaît dans les rapports historiques que les hiérarchies – notamment religieuses – ont toujours entretenus avec leur médecine. Elle a été structurée par les interprétations erronées que les hommes cultivent depuis des siècles au détriment des femmes et des enfants (Cotton, 2006).

Refusant de se remettre en cause, le corps médical banalise l'opération et tend à démentir toute conséquence psychologique pour l'enfant, voire à présenter la césarienne comme une alternative préférable à l'accouchement même en l'absence d'indication thérapeutique (Fisk, 2002). Dans leur volonté de promouvoir une généralisation progressive de la césarienne dans les pays d'Afrique et pauvres, de nombreux obstétriciens n'hésitent plus à présenter cette intervention chirurgicale comme étant « plus sûre » que l'accouchement (Thomas et Paranjothy, 2001) et arguent que les tentatives visant à limiter le recours à la chirurgie sont une atteinte à «

l'autonomie des patientes et des prestataires de soins » (Dietz, 2005). Des spécialistes affirment même que la première grossesse « apparaît comme le facteur majeur de risque » dans les symptômes d'incontinence urinaire, avançant ensuite que « l'opération césarienne préventive n'est pas une stratégie dénuée de bon sens. » (Fisk, op.cit.) Ainsi, après avoir largement contribué à perturber les conditions dans lesquelles se déroulent aujourd'hui les accouchements, notamment en imposant qu'ils aient lieu à l'hôpital, le corps médical transpose sur la naissance des enfants la dangerosité qui découle de ses propres pratiques et s'innocente ainsi d'imposer et de complexifier des problématiques masculines qu'il se refuse à résoudre.

Dans cette fuite en avant, l'opération césarienne de complaisance exprime une volonté collective de rompre avec l'origine relationnelle des symptômes physiques notamment en se coupant d'un vécu émotionnel perçu comme terrorisant. Cette rupture est maintenue par un mouvement de mépris à l'égard de la réalité biologique, jugée animale, et face à l'expression de la sensibilité humaine. Un tel mépris induit chez les femmes des comportements de soumission et de dépendance face au pouvoir masculin, principal dépositaire de la remise en scène de cette structure de refoulement. Le corps médical peut alors se présenter en « chevalier blanc » aux yeux de futures mères complètement angoissées qui, en échange d'une illusion de sécurité, lui procureront revenus et statut social.

Mêmes toutes les ingérences dans le déroulement du processus harmonieux de l'accouchement furent présentées comme d'indéniables progrès, dont chaque femme devait maintenant pouvoir bénéficier puisque ces innovations semblaient conçues pour son bien. Il faut voir, au-delà de cet aspect évoqué précédemment, il faut voir dans les propagandes de la Césarienne, une volonté de réduire la forte natalité, puisqu'une femme à un nombre limité d'opération à subir. La volonté de prendre le pouvoir sur les mères et sur les nouveau-nés est une manière d'occulter la terreur de la forte natalité et donc un refus de réaliser que la perfection des processus vitaux est une émanation de la conscience, à laquelle aucun « perfectionnement de la médecine » ne peut se substituer sans conséquences.

Quoiqu'il en soit, en 1997, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Service*, une publication conjointe de l'Unicef (Fond des Nations Unies pour l'enfance), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'UNFPA (Fond des Nations

Unies pour la population), indiquait déjà qu'un taux maximal de 15 % de césarienne devrait être respecté. Au-delà de 15 %, le recours à la césarienne est jugé comme abusif et aurait un impact plus négatif que positif, si l'on considère les risques de cette opération. Les experts s'accordent aujourd'hui à considérer des taux de césarienne supérieurs à 25 % comme anormaux (Le Figaro Magazine du 29 janvier 2000).

CHAPITRE IV : ANALYSE DES EFFETS SOCIOECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE SUR LES MENAGES BENEFICIAIRES ET LES COMMUNAUTES

4 EFFETS ECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

Nous ne parlerons pas des effets économiques sans parler des différents coûts supportés par l'Etat, les hôpitaux et les bénéficiaires.

4.1 Les Coûts de la Césarienne pour les bénéficiaires

En parlant des coûts de la césarienne, nous faisons allusion au coût des produits pharmaceutiques achetés pour l'opération de césarienne et les médicaments achetés sur l'ordonnance de sortie. On a inclus également le coût d'une éventuelle prise en charge au niveau du milieu hospitalier pour l'apparition d'une complication postopératoire. Sans omettre le coût des paiements officieux ainsi que le coût de la nourriture supplémentaire. En plus du coût total des déplacements et le coût d'opportunité pour le conjoint et la femme.

4.1.1 Les produits pharmaceutiques achetés par le citoyen

Pendant toute la durée de notre étude nous avons enregistré la présence au chevet des femmes de quelques produits achetés avant l'opération de césarienne ou au cours de l'hospitalisation, et qui normalement sont et doivent être disponibles à l'hôpital. Ce montant total est gonflé par la prescription de l'anticoagulant qu'on administre en intra hospitaliers (2 ou 4 injections) et qu'on prescrit pour le suivi après la sortie.

En plus, sur les 75 femmes interviewées, 14 ont acheté des produits pharmaceutiques avant l'opération de césarienne avec des montants variant de douze mille (12.000) FCFA à soixante-cinq mille (65.000) FCFA. Le coût moyen des dépenses en produits pharmaceutiques avoisine les soixante-quinze mille (75.000) FCFA.

4.1.2 Le coût total du transport

Notre calcul s'est basé sur la formule suivante :

T= coût 1er déplacement + (nombre de visites × coût du trajet parcouru entre le foyer actuel et l'hôpital × 2) + le coût du retour le jour de la sortie.

On ne comptabilisait que le dernier déplacement de la femme qui a abouti à son admission sans comptabiliser les éventuelles visites précédentes. On additionnait en plus le nombre de visites au cours de son séjour hospitalier multiplié par deux (trajet précisé entre le lieu de résidence et l'hôpital) multiplié par le coût de ce trajet. Et on

finissait par additionner le montant du transport de retour du jour de la sortie. Les coûts du transport ainsi calculés sont nettement inférieurs à la réalité vu qu'on n'a calculé ce coût que pour un seul accompagnant de la femme (le mari ou l'un des parents) alors qu'on était confronté à plusieurs reprises à la présence de 2 à 6 accompagnants d'une femme qui a subi une césarienne.

4.1.3 Le coût de la nourriture supplémentaire

Ce coût a été uniquement calculé pour les femmes césarisées sans prendre en considération ces mêmes types de dépenses pour leurs accompagnants.

Toutes les bénéficiaires interviewées (75) avaient dépensé également de l'argent pour l'achat de nourriture supplémentaire au cours du séjour en post opératoire, la majeure partie de ces dépenses survient à partir du deuxième jour d'hospitalisation.

4.1.4 Le coût d'opportunité

Il est calculé pour la femme et le premier accompagnant seulement. On a évité de le calculer pour les autres accompagnants même en cas d'absence du mari ou d'une situation de séparation du couple. Ce sont les membres de la famille qui s'arrangent dans ce cas pour assurer une présence à tour de rôle sans interruption de leurs activités professionnelles.

Ainsi sur les 75 personnes interviewées 64% des accompagnants et 100% des femmes n'ont pas eu de réductions de ressources financières liées à la situation de l'arrêt temporaire du travail.

4.1.5 Pourboires et paiements officieux

Les personnes interviewées ont rapporté le recours à ces pratiques dans moins de 50% des cas. En éliminant tous ceux qui ont affirmé ne pas avoir de dépenses pour cette rubrique, ce coût a varié entre cinq mille (5.000) FCFA et vingt mille (20.000) FCFA. La majeure partie des interviewés ont annoncé qu'ils donnaient de plein gré ces sommes d'argent soit pour partager le bonheur de la nouvelle naissance avec les professionnels, soit pour qu'ils leurs prêtent plus d'attention, soit comme aide aux non professionnels vu le salaire maigre qu'ils perçoivent, soit pour leur permettre de visiter leurs femmes hors horaire officiel de visite ou leurs permettre de dépasser le nombre de visiteurs autorisés par jour.

4.1.6 Le coût administratif facturé à la sortie de l'hôpital

On a calculé le montant payé par les ménages pour le séjour hospitalier. Ce montant était de zéro Franc CFA, à l'exception d'un cas particulier qui concerne une femme qui, ayant eu une complication postopératoire trois jours après sa sortie de l'hôpital de zone a été contrainte pour une prise en charge chirurgicale et hospitalière de 18 jours facturée à deux cent vingt mille (220.000) FCFA au départ, mais dont le mari a payé quatre-vingt-dix mille (90.000) suite à la présentation du certificat d'indigence. Ce cas n'a pas été doublement comptabilisé, on a gardé le montant d'exonération de départ. Mais pour toutes les autres femmes qu'elles soient référées ou pas, elles ont eu à payer un minimum de vingt-cinq mille (25.000) FCFA pour la césarienne s'il y avait un séjour supplémentaire en réanimation, en service de médecine ou en chirurgie.

4.2 La gratuité de la césarienne entre les coûts hospitaliers et non hospitaliers

La répartition des coûts directs selon ces deux catégories, on donne une autre lecture de nos résultats:

Les coûts hospitaliers comprennent les médicaments et fongibles achetés juste avant l'opération et au cours du séjour en hospitalisation, les examens complémentaires ne faisant pas partie du forfait, les paiements sous la table, le coût de la nourriture additionnelle et les frais administratifs au niveau de l'hôpital de zone.

Les coûts non hospitaliers comprennent tout paiement survenant en dehors de l'hôpital c'est-à-dire le coût du transport, le coût d'opportunité et les médicaments achetés à la sortie de la femme. La somme des coûts hospitaliers représente 35% de la somme des coûts non hospitaliers.

On a additionné le montant hypothétique de l'exonération des frais administratifs au niveau de l'hôpital de zone. Ce qui montre que l'introduction de la gratuité de la césarienne a permis une réduction de 77% des coûts hospitaliers.

Elle est de 60% en moyenne par rapport au coût direct de la césarienne. Et elle a dépassé même six fois le coût unitaire direct de la césarienne pour les familles ayant bénéficié des médicaments gratuitement.

4.2.1 - Le coût indirect de la césarienne

Nous n'avons pas pu quantifier le coût indirect de la césarienne vu la fiabilité des données fournies, mais on a pu lister le nombre de personnes ayant affirmé avoir

besoin de recourir à des dons, des emprunts et des prêts pour couvrir les dépenses liées à cette opération de césarienne survenant dans la majeure partie des cas à l'improviste. Les familles ont eu recours à des emprunts et à des dons dans presque 75% des cas.

Une seule personne a affirmé la vente de son poste téléviseur, de ses volailles et de sa radio pour couvrir les montants dus. Dans le même lieu et à force de recevoir une information erronée, trois ménages étaient obligés d'allonger le séjour de leurs femmes pour trouver des ressources financières afin de s'acquitter des sommes facturées.

4.2.3 Le coût de revient de la césarienne pour l'Etat

La gestion informatisée des produits pharmaceutiques au niveau de l'hôpital de zone, nous a permis de déterminer exactement le coût de revient de la consommation médicamenteuse d'un séjour pour une césarienne au niveau du bloc opératoire et au niveau du service hospitalier. Ce coût est réparti comme suit :

Au niveau du bilan médical il est de dix mille (10.000) FCFA, quarante-cinq mille (45.000) FCFA pour celui des médicaments et consommables, vingt-cinq mille(25.000) FCFA pour l'acte chirurgical et enfin vingt mille (20.000) FCFA pour l'hospitalisation. Soit un coût total de cent mille (100.000) FCFA supporté par l'Etat.

Tableau VIII : *Le coût de la césarienne (subvention de l'Etat*)

Description	Coût
Bilan Médical	10.000 FCFA
Médicaments et Consommables	45.000 FCFA
Acte Chirurgical	25.000 FCFA
Hospitalisation	20.000 FCFA
Total	100.000 FCFA

Source : Données de terrain, 2015

4.3 EFFETS SOCIAUX

L'analyse des effets sociaux part tout d'abord de l'appréciation des bénéficiaires sur cette pratique. Ensuite elle fera cas des effets ou des conséquences sociales de cette pratique.

4.3.1 Appréciation de la césarienne par les Bénéficiaires

Les données recueillies sur l'appréciation de la mise en œuvre de la gratuité ont mis en lumière deux catégories deux positions dans les pratiques au niveau des répondants.

4.3.2 La Césarienne, comme moindre mal

Bien que la chirurgie obstétricale soit douloureuse. Les discours des répondants montrent qu'une minorité apprécie cette pratique. Comme, on peut le constaté dans les propos des répondants : «*la douleur de la plaie de la césarienne est plus supportable que la souffrance de l'accouchement ne pas être consciente, se réveiller et voir son enfant*». «*Les complications pour mettre au monde d'une voisine m'ont amené à réclamer la césarienne*».

Pour une patiente en quête d'un bébé de sexe féminin et dont le *« mari prend ses précautions »*, c'est une pratique dangereuse, *« mais ce n'est pas difficile, si ce n'est pas une maladie »* qui en a suscité l'indication. Pour son mari : *« Ça fait peur, surtout avec la plaie et beaucoup de contraintes comme "Tiens-toi debout ! Ne mange pas, ne mange pas !". En elle-même ce n'est pas quelque chose qui peut tuer, ce n'est pas aussi mauvais »*.D'ailleurs nous confie une autre mère, *« les gens oublient l'événement. En plus, on ne dit pas souvent à tout le monde qu'on a accouché par césarienne. L'essentiel est qu'on a accouché et que ça s'est bien passé »*.

Ainsi, pour ces parturientes et leurs proches, les bébés et les sœurs décédés à l'accouchement, en raison des complications, ont encouragé l'option de la césarienne. Option fortement recommandée par certaines Sage-femme et les responsables des associations de femmes. Pour une matrone, une césarienne *« ce n'est pas bien, mais quand le bassin est petit on est obligé de faire »*.

La responsable d'une association des femmes de la commune de Sô-ava soutient à son tour que *«c'est entre la mort et la vie. Et si une personne revient en vie, elle est accueillie par toute la communauté. Les visiteurs viennent lui témoigner leur compassion en lui offrant de cadeaux, par exemple, un pagne, du savon et même de l'argent»*.

Quant aux sentiments négatifs des suites de césariennes et leur incidence sur la vie sexuelle et sociale de la parturiente, *«c'est la mère elle-même. Si elle se sent bien dans la tête, si elle ne culpabilise pas. Si elle prend ça comme un malheur, les autres en font autant»*. Ces propos proviennent d'une enquêtée qui a l'air de surmonter son expérience.

D'autres perceptions favorables à la réalisation des césariennes tiennent au manque de possibilités d'évitement. En clair, *«on peut pas éviter opération. Si c'est fort, on va*

faire opération.» Il n'y a *«pas de moyens pour éviter ça ! Non, non ! Mais pour la césarienne on sait pas comment ou pourquoi ça se passe.»* Il y a aussi des prénotions sur la césarienne et les accouchements à travers des formules telles que : *«Chez les Blancs, on fait ça pour ne pas dépenser son énergie. On va on enlève ça et puis ...», «accouchement-là ce n'est pas par faiblesse hein ! Y a des fois l'enfant est trop gros pour pousser », « Souvent, il y a des femmes mêmes qui demandent ça pour ne pas durer à l'hôpital », ...*

L'examen de ces discours indique une tendance à traduire la résignation des populations vis-à-vis de la pratique de la césarienne. Les opinions sont jugées favorables parce qu'elles soutiennent que « ce n'est pas difficile », « c'est un mal nécessaire », « on est obligé de faire ». Toutes les opinions favorables portent sur les avantages que les mères y trouvent après l'intervention. Ce sont en occurrence la survie de la parturiente et de l'enfant.

4.3.3 La césarienne, comme anormalité

La majorité des femmes, ont insisté le caractère anormal de la césarienne. Ceci s'observe à travers les perceptions non favorables s'observent aussi bien chez les mères que chez les acteurs communautaires (personnes proches des parturientes) de prise en charge, avec des substances comparables. Une majorité des répondants ont eu des difficultés à explorer le souvenir des circonstances de l'opération. Leurs réticences sont éclairées par les acteurs familiaux. Pour celles-là, elles optent pour le refus en cas de prochain besoin d'indication. Pour ces acteurs, ils ne veulent pas la césarienne pour plusieurs raisons. Il s'agit entres autres de la fragilisation sur le plan physique, psychologique et social ; de la peur de perdre la vie au cours de l'opération qui est une œuvre humaine avec risque d'erreurs médicales ; des douleurs de la plaie après l'opération. Outre cela, il y'a la dépendance d'autres personnes à cause de la plaie, la contrainte imposée par les pansements (dépenses supplémentaires). Ils se disent qu'en sortent avec le sentiment d'être diminuée, avec une limitation involontaire du nombre d'enfants prévus. Ceci est sous tendu par les croyances et pression socio-culturelle et la peur. Un répondant a laissé entendre ces propos : *«Quand on parle de césarienne, c'est la peur au ventre, parce que c'est quelque chose que tu devrais faire toi-même et on te dit que tu ne peux pas, il faut qu'on t'ouvre le ventre avec un couteau. La femme n'est pas un poulet pour qu'on lui ouvre ainsi le ventre à chaque fois, aussi on peut*

perdre la vie au cours de l'opération parce que les agents de santé sont des humains et peuvent parfois se tromper aussi ».

La peur de l'inconnu de l'issue de la césarienne fait qu'elle reste toujours non souhaitée. Ce sont là des réponses obtenues après l'introduction de la politique qui montrent que la césarienne fait peur et continue d'être considérée comme une pratique à éviter autant que possible, malgré sa gratuité. Cette peur entretien des liens avec l'économique tout le long du déroulement de l'évacuation et l'intervention.

En effet, au cours de l'enquête, les mères césarisées pensent que *« tout ce qu'on te fait-là, tu ne vois pas dedans »*. Elles croient que ce mode d'accouchement peut occasionner *« la perte de la maman ou de l'enfant »*. Plusieurs images, idées et expressions (plus ou moins dépréciatives) traduisent leur perception de l'activité des Soins Obstétricaux d'Urgence. Par exemple, pour dire en fon qu'une parturiente a connu une intervention sur l'accouchement, on dit *« é zè*) En langue locale, le concept « césarienne » se traduit par *« kéhgbah »* ou *« kéhgbahfoh »*. Ces expressions signifient aussi « on t'a césarisée ». Nous discernons à travers ce vocabulaire que les patientes ne sont pas toujours consentantes. C'est-à-dire qu'elles subissent les interventions de façon passive. Le discours des enquêtées et de leurs conjoints sur la pratique est dramatique. Les suites morbides voire la mortalité occupent une part importante de leurs opinions. C'est bien ce qui ressort des propos que nous allons relever. En effet, la césarienne fait peur, comme on peut l'apercevoir dans ces propos rapportés des discours d'enquêtés : « *Les gens ont peur de ça. Pour qu'on te fasse ça, c'est fort ». « Ce n'est pas facile à supporter ». «* Ce qui *fait peur-là, il y a plusieurs femmes qui font la césarienne, et puis, elles ne reviennent pas »*.

C'est ce qui explique l'opinion d'une enquêtée: *« mon cœur veut pas, j'ai peur. Opération-là, j'ai vraiment peur. Parce que si tu n'as pas l'argent on ne va pas te faire cadeau. La personne-là va mourir. »* En plus, l'événement donne aux parturientes et à leur entourage le sentiment *« que l'accouchement a été grave »*. Pour d'autres, la césarienne, *« c'est une plaie »*. Ces propos sont ceux d'une actrice de soins de la mère césarisée quand elle soutient que *« césarienne, ça fait peur! Tout le monde a peur de ça. Souvent aussi, tu peux accoucher, perdre l'enfant, ou bien perdre la maman. En tout cas, nous, on prie pour que ça n'arrive pas. »*.

Pourtant certains reconnaissent que c'est un mal nécessaire, comme il apparait dans les phrases suivantes. La césarienne, c'est un mal nécessaire. Un conjoint interviewé, a dit : *« la césarienne, on n'a pas le choix. Quand tu es dedans, tu pries que ça se passe bien. Si tu as de l'argent tu vas tout faire pour ne pas voir ta femme mourir sous tes yeux. Même si la belle-famille ne dit rien, mais quand les regards se croisent tu sens que y a problème ».*

4.4 Césarienne : quelles conséquences sociales ?

4.4.1 Limitations d'activité pour les femmes césarisées

La limitation d'activités chez une femme césarisé provient des conséquences médicales. Les conséquences médicales d'une césarienne sont celles d'un geste chirurgical majeur. La récupération physique peut être longue alors même qu'une femme qui a subi une césarienne doit surmonter, outre le geste chirurgical lui-même, les suites d'une anesthésie, parfois après des heures d'un travail épuisant. Par ailleurs, le terme même de "césarienne" fait oublier qu'il s'agit d'un acte chirurgical et donc la façon d'envisager ses suites. On considère que la mère doit répondre dès les premiers jours aux demandes de son bébé ce qui implique des activités qui sont généralement interdites aux opérés.

Concernant l'enfant, il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé se produisant durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important concernant d'une part sa maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale, et d'autre part le développement de ses réflexes primaires, y compris le réflexe de succion La naissance par césarienne, et surtout par césarienne programmée, prive le bébé de ces processus physiologiques nécessaires au bon démarrage des fonctions vitales. C'est ce qui explique que les bébés nés par césarienne sont plus souvent en état de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les autres, nécessitent plus souvent des gestes de réanimation.

Par ailleurs, la mise en place de l'allaitement peut poser plus de difficultés, a fortiori quand la césarienne est programmée à 38 semaines alors que la gestation n'est pas encore terminée. Le nouveau-né, encore immature car ayant manqué ses deux à trois dernières semaines de gestation, n'a pas encore acquis ou maturé son réflexe de succion. Enfin, la programmation de la césarienne prive la mère de la sécrétion

naturelle des hormones de l'accouchement et de l'allaitement nécessaires à la bonne mise en place de la montée laiteuse.

Certes, l'activité physique après un accouchement par césarienne est à proscrire afin de bien cicatriser et de ne surtout pas réactiver la douleur : "La *première difficulté rencontrée par la maman est celle de la mobilité. Il lui est déconseillé de bouger pour prendre son bébé et l'installation pour la mise au sein est un petit peu plus complexe*" affirme une accoucheuse. Il ne faut donc pas hésiter à demander de l'aide à son entourage (le papa par exemple !) ou aux auxiliaires de puériculture présentes à la maternité. D'autre part, bébé peut se montrer peu enclin à téter, notamment en raison des petites tensions physiques liées à la particularité de sa naissance par césarienne.

4.4.2 Conséquences psychologiques de la Césarienne pour les femmes

Outre les risques inhérents à tout acte chirurgical, la césarienne induit fréquemment des conséquences psychologiques parfois lourdes pour la femme qui l'a subie. Faire face à une telle naissance demande un ajustement physiologique et psychologique très important, source de stress. De nombreuses mères ayant donné naissance par césarienne sont ainsi traumatisées psychologiquement. La césarienne a brisé leurs espoirs d'accouchement "normal", elles se sentent parfois incompétentes car elles n'ont "pas été capable d'accoucher" et ne se sont pas "accomplies en tant que mère" puisqu'elles n'ont pas véritablement participé à la naissance de leur enfant.

Une conséquence connue d'un acte de chirurgie est la dépression, et pourtant cette possibilité n'est pas envisagée dans le cas d'une césarienne. Dans l'imaginaire collectif et social, la représentation de l'accouchement reste souvent très liée à la sortie "par voie basse". La naissance par césarienne, surtout si la césarienne a été pratiquée en urgence en cours de travail, représente souvent une fracture entre l'idéal de l'accouchement et la réalité.

Comment faire face à la naissance (en partant du postulat que chaque grossesse, enfant, naissance est unique) si le corps humain se dérobe ? Car pour beaucoup de femmes césarisées, cette intervention est vécue comme une démission d'un corps qui n'a pas assuré ses fonctions.

Après la césarienne, cette trahison se paye d'autant plus que les mères sont rarement en condition physique d'assumer et assurer les soins au nouveau- né, elles se retrouvent d'autant plus en décalage entre ce qui avait été idéalisé et ce qu'elles vivent, qu'elles

rencontrent cette déception/douleur psychique, cette douleur physique, conséquente à la chirurgie, cette entrave dans leurs mouvements les plus basiques : une femme césarisée est incapable d'attraper seule et sans aide son enfant dans son berceau, il lui faut demander de l'aide.

La douleur physique peut trouver remède dans les apports médicamenteux. Il n'en reste pas moins que physiquement, la femme qui a été césarisée est transformée par cette cicatrice sur le bas du ventre ; ce signe que chaque jour elle voit, elle touche, ou au contraire elle esquive au mieux. Pour certaines, cette cicatrice est synonyme de mutilations : mutilation physique qui affecte très facilement le psychisme.

La douleur psychique peut avoir différentes origines, comme l'écart (pour ne pas dire le grand écart) entre l'idéal d'accouchement et la réalité de la chirurgie, ou parce que la femme a vécu ce moment seule, sans la présence du père qui, bien que le discours actuel des maternités et des médias soutient le contraire, est rarement admis au bloc opératoire. Cette absence peut être vécue comme un déchirement : ne pas voir le regard de son conjoint à la découverte de ce bébé, ne pas vivre ce moment dans l'émotion à laquelle elles s'étaient préparées. Rien ne peut remplacer ces moments-là. L'impuissance totale ressentie au moment de la naissance, le fait d'avoir été attachée les bras en croix sur la table d'opération, peuvent être très mal vécus par une femme que l'on n'aura souvent pas préparé à cela tant ces pratiques sont routinières pour les équipes médicales qui les pratiquent. Cette constatation de passivité (on subit une chirurgie) est parfois vécue comme l'aveu d'une faute par une victime "consentante". Comment faire pour ne pas se sentir décalée entre être la mère de son enfant et la difficulté de se sentir mère, voire femme, parce que l'on n'a pas accouché par voie basse, "comme toutes les femmes", ce qui vous exclut du "clan des accouchées" ? La trahison physique a un lourd retentissement psychique dans le rituel initiatique de la naissance.

4.4.3 Les conséquences d'une césarienne pour le bébé

De manière générale, on peut noter que la césarienne n'est pas sans risques pour le bébé. Par exemple, une étude portant sur presque 6 millions d'accouchements aux USA entre 1998 et 2001 parue en septembre 2006 dans Birth : *Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with '"No Indicated*

Risk," démontre que le risque de décès du nouveau-né est plus que doublé (1.77 au lieu de 0.62 pour 1000) en cas de naissance par césarienne pour une grossesse à faible risque, c'est-à-dire : présentation céphalique, bébé à terme, pas d'antécédents médicaux. L'on peut toutefois regretter que cette étude ne fasse pas la distinction entre césariennes programmées et en cours de travail.

Cependant, au-delà de conséquences médicales, d'autres peuvent apparaitre sur le plan socioculturel. Par exemple, dans le cas de la césarienne, la date d'accouchement imposée, or dans l'accouchement normal, on pense que c'est le bébé qui, lorsqu'il est prêt, déclenche l'accouchement. Si vous subissez une césarienne programmée, votre bébé n'aura pas choisi son heure - on peut donc imaginer que par certains aspects, il n'était pas tout à fait prêt à naître.

Cependant, les accouchements par césarienne, évite à bien des égards, il est évident que de nombreux enfants ne seront pas déclarés « sorciers » à tout moment et ne seront pas de ce fait condamnés à mort. Dans un mini-mémoire présenté au cours de l'année universitaire 2001-2002, au Bénin, Dagba M. Olga révèle le sens profond des différentes naissances « anormales » de l'enfant qui est ainsi déclaré enfant « sorcier ». Voici un extrait de ce document : « *Sortir les pieds en avant : c'est signe que cet enfant dépasse tout le monde. Il n'est pas un humain, donc passible de « réparation. » « Sortir par le siège : C'est signe de malheur. Cet enfant constitue une menace pour sa famille et pour tout l'entourage social, car ainsi né, cet être est capable de marcher sur tout le monde, fouler au pied les règles établies et piller les humains. » « Sortir à plat ventre : C'est un mauvais présage pour l'entourage. C'est la plus dangereuse des positions redoutées. Cet être semble vouloir fermer le bonheur et l'espoir de la maison d'une part. Sa face étant contre le sol mouillé de sang d'accouchement, il sera un buveur de sang humain d'autre part etc…* »

Ce sont là une conséquence positive pour les enfants, pour les mères et les familles. Toutefois, cette pratique facilite-t-elle l'établissement du lien mère-enfant ?

4.5 Effets sur le lien mère-enfant

4.5.1 Effets

Peu d'études ont été conduites chez les femmes césarisées, celles qui sont publiées portent en général sur des témoignages volontaires : nombre de femmes césarisées ne s'expriment ou ne témoignent pas sur le sujet. Par ailleurs, il est impossible concernant

ce mode de naissance de procéder à de véritables études randomisées contrôlées pour la simple raison qu'on ne peut répartir au hasard ou par tirage au sort des femmes enceintes en deux groupes dont l'un accoucherait par césarienne et l'autre par voie basse. Cela crée nécessairement un biais dans les résultats.

Toutefois, une étude, publiée dans *The aftermath of cesarean delivery* puis en français dans Les dossiers de l'Obstétrique en mai 2001, comparait 50 mères ayant donné naissance par césarienne en urgence et 50 mères ayant accouché par voie basse. Les femmes césarisées ont mis plus de temps à se sentir proches de leur enfant que les femmes ayant accouché par les voies naturelles.

Cette différence persiste plusieurs mois après la naissance : 43 % des femmes seulement ont dit s'être senties proches de leur enfant immédiatement après la césarienne, alors que pour les accouchements par voie basse elles étaient 64 %. Un mois plus tard cette différence est encore significative statistiquement : 57 % des mères se sentaient proches de leur enfant après la césarienne contre 86 % des femmes répondantes. Cela s'explique, par le fait qu'en raison de l'intervention et de l'anesthésie, la mère ne rencontrera son enfant que plusieurs heures plus tard. Il peut alors s'opérer un décalage et un malaise accrus lorsque l'enfant est présenté à sa mère. Souvent certaines mères expriment le fait de ne pas reconnaître leur enfant. D'autres doutent fortement que l'enfant qui lui est présenté est bien le leur.

L'attachement de la mère vers l'enfant se crée très précocement et est favorisé par le contact physique. Plusieurs études et ouvrages sur la périnatalité notamment les ouvrages de Michel Odent, de Claude Didier, de jean-Jouveau et d'Edwige Antier ont montré que l'heure qui suit la naissance est un temps particulièrement important, et que le lien entre les parents et l'enfant va être favorisé par un maximum d'interactions avec le bébé pendant cette période.

Or, une césarienne influence les contacts mère-enfant, la mère étant le plus souvent séparée du bébé durant les deux heures qui suivent la césarienne. De plus, les échanges risquent d'être affectés par le stress subi par la mère du fait de la césarienne. Dans l'étude citée précédemment, les femmes disposaient de moins d'une heure pour se préparer à la césarienne.

Ainsi, la séparation de la relation mère-enfant par la grossesse peut devenir également source de frustration, de culpabilité. Ces sentiments sont d'autant plus

présents que le nouveau-né a nécessité un transfert dans un service spécialisé. Cette séparation, souvent mal vécue, nécessite un soutien très important pour la mère d'une part, pour le nouveau-né d'autre part. Ce soutien, nous le retrouvons principalement chez le père, lequel aura un rôle d'intermédiaire entre la mère et l'enfant. D'un côté il permet de rassurer la mère. De l'autre il interagit avec son enfant « remplaçant » momentanément la mère.

A l'annonce de la décision chirurgicale, la plupart des femmes se sentaient épuisées, effrayées, en état de confusion mentale ou de détachement. Bien que la majorité aient vu le bébé à la naissance, rares sont celles d'entre elles ont pu vraiment le tenir dans leur bras au bloc et ceci généralement pendant un temps très bref, avant qu'il ne soit emmené. A la lumière de ces observations il n'est plus surprenant que les femmes césarisées aient mis davantage de temps à se sentir proches de leur enfant.

4.5.2 Analyse des effets sur la relation mère-enfant

Par ailleurs, il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer la femme à vivre négativement sa césarienne. Notamment, si la césarienne est effectuée sous anesthésie générale, la mère est totalement coupée de la naissance. Dans ces circonstances, la mère peut ne pas reconnaître son enfant. Le bébé qui lui est présenté peut être perçu comme un inconnu, un étranger : « Ils m'ont apporté mon enfant. Cela m'a laissée indifférente. Je n'ai rien ressentie ? Est-ce que je suis une bonne mère quand même ? ».

Le fait que le contact de la mère avec son bébé soit retardé et prolongé entraîne un sentiment d'avoir manqué à son devoir, un sentiment d'incapacité à être une bonne mère. Certaines d'entre elles ont l'impression d'avoir abandonné leur enfant pendant les premières heures. Ce sentiment est généralement proportionnel à la durée de la séparation. L'incapacité ressentie par ces mères est accentuée dans les suites immédiates de l'intervention, du fait des difficultés rencontrées à s'occuper de son enfant. En effet, les conséquences physiques, douloureuses, rendent les femmes dépendantes de l'équipe médicales. Sortir leur bébé du berceau devient une action impossible ou relevant d'une souffrance intense. Ainsi, ces femmes se sentent très souvent diminuées physiquement et dans leur rôle de mères.

Lorsque la femme n'a pas été informée sur la césarienne et ses conséquences, la mère peut avoir le sentiment d'avoir été trahies.

CONCLUSION

Les effets de la politique de la gratuité de la césarienne a fait l'objet de plusieurs d'études. Mais rares sont celles qui ont fait un focus sur les effets pour les communautés y compris les parturientes. En effet, alors que l'Etat et le système sanitaire peuvent estimer les conséquences économiques, fonctionnelles et organisationnelles de cette pratique sur eux, les communautés n'ont pas cette possibilité car étant considéré comme des bénéficiaires. Ce sont les effets économiques sur les autres : agents de santé, Etat, partenaires techniques et financiers qui importent. Les bénéficiaires n'apportent pas trop une lourde tribu, en ce sens, les professionnels de santé ont estimé important de leur ouvrir les portes du bloc opératoire aux parturientes. Cette spécificité fait que la pratique de la Césarienne s'est accentuée. Autrefois pratique rare, elle est devenue aujourd'hui indispensable au bon développement psychique du nouveau-né. Il s'agit donc d'une dimension des effets sur les communautés qui intéresse cette recherche sur une pratique à forts enjeux sociaux. L'objectif est d'apporter un éclairage nouveau sur la question des effets de la gratuité de la Césarienne, en se plaçant sur le point de vues des communautés et des parturientes. La zone sanitaire d'Abomey-calavi et la Commune de So-Ava de par sa ruralité et son enclavement ont été choisis respectivement comme cadre géographique et cadre socioculturel pour la mise en œuvre de la présente recherche.

Il ressort de cette recherche que si la hausse de la fréquentation des centres de santé est incontestablement à mettre à l'actif de cette décision, les conditions de mise en œuvre posent de gros problèmes quant à la qualité des soins délivrés. La mise en application de cette décision s'est traduite par une forte augmentation des prestations rendues au groupe cible bénéficiaire. De façon générale, les formations sanitaires ont été sollicitées au-delà de leurs capacités d'accueil et de fonctionnement se traduisant par des augmentations considérables des nombres de consultation, d'hospitalisation, d'accouchements normaux et de césariennes. Le rythme de travail du personnel soignant a fortement augmenté, des ruptures de stock pour certains médicaments essentiels ont été observées dans certaines formations sanitaires. Compte tenu des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de cette décision, des effets rejaillissent sur les bénéficiaires en termes d'accueil, de dépenses supplémentaires localement institués et des dépenses non prévus de façon générale. A

cela s'ajoute des effets sociaux pour les parturientes, les couples, les communautés toute entière et surtout sur les interactions mères et enfants. Ainsi au-delà des coûts réglementairement prévus, il y'a des charges financières directs non prévues pour les communautés au sein des hôpitaux et des coûts indirects liés au sein de les communautés.

Toutefois, la décision est largement bien appréciée par les bénéficiaires et toutes les autres catégories de personnes rencontrées au cours de l'enquête. Seulement, tous les acteurs ne partagent pas la même vision de la décision.

L'analyse des effets de cette décision, met en évidence que certains centres de santé tendent à favoriser l'investissement des pères dans cette naissance. Mais la majorité des équipes obstétricales n'est pas encore dans cette optique. Au prix de quelques efforts, les femmes césarisées sont sujettes d'une certaine limitation des activités ménagères. Ce qui accroit la main d'œuvre des employés de maison ou des aides de camps de filles scolarisées. Il apparaît alors que les hypothèses de recherches faites dans la partie théorique de ce mémoire sont confirmés au regard des données recueillies.

Au regard de cela n'est-il pas possible de faire évoluer nos pratiques, en mettant en place des moyens simples pour permettre aux communautés de ne pas trop subir des conséquences sociales et économiques ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Borghi, J., Hanson, K., Acquah, C., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., Brugha, R., Browne, E., et 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.

2- Brunet- Jailly, J., 2011, *"Le pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des coûts".* Presses de science po 120p.

3- Etienne, J., et Mendras, H., 2002, Les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues, Armand Colin, Paris, 256p.

4- Marchal, B., Van Belle, S., De Brouwere, V., et 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*, 469 p.

5- Meny, Y., et Thoenig, J-C., 1989, « *Les politiques publiques* », Paris, PUF, 391pages.

6- Dagba, M. O., 2002, *« pratiques de rejet et d'infanticide en milieu baatonu de Kouandé : approche socioculturelle et portée socio anthropologique»,* Mini mémoire, Département de philosophie et de sociologie anthropologique, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 80 pages.

7- Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale, 2003, *Evaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence* – Rapport final. Cotonou.72 pages.

8- Fisk, N., 2002, *Caesarean Section for All Patients?* In Ben-Rafael, Z., 2002, Controversies in Obstetrics, Gynaecology and Infertility,éd. Monduzzi, p. 111-115.

9- Ouedraogo Tinoaga, L., Kpozehouen, A., Gléglé-Hessou, Y., Makoutodé, M., Saizonou, J., Tchama-Bouraima, M., 2013, *« Évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin »,* Santé Publique 4 Vol. 25, p. 507-515

10- Pen, Z., et Ghaem-Maghami, S., 2001, indications for caesarean section. Best Pract Res Clin Obset Gynaecol. 65 pages

11- 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. 135 pages

12-Thomas, J., et Paranjothy, S., 2001, *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report,* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 78 pages

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

1. Cotton, M-A., 2006, *La césarienne : un déni de maternité*, in www.regardconscient.net, consulté le 20/10/14 128p
2. Baubeau, D., et Guillemette, B., 2003, *La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001, DREES, Études et Résultats,* N° 275, 157p, in http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er275.pdf consulté, le 15/01/15.
3. Hillan, E., 2000, *the aftermath of cesarean delivery*. MID wives *Information and Resource Service (MIDIRS),* Les Dossiers de l'Obstétrique, vol. 10, n°.1, p.70-72.
4. Hans, P., 2005, *Elective Cesarean Section, the Right Choice for Whom*?, Bentham Science Publishers, 45p, in http://www.bentham.org/cwhr/sample/cwhr1-1/D0010W.pdf. Consulté le 10/08/ 2014.
5. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et QRC Macro Calverton Maryland USA, 2006, Enquête Démographique et de Santé au Bénin Cotonou, in www.cairn.info/revue-sante-publique consulté le 04/04/13 507p.
6. Bême, D., *La césarienne : une opération trop banalisée ?* in (http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa_770_nne.htm), consulté le 05/02/13.
7. Cholet, E., Morel, M., Rogé, H., Stadnichuk, E., et Kerouédan, D., 2013, *"La mise en place de la gratuité des soins dans les pays les plus pauvres : une décision politique»,* 75p. *in* : www.cairn.info/sante-internationale consulté le 07/06/2013 .
8. Cholet, E., 2011, *« La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? »*, Santé internationale, Paris, Presses de Sciences Po

(P.F.N.S.P.), «Hors collection», 586 pages, in : www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724-page-261.htm, consulté le 02/05/2014.

9. Kerouédan, D., Cholet, E., Max, M., Rogé, H., Stadnichuk, E., *L'accès aux soins dans les pays les plus pauvres. Analyse politique comparée de la mise en place de la gratuité en Haïti, en Ouganda, en Zambie au Niger et à Madagascar*. Sciences Po/Médecins du Monde, 103p, in www.cairn.info/sante-internationale, consulté le 20/06/ 2015.
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2006, *Étude socio-anthropologique sur les fistules obstétricales en Côte d'Ivoire, in* www.fistulanetwork.org. consulté le 12/03/ 2014.
11. ONG IAMANEH et MEDECINS DU MONDE, 2003, ADS *Fistules au Mali. Projet Fistules vésico-vaginales*, in www.fistulanetwork.org. consulté le 12/03/ 2014.

ANNEXES

Questionnaire sur la gratuité de la césarienne

Je vous prie de bien vouloir m'accorder un peu de votre précieux temps (environ quinze minutes) pour répondre à ce questionnaire anonyme qui représente une étape primordiale dans la collecte des données de mon mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies option Sociologie du Développement à la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC); intitulé : « Effets de la gratuité de la césarienne sur les communautés Sô-Ava» Et qui cible en partie, le recueil de la perception des professionnels de la Maternité Hospitalière devant l'instauration de cette gratuité au niveau de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi

Selon votre point de vue, pourriez-vous répondre à ce questionnaire en cochant une seule case par ligne

NB : Vous pouvez ne pas répondre à l'une des propositions en cas d'absence d'information ☐

Votre statut : Personnel médical Personnel paramédical ☐

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Vos années d'ancienneté à la fonction publique ☐

Code	**Echelle de mesure:**	**Tout à fait d'accord**	**D'accord**	**Pas d'accord**	**Absolument pas d'accord**
L'abolition de la tarification de l'opération de la césarienne					
QP 1	m'a permis durant l'année 2009, de traiter plus de gens que d'habitude				

QP2	m'a permis d'aider ceux qui sont plus vulnérables				
QP3	a renforcé mon expérience professionnelle				
QP4	Comme professionnel de la santé, je me suis senti personnellement valorisé par la mise en oeuvre de services gratuits.				
QP5	a causé la réduction du temps d'hospitalisation de la patiente				
QP6	a augmenté ma charge de travail en termes de nombre de patientes				
QP7	a augmenté ma charge administrative (registre obstétrical, avis de naissances, registre des kits…)				
QP8	a compliqué ma relation avec les accompagnants des patientes				
QP9	m'a obligé à négocier avec les patientes l'achat des médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie				
QP10	a diminué le délai d'arrivée de la patiente de son domicile vers notre structure				
QP11	m'a donné le sentiment d'être exploité et m'a rendu frustré				
QP12	La population confond services gratuits avec la distribution gratuite des médicaments				
QP13	Si les patients ne payent pas pour les services, ils ne vont pas les valoriser.				

commentaires : ----------

Code	Echelle de mesure:	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans notre structure					
QP13	J'ai été bien informé des procédures de la mise en œuvre des services gratuits.				
QP14	Je pense que les stratégies utilisées pour informer les villageois et les membres de la Communauté sur les services gratuits étaient bien organisées.				
QP15	J'ai été consulté sur la façon de mettre en œuvre les services gratuits dans notre structure				
QP16	Je pense que des quantités suffisantes de médicaments ont été fournies pour répondre à toutes les demandes d'opérations.				
QP17	Je pense que les médicaments fournis pour prendre en charge les services gratuits arrivent à temps.				
QP18	La fourniture de services gratuits ne fonctionnera pas correctement sans indemnités supplémentaires pour le personnel				
QP19	La fourniture de services gratuits ne fonctionnera pas correctement sans prime pour les femmes ayant accouché dans nos structures de santé.				

Code	Echelle de mesure:	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
La Durabilité et la pérennisation de cette stratégie de la gratuité					
QP20	Le gouvernement va être en mesure de maintenir le système de services gratuits pour les années à venir.				
QP21	Je suis convaincu que le gouvernement optera pour une couverture maladie à toute la population				
QP22	Je suis convaincu que les parturientes se rendront à l'hôpital sans avoir peur de se faire césariser				
QP23	l'utilisation du service par les femmes issues du milieu rural de la zone sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava sera plus importante dans les années à venir				

Autres commentaires : ----------

Pour toute explication vous pouvez me joindre sur l'adresse email : komlan79@yahoo.fr

Merci pour votre

aimable contribution

Guide d'entretien des gestionnaires et des professionnels

Date de l'interview :

Etablissement :

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies option Sociologie du Développement à la Faculté des Lettres, Arts et

Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC); intitulé : « Effets de la gratuité de la césarienne sur les communautés Sô-Ava» Dont les objectifs sont l'identification des perceptions des gestionnaires et des professionnels de cette gratuité et l'appréciation des couts additionnels pour les bénéficiaires. Je sollicite votre accord pour participer à cet entretien anonyme qui m'aiderait à comprendre votre opinion sur le vécu de la gratuité de la césarienne dans votre structure de soins et le processus de sa mise en œuvre

Thèmes et sous thèmes traitées :

La situation avant la gratuité de la césarienne

Conduite devant l'incapacité de paiement des frais

Le certificat d'indigence (le temps de son obtention, son cout et ce qu'elle offrait comme bénéfices)

Disponibilité des médicaments pour l'opération de césarienne

Disponibilité des moyens de transport

Référence des femmes vers l'hôpital

Représentation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne

Date effective de sa mise en œuvre au niveau de votre établissement

Paquet couvert pour les femmes et les nouveaux nés

Catégories des femmes exemptées

L'appui reçu pour son application (en termes de formation, équipements …)

Compréhension de l'ensemble des volets couvrant la gratuité

Les références et le SAMU obstétrical

Son apport majeur selon votre point de vue

Interaction avec les autres politiques et stratégies sanitaires.

Message transmis à propos de la gratuité

Information reçue sur la décision de la gratuité

Pour les gestionnaires, les professionnels et la population

Son contenu, son moment et sa cible

Moyens disponibles pour la référence des urgences obstétricales

Appui logistique

Etat de la route

Disponibilité du carburant

L'utilisation des téléphones de la flotte

Subvention de la politique de la gratuité allouée à la césarienne

Les fonds alloués

Les domaines couverts par la subvention

La Pertinence du contenu des kits

Le budget des médicaments et la disponibilité des kits de césarienne

La pérennité dans le temps

Incidents et contraintes de sa mise en œuvre

Comportement du personnel (résistance)

Diffusion de l'information

Stocks des médicaments et des kits

Produits sanguins

Comportement des usagers (respect de cette gratuité)

Perception du comportement du personnel

Charge de travail et disponibilité des équipes

Motivation du personnel

Qualité de prestations rendues

Réglementation de la garde et de l'astreinte

Indemnités de la garde et de l'astreinte

Perception des femmes bénéficiaires sur l'impact de cette politique

Utilisation des services

Etat de satisfaction

Motivation à l'accouchement en milieu surveillé

Respect de la filière de soins (accouchement directe à l'hôpital)

Tendance de l'accouchement à domicile

Sa contribution à la réduction de la mortalité maternelle

Recommandations pour le futur

En termes de ressources humaines

En termes de ressources matérielles

En termes de ressources financières

En termes de rémunération

Vos suggestions d'amélioration de cette politique.

GRILLE D-OBSERVATION

Environnement sanitaire ;

1- Habitat des bénéficiaires ;

2- Comportement des bénéficiaires après la réalisation de la césarienne ;

3- Relation prestataires et bénéficiaires ;

4- Réaction des bénéficiaires par rapport au paiement des frais d'hospitalisation.

Liste des hôpitaux agrées par Département

ATLANTIQUE-LITTORAL (11)

1- Hôpital Suru-Léré

2- Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi

3- Hôpital de Zone de Ouidah

4- Hôpital Saint Luc

5- Centre Médical Saint Jean

6- Hôpital d'Instruction des Armées

7- HOMEL

8- CNHU

9- Hôpital de Mènontin

10-Hôpital la Croix de Zinvié

11-Hôpital Bethesda

OUEME-PLATEAU (06)

12- Centre Hospitalier Départemental Ouémé-Plateau

13- Hôpital El-Fateh

14- Centre de Santé Bon Samaritain

15- Hôpital de Zone de Pobè

16- Hôpital de Zone de Sakété

17- Hôpital de Zone d'Adjohoun

MONO-COUFFO (06)

18- Hôpital de Zone de Comè

19- Centre Hospitalier Départemental Mono-Couffo

20- Hôpital de Zone de Lokossa

21- Hôpital de Zone de Klouékanmè

22- Hôpital Saint Camille de Dogbo

23- Hôpital de Zone d'Aplahoué

ZOU-COLLINES (05)

24- Centre Hospitalier Départemental Zou-Collines

25- Hôpital de Zone de Covè

26- Hôpital de Zone de Savalou

27- Hôpital de Zone de Dassa-Zoumè

28- Hôpital de Zone de Savè

ATACORA-DONGA (06)

29- Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta

30- Centre Hospitalier Départemental Atacora-Donga

31- Hôpital de Zone de Natitingou

32- Hôpital de Zone de Bassila

33- Hôpital Ordre de Malte de Djougou

34- Hôpital de Zone de Kouandé

BORGOU-ALIBORI (10)

35- Centre Hospitalier Départemental Borgou-Alibori

36- Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko

37- Hôpital Saint Martin de Papané

38- Hôpital de Zone de Banikoara

39- Hôpital Sounon Séro de Nikki

40- Centre de Santé de Ségbana

41- Hôpital de Zone de Malanville

42- Hôpital de Zone de Kandi

43- Hôpital Evangélique de Bembèrèkè

44- Centre de Santé Régina Pacis de Koffo Issa à Kandi

Article 3 : La mise en œuvre opérationnelle de cette mesure est assurée par une Agence Nationale pour la gratuité de la Césarienne qui sera créée par décret pris en conseil des Ministres.

Article 4 : Les modalités d'application du présent décret seront davantage précisées par arrêtés ministériels.

Article 5 : Le Ministre de la Santé, le Ministre de l'Economie et des Finances et le Ministre de la Décentralisation, de la Gouvernance Locale, de l'Administration et de l'Aménagement du Territoire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Article 6 : Le présent décret qui prend effet pour compter du 1er décembre 2008 sera publié au Journal Officiel de la République du Bénin.

Fait à Cotonou, le 22 décembre 2008

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,

Dr. Boni YAYI

Le Ministre de l'Economie
et des Finances,

Soulé Mana LAWANI

Le Ministre de la Santé,

Issifou TAKPARA

Le Ministre de la Décentralisation,
de la Gouvernance Locale, de
l'Administration et de l'Aménagement
du Territoire,

Alassane SEÏDOU

AMPLIATIONS : PR 6 – AN 4 – CS 2 – HCJ 2 - CES 2 – HAAC 2 – SGG 4 -AUTRES MINISTERES 27 PREFETS 6 – DGTCP-DGID-DGDDI 5 - DPE-DLC-INSAE 6 - DGCST 2 - BCP 1 - ONIP-GCONB-ABP 3 - BN-UAC-ENAM-FADESP-UNIPAR-FDSP-CCIB 7 OMS 1 UNFPA 1- USAID 1 – PNUD 1 – UNICEF - JO 1- 1

REPUBLIQUE DU BENIN
FRATERNITE-JUSTICE-TRAVAIL

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DECRET N° 2009-096 DU 30 MARS 2009

Portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Gestion de la gratuité de la Césarienne (ANGC)

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHEF DE L'ETAT,
CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la loi N° 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;

Vu La loi N° 94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractéres social, culturel et scientifique ;

Vu la Proclamation le 29 mars 2006, par la Cour Constitutionnelle, des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 19 mars 2006 ;

Vu le décret 2008-637 du 27 octobre 2008 portant composition du Gouvernement ;

Vu le décret N° 2006-268 du 14 juin 2006, fixant la structure type des Ministères ;

Vu le décret N° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;

Vu le décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin;

Sur proposition du Ministre de la Santé ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 18 mars 2009 ;

1

DECRETE :

CHAPITRE 1er

DE LA CREATION, DE L'OBJET ET DES ATTRIBUTIONS DE L'AGENCE

Article 1er : Il est créé en République du Bénin un établissement public à caractère social dénommé Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) régie par les dispositions de la loi N° 94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractéres social, culturel et scientifique.

Article 2 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Elle est placée sous la tutelle du Ministère en charge de la Santé.

Article 3 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est chargée de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne conformément aux dispositions du décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin.

A ce titre, elle est chargée de :
-Concevoir la stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin ;
-Planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à son domaine de compétence ;
-Mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge des césariennes par les hôpitaux publics, privés, confessionnels ou associatifs agréés.

Article 4 : Le siège social de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est fixé à Cotonou. Il peut être transféré en tout autre lieu du territoire national sur décision du Conseil d'Administration approuvée par le Conseil des Ministres.

Article 5 : La durée de vie de l'ANGC est illimitée, sauf en cas de dissolution décidée par le Conseil des Ministres.

CHAPITRE II

DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 6 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est administrée par un Conseil d'Administration investi des pouvoirs les plus étendus, pour agir en toutes circonstances au nom de l'Agence. Il les exerce dans les limites de son objet social.

Article 7 : Le Conseil d'Administration est composé de neuf (09) membres proposés par les structures qu'ils représentent comme suit :

1. Un (01) représentant du Ministre en charge de la Santé ;
2. Un (01) représentant du Ministre en charge des Finances ;
3. Un (01) représentant du Ministre en charge de la Décentralisation ;
4. Un (01) représentant du Ministre en charge de la Famille ;

2

5. Un (01) représentant des Médecins de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo (SGOBT) ;
6. Un (01) représentant de l'Association Nationale des Sages-femmes ;
7. Un (01) représentant de l'Ordre National des Pharmaciens ;
8. Un (01) représentant des partenaires au développement du Secteur de la Santé ;
9. Un (01) représentant du personnel de l'Agence.

Article 8 : Les membres du Conseil d'Administration sont nommés par décret pris en conseil des Ministres.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée par le représentant du Ministre en charge de la Santé. Le représentant du Ministre en charge des Finances en assure la vice-présidence. Il supplée le président en cas d'empêchement.

Article 9 : En cas de vacance d'un siège, notamment par mutation, démission ou décès, la structure dont relève le membre pourvoit à son remplacement, pour la durée du mandat restant à courir, dans un délai de trente (30) jours. Sa nomination intervient dans les formes prescrites à l'article 8 ci-dessus.

Article 10 : Le Conseil d'Administration délibère sur toutes les questions qui intéressent le fonctionnement de l'Agence. A cet effet, il :

1. approuve la politique générale de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) conformément aux orientations et objectifs fixés par le gouvernement ainsi que son plan d'action ;
2. vote le budget qui lui est soumis par la Direction Générale et approuve les comptes de gestion ;
3. adopte le règlement intérieur de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) ;
4. donne son avis sur tous les projets qui lui sont soumis par les pouvoirs publics.

Article 11 : Le Conseil d'Administration se réunit en session ordinaire deux fois par an, sur convocation de son président.

La convocation comprenant un ordre du jour précis est adressée à tous les membres au moins quinze jours francs avant la date de la tenue de la session.

Les membres présents délibèrent et votent les résolutions.

Le Conseil d'Administration siège valablement si la majorité simple au moins de ses membres est présente. Si ce quorum n'est pas atteint, un constat de carence est aussitôt adressé par son président à l'Autorité de tutelle. Le cas échéant, une nouvelle réunion est convoquée sur le même ordre du jour dans un délai de sept (07) jours et le Conseil d'Administration délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents, et constatées par procès-verbal inscrit par le président de séance sur un régistre spécial, numéroté, signé et daté. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Un rapport circonstancié des délibérations des réunions du Conseil d'Administration doit être adressé dans les huit (08) jours directement au Ministre en charge de la Santé accompagné de toutes les pièces qui ont servi de support aux délibérations.

Article 12 : Le Conseil d'Administration peut se réunir également en session extraordinaire à la demande des 2/3 de ses membres ou du Directeur Général de l'Agence. Cette session est convoquée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 11 ci-dessus.

Article 13 : Le Directeur Général de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) assure le secrétariat du Conseil d'Administration. Il n'a pas voix délibérative.

Article 14 : La fonction de membre du Conseil d'Administration est gratuite et ne donne droit à aucune rémunération. Toutefois les membres du Conseil d'Administration peuvent bénéficier de jetons de présence dont le montant est fixé par arrêté du Ministre en charge de la Santé.

Article 15 : Il est interdit aux membres du Conseil d'Administration de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de l'Agence ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers des tiers.

CHAPITRE III

DE LA DIRECTION GENERALE

Article 16 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est gérée par un Directeur Général nommé, sur proposition du Ministre en charge de la Santé, par décret pris en Conseil des Ministres parmi les administrateurs ou médecins hospitaliers et autres cadres de la catégorie A1 ayant une qualification en gestion hospitalière et disposant d'au moins quinze ans d'ancienneté dans la fonction publique.

Le Directeur Général de l'Agence peut aussi être nommé parmi les cadres de niveau équivalent s'il devrait être désigné en dehors de l'administration publique.

Les rémunérations et tous les avantages liés au poste de Directeur Général sont fixés par le Conseil d'Administration et payés sur le budget de l'Agence.

Article 17 : Le Directeur Général est chargé de la Gestion de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). A ce titre, il :

1. assure la gestion de l'Agence et la représente dans tous les actes de la vie civile ;
2. assiste avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration dont il dresse le procès-verbal qui est signé par le Président ;
3. assure la coordination des différents services de l'Agence et répond devant le Conseil d'Administration ;
4. élabore et exécute le budget de fonctionnement et d'investissement de l'Agence ;
5. reçoit les dons et libéralités et en informe le Conseil d'Administration ;
6. signe les contrats de travail éventuels du personnel de l'Agence ;
7. est l'ordonnateur du budget de l'Agence ;
8. veille à la gestion des stocks dans le respect de la réglementation en vigueur notamment en matière d'hygiène et de sécurité.

Article 18 : Le Directeur Général est responsable du développement de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) dans le cadre de la politique générale définie par le Conseil d'Administration.

A cet effet, il soumet chaque année à l'approbation du Conseil d'Administration au plus tard trois (03) mois avant la fin de l'exercice, une étude prévisionnelle sur les perspectives d'activités de l'exercice suivant.

Cette étude doit être menée en conformité avec les dispositions de la loi N° 94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique.

Article 19 : Le personnel de l'Agence est composé d'agents permanents de l'Etat en position de détachement ou de disponibilité, d'Agents conventionnés et autres contractuels émargeant directement à son budget.

Article 20 : La Direction Générale comprend :
1. Un Secrétariat particulier ;
2. Une Direction administrative et financière ;
3. Des Directions techniques.

Les modalités pratiques de recrutement et de nomination des Directeurs et autres cadres sont fixées par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Santé et du Ministre en charge du Travail et de la Fonction Publique.

CHAPITRE IV

DU COMITE DE DIRECTION

Article 21 : Le Comité de Direction est composé du Directeur Général, des Directeurs techniques et des Délégués élus du personnel conformément à la réglementation en vigueur.

Le Comité de Direction est un organe consultatif. Il est consulté pour les décisions importantes tels que l'élaboration du budget et le plan d'action de l'Agence et plus généralement sur toutes questions que lui soumet le Directeur Général.

Il se réunit à la diligence du Directeur Général qui le préside ou à la demande de la majorité absolue de ses membres.

CHAPITRE V

DE L'ANNEE SOCIALE ET DES COMPTES SOCIAUX

Article 22 : L'année sociale correspond à l'année civile. Exceptionnellement, le 1er exercice commence dès l'installation de l'Agence et prend fin le 31 décembre de la même année.

Article 23 : La comptabilité de l'Agence est tenue conformément au plan comptable en vigueur.

Chaque année, dans les trois (03) mois qui suivent la fin de l'exercice, le Directeur Général dresse l'inventaire et le rapport d'activités, arrête les comptes de résultats et de bilan.

Ces documents sont transmis directement au Commissaire aux Comptes, qui dispose d'un délai de 45 jours pour les examiner, les certifier et faire son rapport.

Le rapport du Commissaire aux Comptes est simultanément adressé au Directeur Général, au Président du Conseil d'Administration, au Ministre en charge de la Santé et au Ministre en charge des Finances.

Le Conseil d'Administration se réunit avant la fin du troisième mois qui suit la fin de l'exercice pour procéder à l'appréciation des comptes arrêtés par le Directeur Général et certifiés par le Commissariat aux Comptes.

Article 24 : Le budget de l'Agence est voté en équilibre des recettes et des dépenses.

Article 25 : Le Ministre en charge des Finances, sur requête du Ministre en charge de la Santé, nomme un Agent Comptable. Ce dernier est seul habilité à tenir les comptes de l'Agence. Il est personnellement responsable des fonds à lui confiés. Avant sa prise de service, l'Agent Comptable est astreint à la prestation de serment devant la juridiction compétente et à la constitution d'un cautionnement conformément aux dispositions légales en vigueur.

Article 26 : La répartition du surplus éventuel dégagé ou les réserves constituées selon le cas en fin d'exercice, seront utilisés conformément à une clé fixée par arrêté conjoint des Ministres en charge de la Santé et des Finances, après avis du Conseil d'Administration.

Conformément aux textes en vigueur, le reliquat, après constitution des fonds de réserves obligatoires, est affecté par le Conseil d'Administration sur proposition du Directeur Général à la contribution du Budget National au programme d'investissement de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) et surtout au report à nouveau.

CHAPITRE VI

DU COMMISSARIAT AUX COMPTES

Article 27 : Il est institué auprès de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) un Commissariat aux Comptes remplissant les fonctions légales et nommé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition conjointe du Ministre en charge des Finances et du Ministre en charge de la Santé.

Le Commissaire aux Comptes exécute sa mission conformément aux textes en vigueur.

Il procède au moins deux fois par an à une vérification approfondie des comptes de trésorerie tels qu'arrêtés par le Directeur Général et au moins une fois par an à une vérification approfondie de tous les comptes de l'Agence.

En cas de décès, de démission ou d'empêchement du Commissaire aux Comptes, il est procédé d'urgence à la nomination d'un nouveau Commissaire dans les conditions définies ci-dessus.

Le Commissaire aux Comptes a droit à une rémunération fixée conformément aux textes en vigueur.

Cette rémunération est portée aux charges d'exploitation de l'Agence.

Article 28 : Le Commissaire aux Comptes certifie que les comptes annuels sont réguliers et sincères et qu'ils donnent une image fidèle de l'exercice ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'Agence à la fin de cet exercice.

Ces vérifications donnent lieu au dépôt d'un rapport général qui est adressé directement et simultanément au Conseil d'Administration, au Ministre en charge de la Santé et au Ministre en charge des Finances.

CHAPITRE VII

DU CONTROLE DE LA GESTION

Article 29 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) est soumise au contrôle du Ministre en charge de la Santé. Ce contrôle est exercé essentiellement pour vérifier si les objectifs qui lui sont fixés sont conformes aux grandes orientations définies par le Gouvernement.

Le Ministre chargé des Finances s'assure de la qualité de la gestion de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). Dans ce cadre, il diligente des contrôles et des audits.

L'Inspection Générale des Finances et l'Inspection des Services et Emplois Publics reçoivent mission d'exercer tout contrôle conformément aux textes en vigueur.

Article 30 : L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) doit tout mettre en œuvre pour faciliter les opérations susvisées. La durée de ces contrôles doit être déterminée quand ils sont ordonnés, éventuellement prolongée d'un nouveau délai précis en cas de nécessité et sur rapport circonstancié des agents chargés de ces contrôles.

En aucun cas, les frais afférents à ces contrôles ne sont imputables au budget de l'Agence.

Aucun document comptable ou technique ne peut être saisi ou sorti des locaux de l'Agence, sauf à en donner décharge régulière au Directeur Général.

CHAPITRE VIII

DES SANCTIONS

Article 31 : Les membres du Conseil d'Administration, le Commissaire aux Comptes, les membres du Comité de Direction et le Directeur Général de l'Agence sont personnellement responsables des infractions commises dans l'exercice de leurs fonctions.

Ces infractions seront punies conformément aux dispositions des articles 24 à 30 de la loi N° 94-009 du 28 septembre 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique.

CHAPITRE IX : DES DISPOSITIONS FINALES

Article 32 : Le présent décret sera publié au Journal Officiel.

Fait à Cotonou, le 30 mars 2009

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,

Dr Boni YAYI

Le Ministre de l'Economie
et des Finances,

Soulé MANA LAWANI

Le Ministre de la Santé,

Issifou TAKPARA

Le Ministre de la Famille et de la
Solidarité Nationale,

Mamatou Marie Joe MEBA BIO DJOSSOU

AMPLIATIONS : PR 6 – AN 4 – CS 2 – HCJ 2 - CES 2 – HAAC 2 – MS 4 MEF 4 MFSN 4 SGG 4 -AUTRES MINISTERES 27 PREFETS 6 – DGTCP-DGID-DGDDI 5 - DPE-DLC-INSAE 6 - DGCST 2 - BCP 1 - ONIP-GCONB-ABP 3 - BN-UAC-ENAM-FADESP-UNIPAR-FDSP-CCIB 7 OMS 1 UNFPA 1- USAID 1 – PNUD 1 – UNICEF - JO 1- 1

8

RÉPUBLIQUE DU BENIN
---***---
MINISTERE DE LA SANTE
---***---
MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
---***---
CABINETS
---***---

ARRETE INTERMINISTERIEL

ANNEE 2009 N°6665/MS/MTFP/DC/SGM/DH/ANGC/SA

Portant Dénomination, Attributions et Fonctionnement des Directions Techniques de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)

LE MINISTRE DE LA SANTE,

LE MINISTRE DU TRAVAIL ET DE LA FONCTION PUBLIQUE,

Vu la Loi n° 90-032 du 11 Décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin ;

Vu la loi n° 94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique ;

Vu la proclamation le 29 mars 2006, par la Cour Constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 19 Mars 2006 ;

Vu le Décret n°2009-260 du 12 juin 2009 portant Composition du Gouvernement ;

Vu le Décret n°2006-268 du 14 juin 2006 fixant la Structure-type des Ministères ;

Vu le Décret n° 2006-396 du 31 Juillet 2006 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé ;

Vu le Décret n° 2006-408 du 10 août 2006, portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère du Travail et de la Fonction Publique ;

Vu le Décret n°2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la Césarienne au Bénin ;

Vu le Décret n°2009-096 du 30 Mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne ;

ARRETENT

Chapitre 1er

De la Dénomination

Article1er : Les Directions Techniques de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne sont :

- Direction de la Coopération et de la Communication (DCC)
- Direction du Suivi et de l'Evaluation (DSE)
- Direction de la Qualité (DQ)
- Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC)

Chapitre II

Des Attributions et de l'Organisation

Section I : De la Direction de la Coopération et de la Communication

Article 2 : La Direction de la Coopération et de la Communication a pour mission d'assurer la mise en œuvre opératoire des actions de l'Agence dans les domaines de la coopération et de la communication.
A ce titre, elle est chargée de :

- concevoir la stratégie de coopération de l'ANGC ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la coopération.
- concevoir la stratégie de communication de l'ANGC ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la communication.

Article 3 : La Direction de la Coopération et de la Communication (DCC) comprend :

- le Service des Relations Institutionnelles (SRI)
- le Service du Plaidoyer(SPI)

Section II : De la Direction du Suivi et de l'Evaluation

Article 4 : La Direction du Suivi et de l'Evaluation a pour mission d'assurer la mise en ouvre opératoire des actions de l'Agence dans les domaines de la Planification et de la Recherche.
A ce titre, elle est chargée de :

- concevoir la stratégie de programmation et de prospective de l'ANGC ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la planification ;
- concevoir la stratégie de recherche dans le domaine d'activité de l'ANGC ;
- suivre l'offre et l'utilisation de la césarienne ;

- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la recherche.

Article 5 : la Direction du Suivi et de l'Evaluation comprend :
- le Service du Suivi et de l'Evaluation (SSE) ;
- le Service de la Coopération Stratégique (SCS).

Section III : De la Direction de la Qualité

Article 6 : La Direction de la Qualité (DQ) a pour mission d'assurer la mise en œuvre opératoire des actions de l'Agence relatives à la qualité dans toutes ses dimensions.
A ce titre, elle a pour attributions de :
- concevoir la stratégie de définition de la qualité en matière de gestion de la gratuité de la césarienne ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la démarche de l'assurance de la qualité ;
- concevoir la stratégie de mesure de la qualité ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à l'amélioration de la qualité.

Article 7 : La Direction de la Qualité (DQ) comprend :
- le Service de la Définition de la Qualité (SDQ) ;
- le Service de la Mesure de la Qualité (SMQ).

Section IV : De la Direction de la Réglementation et du Contentieux

Article 8 : La Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC) a pour mission d'assurer la mise en œuvre opératoire des actions de l'Agence dans les domaines de la réglementation et du contentieux.
A ce titre, elle a pour attributions de :
- concevoir la stratégie de gestion de la réglementation en matière de gestion de la gratuité de la césarienne ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la réglementation ;
- concevoir la stratégie de gestion du contentieux ;
- planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à la gestion du contentieux.

Article 9 : La Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC) comprend :
- le Service de la Réglementation (SR) ;
- le Service du Contentieux (SC)

Chapitre III

Du Fonctionnement

Article 10 : Chaque direction technique est placée sous la conduite d'un Directeur Technique qui est responsable devant le Directeur Général de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC).

Le Directeur technique est nommé par Arrêté interministériel pris conjointement par le Ministre en charge de la Fonction Publique, le Ministre en charge de la Réforme Administrative et Institutionnelle et le Ministre en charge de la Santé.

Article 11 : Le Directeur de la Coopération et de la Communication est nommé parmi les cadres A1 de la Fonction Publique ou équivalent du Secteur privé répondant au profil d'expertise en coopération et négociation dans le domaine spécifique de la santé.

Le Directeur du Suivi et de l'Evaluation est nommé parmi les cadres A1 de la Fonction Publique ou équivalent du secteur privé répondant au profil d'expertise en planification.

Le Directeur de la Qualité est nommé parmi les cadres A1 de la Fonction Publique ou équivalent du secteur privé répondant au profil d'expertise en gynécologie et obstétrique.

Le Directeur de la Réglementation et du Contentieux est nommé parmi les cadres A1 de la Fonction Publique ou équivalent du secteur privé répondant au profit d'expertise en Sciences Juridiques.

Article 12 : Chaque service est placé sous la conduite d'un chef de service qui est responsable devant le Directeur technique dont il relève.

Article 13 : L'organisation des services sera précisée par note de service du Directeur Général de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC).

Chapitre IV

Des Dispositions Diverses

Article 14 : Le Directeur Général de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la césarienne est chargé de veiller à l'application des dispositions du présent arrêté.

Article 15 : Le présent arrêté qui prend effet à compter de la date de sa signature sera publié et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Cotonou, Le 17 SEP 2013

Le Ministre de la Santé,

Professeur Issifou TAKPARA

Le Ministre du Travail et de la Fonction Publique,

Christophe Kint AGUIAR

AMPLIATIONS : PR6- AN4- CS2- HCJ2- CES2- HAAC2-SGG4-AUTRES MINISTERES27-PREFETS6-DGTCP-DGID-DGDDI5-DPE-DLC-INSAE6-DGCST2-BCP1-ONIP-GCONB-ABP3-BN-UAC-ENAM-FADESP-UNIPAR-FDSP-CCIB7-OMS1-UNFPA1-USAID1-PNUD1-UNICEF1-JO1

REPUBLIQUE DU BENIN
Fraternité-Justice-Travail
==========
MINISTERE DE LA SANTE
==========
AGENCE NATIONALE DE
GESTION DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

Le Directeur Général

N° 5074 /MS/DRFM/ANGC/DG-AC

Cotonou, le 29 JUIL 2009

NOTE DE SERVICE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne et en attendant l'installation du Conseil d'administration de l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne, le Ministre de la santé autorise l'Agence à procéder au remboursement des frais de Césarienne aux hôpitaux agréés à raison de cent mille (100.000 FCFA) par césarienne après production des pièces ci-après :

- 04 exemplaires originaux de facture ;
- 04 exemplaires originaux de l'attestation de service fait ;
- 01 fiche individuelle d'identification par bénéficiaire récapitulant le protocole opératoire.

Le remboursement se fera dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date de dépôt des pièces par chèque ou virement libellé à l'ordre de l'hôpital prestataire.

La présente note de service prend effet à compter du 1er Avril 2009.

LE MINISTRE

Professeur Issifou TAKPARA

REPUBLIQUE DU BENIN
Fraternité-Justice-Travail
==========
MINISTERE DE LA SANTE
==========
AGENCE NATIONALE DE
GESTION DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

Cotonou, le 03 SEP. 2009

N° 440 /MS/ANGC/DAF/AC/SP

NOTE D'INFORMATION

Dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, la Direction Générale de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne(ANGC) rappelle aux hôpitaux prestataires de bien vouloir fournir les pièces ci-après aux fins du remboursement des frais de Césarienne. Il s'agit de :

- 04 exemplaires originaux de facture ;
- 04 exemplaires originaux de l'attestation de service fait ;
- O4 exemplaires de la liste des bénéficiaires (version saisie) ;
- 01 fiche individuelle d'identification par bénéficiaire récapitulant le protocole opératoire.

Le remboursement se fera dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date de dépôt des pièces par chèque ou virement libellé à l'ordre de l'hôpital prestataire.

Aussi est-il que les hôpitaux n'ayant pas encore envoyé leur Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sont priés de le faire incessamment.

La Direction Générale de l'ANGC compte sur votre diligence.

Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne - MINISTERE DE LA SANTE -
Le Directeur Général

Dr Pascal DOSSOU-TOGBE

Modèle de Facture

TIMBRE HOPITAL

Ville, le

FACTURE N° : …….
****

Client : AGENCE NATIONALE DE GESTION DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE

N°	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
	Césarienne gratuite pour la période du 1er novembre au 30 Novembre 2010	(Z)	100000	(Z) X (100000)
TOTAL				(Z) X (100000)

Arrêté la présente facture à la somme de
……
……

Signature

Annexe n°.

Modèle d'Attestation de service fait

TIMBRE DE L'HOPITAL

Cotonou, le……

ATTESTATION DE SERVICE FAIT

Le Directeur du Centre hospitalier……
Atteste par la présente que du 1er septembre au 30 septembre 2009, cent soixante-cinq (165) prestations de césarienne ont été gratuitement offertes dans le Centre hospitalier …… conformément aux dispositions du décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin.
En foi de quoi, cette attestation est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Nom et Prénoms du Directeur

Signature

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES TABLEAUX 4

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES 4

LISTE DES FIGURES 4

SIGLES ET ABREVIATIONS 5

INTRODUCTION 8

PREMIERE PARTIE 10

CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE 10

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE 11

1.1PROBLEMATIQUE 11

1.1.1 Le problème 11

1.1.2 Hypothèses de recherche 14

1.1.3 Objectifs de recherche 14

1.1.3.1 Objectif général 14

1.1.3.2 Objectifs spécifiques 15

1.2 Cadre conceptuel 15

1.2.1Schématisation conceptuelle de la recherche 15

1.2.2 Clarification conceptuelle 16

1.3 Justification du choix du sujet 18

1.3.1 Raisons subjectives 18

1.3.2 Raisons objectives 18

1.4 Quelques axes de la question 19

1.4 Modèle théorique d'analyse 22

CHAPITRE II: CADRE METHODOLOGIQUE 24

2.1 PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE 24

2.1.1 Situation démographique et géographique 24

2.1.2 Données administratives 24

2.1.3 Données socioculturelles et économiques 26

2.2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE 28

2.2.1 Nature de la recherche 28

2.2.2 Les sources de l'enquête 28

2.2.2.1 - Les sources documentaires 28

2.2.2.2 Sources orales 30

2.3 Population cible et échantillonnage 30
2.3.1. Population cible 30
2.3.2 Echantillonnage 31
2.4 Techniques de collecte, de traitement et d'analyse de données 32
2.4.1 L'entretien 33
2.4.2 Le questionnaire 33
2.4.3 L'observation directe 34
2.5 Techniques de traitement et d'analyse des données 34
2.5.1 Traitement des données 34
2.5.2 Analyse des données 34
2.6 - Organisation de l'enquête sur le terrain et durée de la recherche 35
2.7 Difficultés éprouvées et limites de la recherche 35
DEUXIEME PARTIE 37
CHAPITRE III : MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE ET RESULTATS DES ANALYSES 38
3 MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE ET EFFET SOCIAUX POUR LES COMMUNAUTES DE SO-AVA 38
3.1 Regard sur la conception et exécution de la politique de la gratuité. 38
3.1.1 Eléments justificatifs de la politique et organe de gestion 38
3.2 Contenu de la gratuité 39
3.2.1 Le contenu d'un kit d'accouchement par césarienne 40
3.3 Les objectifs assignés à la gratuité de la césarienne 41
3.3.1 Structures et mécanismes hospitalier de gestion des accouchements par césarienne 42
3.3.2 Services impliqués dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava 42
3.3.2.1 Les services médico-techniques intervenant dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite. 42
3.3.2.2 La Maternité 43
3.3.2.3 Le Bloc Opératoire 43
3.3.2.4 La salle de réveil 44
3.3.2.5 Les Pharmacies 44
3.3.2.6 Les services administratifs intervenant dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite 46
3.3.2.7- Mécanismes de recouvrement 47
3.3.2.8 Le recouvrement interne 47
3.3.2.9 Le recouvrement externe 47
3.4 Procédure de mise en œuvre de la césarienne gratuite à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava 48
3.5 Résultats des analyses de la mise en œuvre 49

3.5.1 Résultat de l'analyse de la pratique de la gratuité de la césarienne à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava 49
3.5.2 Résultat de l'analyse des améliorations des indicateurs sur l'état de santé 54
3.5.3 Résultat de l'analyse des effets de la décision sur les indicateurs socioéconomiques 56
3.5.3.1 Relation entre santé et développement 57
3.5.3.2. Santé et capital humain 57
3.5.3.3 Santé, croissance économique et pauvreté 58
3.6 La césarienne : un drame pour la maternité ? 61
CHAPITRE IV : ANALYSE DES EFFETS SOCIOECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE SUR LES MENAGES BENEFICIAIRES ET LES COMMUNAUTES 64
4 EFFETS ECONOMIQUES DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE 64
4.1 Les Coûts de la Césarienne pour les bénéficiaires 64
4.1.1 Les produits pharmaceutiques achetés par le citoyen 64
4.1.2 Le coût total du transport 64
4.1.3 Le coût de la nourriture supplémentaire 65
4.1.4 Le coût d'opportunité 65
4.1.5 Pourboires et paiements officieux 65
4.1.6 Le coût administratif facturé à la sortie de l'hôpital 66
4.2 La gratuité de la césarienne entre les coûts hospitaliers et non hospitaliers 66
4.2.1 - Le coût indirect de la césarienne 66
4.2.3 Le coût de revient de la césarienne pour l'Etat 67
4.3 EFFETS SOCIAUX 67
4.3.1 Appréciation de la césarienne par les Bénéficiaires 67
4.3.2 La Césarienne, comme moindre mal 68
4.3.3 La césarienne, comme anormalité 69
4.4 Césarienne : quelles conséquences sociales ? 71
4.4.1 Limitations d'activité pour les femmes césarisées 71
4.4.2 Conséquences psychologiques de la Césarienne pour les femmes 72
4.4.3 Les conséquences d'une césarienne pour le bébé 73
4.5 Effets sur le lien mère-enfant 74
4.5.1 Effets 74
4.5.2 Analyse des effets sur la relation mère-enfant 76
CONCLUSION 77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79
ANNEXES 82