REPUBLIQUE DU BENIN

-------@@@------

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

Mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de :

LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

Spécialité : Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS)

THEME :

L'EFFET DE LA GRATUITÉ DE LA CÉSARIENNE SUR LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE AU BENIN (CAS DU CNHU-HKM)

Réalisé par :

C. G. Athanase DADONOUGBO & Marcelline HOUSSOU

Jury : N°010
Président : Dr Gilles Armand SOSSOU
Membres : Dr. ZOUNMENOU Alexandre
Mr. DAIRO Julios

Sous la direction de :
Dr Gilles Armand SOSSOU
Maître – assistant, Enseignant – chercheur
à la FASEG/UAC

ANNEE ACADEMIQUE : 2018-2019

AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT 1
DEDICACES 1 5
DEDICACES 2 6
REMERCIEMENTS 7
LISTE DES TABLEAUX 8
DEFINITIONS DES CIGLES ET ACRONYMES 9
RESUME 10
INTRODUCTION 11
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU CNHU-HKM 13
Section 1: Présentation du CNHU-HKM 13
Paragraphe 1: Situation Géographique et Historique, Statut Juridique et Activités du CNHU-HKM 13
A- Situation géographique et Historique, ... 13
B- Statut juridique et Activités du CNHU-HKM 14
Paragraphe 2: Missions et Objectifs et Fonctionnement du CNHU-HKM. 14
A- Missions et objectif du CNHU-HKM 14
B- Fonctionnement du CNHU-HKM 15
1- Les organes de directions 15
2- Les directions et services du CNHU-HKM 15
a) Plateau technique 16
b) Plateau organisationnel 16
Section 2 : Le déroulement de stage et observation 17
Paragraphe 1: Déroulement du stage 17
A- Tâches menées à la DAE 17
B- Cadre de collecte des données à la CUGO CNHU-HKM 18
Paragraphe 2 : Les observations, difficultés rencontrées et quelques approches de solutions . 18
A- Observations et difficultés rencontrées au cours du stage 18
B- Approches de solutions 19
CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE 20
Section 1: Le cadre théorique 20
Paragraphe 1: problématique, objectifs, hypothèses de l'étude 20
A- Problématique 20
B- Objectifs et hypothèse 22

1- Objectifs 22
2- Hypothèses 22
Paragraphe 2 : Revue de littérature 22
A- Clarification conceptuelle 22
1- Politique de gratuité 22
2- Césarienne 23
3- Mortalité maternelle 23
4- Taux de mortalité maternelle 24
5- Mortalité néonatale 24
6- Taux de mortalité néonatale 24
7- La gynécologie obstétrique 24
8- La gynécologie 24
9- L'obstétrique 24
10- Cadre conceptuel 25
B- Revue empirique 30
Section 2: Cadre méthodologique 37
Paragraphe 1 : Cadre et méthode de l'étude 37
A- Cadre de l'étude 37
1- La Clinique Universitaire de Gynécologie et d 'Obstétrique 37
2- Les infrastructures 38
3- Le secteur de consultation 38
4- Le secteur technique 38
5- Le secteur d'hospitalisation 38
B- Méthode de l'étude 38
1- Nature et période de l'étude 38
2- Population de l'étude 39
3- Echantillonnage 39
4- Taille de l'échantillon 39
a) Taille de l'échantillon pour la première période d'étude 39
b) Taille de l'échantillon pour la deuxième période d'étude 39
5- Critère d'inclusion 40
6- Critère d'exclusion 40
7- Variables étudiées 40
a) Variables dépendantes : Mortalité maternelle, mortalité néonatale 40

b) Variables indépendantes : Facteurs personnels, Facteurs institutionnels et la gratuité de la césarienne (proportions de césarienne réalisées) 40
b.1- Variables indépendantes qualitatives 40
b.2-Variables indépendantes quantitatives 40
8- Technique de collecte de données 40
9- Outils de collecte de données 41
10- Traitement et Analyse des données 41
Paragraphe 2 : Données de l'étude 43
A- Données primaires 44
B- Données secondaires 44
CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 45
Section 1 : Présentation des données et analyse des résultats 45
Paragraphe 1 : Présentation des données collectées 45
A- Présentation des données collectées relatives au problème spécifique 1 45
..... 49
B- Présentation des données collectées relatives au problème spécifique 2 49
Paragraphe 2 : analyse des résultats 51
A- Vérification de l'hypothèse spécifique 1 51
B- Vérification de l'hypothèse spécifique 2 52
Section 2 : Approche de solutions et recommandations à l'endroit des acteurs 53
Paragraphe 1 : Approche de solutions 53
A- Approche de solution liée au problème spécifique 1 53
B- Approche de solution liée au problème spécifique 2 53
Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des acteurs 54
A- Recommandation à l'endroit de l'Etat et des prestataires 54
B- Recommandation à l'endroit des femmes qui ont accouché. 54
CONCLUSION 55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 55
ANNEXES 59
Annexes 1:Fiche de depouillement 59
Annexe 2 : décret de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne 60
Annexe 3 : Données recueillir à l'unité statistique 60
Annexe 4 : Schéma du système de classification de Robson (2014) 61
Annexe 5 : Calcul du test de khi 2 de Pearson 62

DEDICACES 1

A

- La mémoire de mes géniteurs, Daniel DADONOUGBO et Ernestine GUEDOU
- Mes frères et sœurs, Alexis, Rufine, Marc, Alain et Bonaventure
- Mes cousins et cousines Fernand, Régina, Georgette, Annie, Euphrasie, Ghislène, Zacharie.

Cossi Gbènoudé Athanase DADONOUGBO

DEDICACES 2

A

- Mon père Antoine HOUSSOU et Ma mère Clémentine Kpossi ATCHOU.

- Mon oncle Désiré HOUSSOU, ses épouses Florence HOUNKPE et Lydia SOSSOU

- Mes frères et sœurs, Félix, Julie, Samuel, Luc, Omar, Rodiguette, Marina, Robert, Mélaine, Lydie.

Marcelline HOUSSOU

REMRCIEMENTS

Qu'il nous soit permis avant toute chose d'exprimer notre reconnaissance envers

Toutes les personnes qui de près ou de loin qui nous ont soutenu dans nos efforts et ont

Contribué ainsi à la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions très sincèrement :

- ✓ Dr Gilles Armand SOSSOU, notre Directeur de mémoire pour sa bienveillance, la pertinence de ses suggestions, de ses questionnements et son exigence insatiable qui nous convoquent à toujours nous dépasser ;
- ✓ Le Doyen de la FASEG, le professeur Dénis ACCLASSATO pour tous les efforts accomplis dans le processus de notre formation ;
- ✓ Dr Théophile Magloire Adrien WOTO, le vice doyen de la FASEG qui nous a servis de base pour cette formation ;
- ✓ Nos enseignants de la FASEG qui n'ont ménagé aucun effort pour nous transmettre les connaissances acquises ;
- ✓ Dr Justin DENANKPO, Chef de clinique de la CUGO, pour avoir donné accès aux archives pour la collecte de donnée
- ✓ Dr Christiane AGUEMON, Chef de clinique adjointe de la CUGO pour son accueil ;
- ✓ Dr LOKOSSOU, notre tuteur de stage pour son suivi et encadrement ;
- ✓ Mr Koffi Alexandre SOSSOU, le Directeur Général du CNHU-HKM pour nous avoir donné l'autorisation de stage dans la structure dont il est à la charge ;
- ✓ Mr Zacharie HOUEHOU, le directeur des affaires économiques du CNHU-HKM
- ✓ Mme WANOU, Surveillante chargée de l'unité statistique de la CUGO
- ✓ Mr Maximin AHOGA, Archiviste de la CUGO, qui nous a permis de maîtriser la nomenclature des dossiers ;
- ✓ A tous nos camarades de la promotion, pour le climat de franche camaraderie qu'ils ont su entretenir ;
- ✓ Dr Fernand GUEDOU, pour son assistance et ses explications ;
- ✓ Nos familles pour leurs immenses affections et leurs soins de tous les instants ;
- ✓ Membres du jury qui ont bien voulu accepter de nous honorer ainsi de leur présence.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des accouchements selon la prévalence de la césarienne avant et après gratuité de la césarienne 45

Tableau 2: Répartition des accouchements selon l'âge des patientes 46

Tableau 3: Répartition des accouchements selon la parité des patientes 46

Tableau 4: Répartition des parturientes césarisées selon l'âge gestationnel. 47

Tableau 5: Répartition des césariennes selon la présentation du fœtus 48

Tableau 6: Répartition des césarisées selon les dix groupes de la classification de Robson 48

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution du taux de césarienne à la CUGO du CNHU-HKM selon les deux périodes d'étude 49

Graphique 2: Evolution du ratio de mortalité maternel avant et après gratuité de la césarienne à la CUGO du CNHU-HKM. 50

Graphique 3: Evolution du taux de mortalité néonatale avant et après gratuité de la césarienne à la CUGO du CNHU-HKM 51

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le modèle des trois délais de SOU =Soins Obstétricaux d'Urgence 25

Figure 2: Cadre conceptuel de la gratuité de la césarienne 30

DEFINITIONS DES CIGLES ET ACRONYMES

ANGC	: Agence National de la Gratuité de la Césarienne
BCM	: Benin Chemicals and Marketing
CERRHUD	:Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie(Bénin)
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CIM-9	: Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
CRDI	: Centre de Recherches pour le Développement International
CS	: Césarienne
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DAM	: Direction des Affaires Médicales
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé du Bénin
EHU	: Espace Hospitalier et Universitaire
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
HIA	: Hôpital des Instruction des Armés
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZO	: Hôpital de Zone de Ouidah
IDH	: Indice de Développement Humain
IFORD	: Institut de Formation et de Recherche Démographique
INMES	: Institut National Médico/ Social
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MM-Ratio	: Ratio de Mortalité Maternelle
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SAMU	: Service d'Aide Médicales d'Urgence
SCSC	: Services Chirurgicaux et Spécialités Chirurgicales
SED	: Service Exploration Diagnostics
SME	: Service de Mère et l'Enfant
SMSM	: Services de Médecine et Spécialités Médicale
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SYSCOADA	: Système Comptable Ouest Africain
UAC	: Université d'Abomey Calavi
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RESUME

Cette étude est une contribution à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatal dans le contexte de la gratuité de la césarienne au Bénin en 2009. Afin d'analyser l'efficacité de cette politique de gratuité sur le décès maternel et néonatal, une étude rétrospective, comparative avant et après l'instauration de la politique a été réalisée à la CUGO/CNHU-HKM. De la population source d'un effectif de P1=15 561 de 2003 à 2008 et P2=20 357 de 2012 à 2017, sont tirés au sort des dossiers sur l'échantillonnage pour chaque période afin que cela soit représentatif. Les résultats ont fait état d'un taux de césarienne qui passait de 30,87% à 57,87% (x^2=0,88 ; P-value=0,02). Le ratio de mortalité maternelle était de 1 084,71 pour 100.000 naissances vivantes contre 2 704,38 pour 100.000 naissances vivantes, et le taux de mortalité néonatale passait de 112,49 pour 1.000 naissances vivantes contre 187,62 pour 1.000 naissances vivantes. La gratuité de la césarienne a permis l'accessibilité de la césarienne qui en nécessite mais n'a pas réduit le taux de mortalité maternelle et néonatale afin d'être efficace au Bénin. Elle a plutôt doublé le taux de mortalité maternelle et celle néonatale a connu une légère augmentation.

(Mots-clés) : Politique de Gratuité, Efficacité, Césarienne, taux de mortalité maternelle, Taux de mortalité néonatale

ABSTRACT

This study is a contribution to reducing the maternal and neonatal mortality rate in the context of free cesarean section in Benin in 2009. In order to analyze the effectiveness of this free policy on maternal and neonatal deaths, a study retrospective, comparative before and after the establishment of the policy was carried out at CUGO / CNHU-HKM. From the source population of a workforce of P1 = 15,561 from 2003 to 2008 and P2 = 20,357 from 2012 to 2017, random sampling files are drawn for each period so that this is representative. The results showed a rate of caesarean section which went from 30.87% to 57.87% (x^2 = 0.88; P-value = 0.02). The maternal mortality ratio was 1,084.71 per 100,000 live births compared to 2,704.38 per 100,000 live births, and the neonatal mortality rate fell from 112.49 per 1,000 live births against 187.62 per 1,000 live births. The free cesarean section has made it possible to have a cesarean section which requires but is not reduced the maternal and neonatal mortality rate in order to be effective in Benin. Rather, it has doubled the maternal mortality rate and the neonatal mortality has slightly increased.

(Keywords): Free policy, Efficacy, Cesarean section, maternal mortality rate, Neonatal mortality rate

INTRODUCTION

Le développement économique d'une nation passe par un meilleur état de santé de sa population. La santé étant « l'état complet de bien- être physique, mental et psychique de la population » selon l'OMS 2014.

Mais depuis un certain moment on assiste à un taux élevé de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne particulièrement au Bénin. Cette situation risque d'empêcher la planification d'une relève de qualité qui contribuera à une croissance économique durable.

L'Etat garant de la santé, est amené à assurer une redistribution optimale du revenu national dans le système sanitaire, afin de corriger un temps soit peu ce phénomène de mortalité qui touche la couche vulnérable et pauvre. C'est ainsi qu'il a mis en place certaines politiques d'exemption ou de subvention des soins de santé dont la gratuité de la césarienne. 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, privés, confessionnels ou associatif agrées 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 consommable médicaux, des frais d'hospitalisation et du contrôle post-opératoire » (République du Bénin 2008).

Dans les situations où la couverture des soins obstétricaux d'urgence est faible, les césariennes peuvent améliorer les résultats maternels et néonatals si elles sont utilisées en temps opportun pour les femmes qui en ont vraiment besoin (Richard F et *al* (2008) Césarienne de qualité à Ouagadougou, Burkina Faso : une approche globale). Au cours des années 90, le taux de césariennes a augmenté dans les pays en développement et les pays émergents, à l'exception de l'Afrique subsaharienne où il était estimé à 2,9% entre 1990 et 2003 (Stanton CK et *al* (2006) Niveaux et tendances de la césarienne dans les pays en développement). Il y avait également d'importantes disparités entre les pays, les femmes des ménages les plus pauvres et celles des zones rurales étant beaucoup moins susceptibles d'accoucher par césarienne (RONSMANS C et *al* (2006) Différences socioéconomiques des taux de césariennes dans les pays en développement : une analyse rétrospective).

Dans le but d'analyser l'effet de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle et néonatale à travers l'expérience de la Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique (CUGO CNHU- HKM). Notre étude portera sur le thème **«** L'effet de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle et néonatale au CNHU-HKM **».** Pour mieux étudier cet aspect, cette recherche s'articule autour de trois (03) chapitres :

D'abord nous allons aborder le cadre institutionnel, ensuite le cadre théorique et méthodologique et enfin la présentation et l'analyse des résultats.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Ce chapitre sera respectivement consacré à l'historique, aux objectifs, aux missions et activités du milieu de recherche qu'est le CNHU-HKM. Il s'articulera autour de deux sections.

Section 1 : Présentation du CNHU-HKM

Cette section portera sur l'historique, les objectifs et les missions du CNHU-HKM de Cotonou.

Paragraphe 1 : Situation Géographique et Historique, Statut Juridique et Activités du CNHU-HKM

Dans ce paragraphe sera présenté, la situation géographique, l'historique, le statut juridique et les activités du CNHU-HKM.

A- Situation géographique et Historique,

Autrefois, le Dahomey ne disposait d'aucun hôpital de référence. La seule ambulance de Cotonou qui existait ne répondait pas aux besoins du pays en couverture sanitaire. Il fut donc nécessaire de créer au lendemain des indépendances, un hôpital de référence. Cet hôpital, appelé hôpital de Cotonou fut créer par la loi N° 62-36 du 30 octobre 1962 qui le dote d'une autonomie financière. En 1966, l'hôpital autonome de Cotonou, change de statut et devient « Centre National Hospitalier » par le décret N° 490/PR/MSPAS du 21 Décembre 1966.Ce centre prend un caractère Universitaire avec la création de l'Université de Dahomey et devient par le décret N° 73-8 du janvier 1973 « Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou »

Le décret N° 91-77 du 13 mai 1993 (voir annexe N°1) a été modifié par le décret N° 2012-422 du 06 Novembre 2012 portant Attribution, Organisation et Fonctionnement du CNHU-HKM.

Suite à cette réhabilitation du CNHU-HKM et dans le souci d'immortaliser la mémoire du premier Président de la République du Bénin, son Excellence le Président Hubert Koutoukou MAGA, initiateur de cet hôpital, le CNHU est devenu « Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA » (CNHU-HKM) à l'occasion de l'inauguration de l'unité de Scannographie le 03 Décembre 2012. Avec le décret 2012-272 du 13 Aout 2012 (voir annexe N°1) portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la santé, le CNHU-HKM fait partie de l'Espace Hospitalier et Universitaire (EHU).

Géographiquement, le CNHU-HKM est situé à Cotonou. Il s'étend sur une superficie de 10 hectares. Il est limité au Nord par le camp Guézo, au Sud par la présidence de la république dont il est séparé par les voies inter- Etats Bénin-Togo, à l'Ouest par la faculté des sciences de la santé(FSS) et à l'Est par l'institut national médico-social (INMES).

A l'intérieur du centre, une voix circulaire encercle les services hospitaliers et permet l'accès aux différentes structures. C'est dans cette sphère géographique que le CNHU-HKM poursuit l'accomplissement de sa mission à travers l'organisation de ses structures. Il a une durée de vie illimitée et dispose d'un effectif de 1150 agents en 2018 (ressources humaines du CNHU-HKM).

B- Statut juridique et Activités du CNHU-HKM

Le CNHU-HKM est une entreprise sous contrôle public. Il n'a pas d'actionnaire ou associés principaux. Son capital était de deux milliards trois cent soixante-six million sept cent soixante-trois mille sept cent soixante francs CFA (2.366.763.760 FCFA) en 2012 (selon l'agent comptable du CNHU-HKM).

Le CNHU-HKM mène plusieurs activités pour le plus grand bien des populations. Au nombre de ces activités nous pouvons citer : soins à la population ; formation et enseignement ; recherche scientifique. Ces activités suscitées répondent bien à ses missions qu'il exerce à travers ses différents services. A la suite de l'historique et des activités du CNHU-HKM, nous abordons les missions et objectifs du CNHU-HKM.

Paragraphe 2 : Missions et Objectifs et Fonctionnement du CNHU-HKM.

A- Missions et objectif du CNHU-HKM

Le CNHU-HKM a pour principales missions :

D'une part, d'assurer en permanence l'accueil des malades et les soins à savoir l'accueil et le traitement des urgences par l'intermédiaire du service médical d'accueil des urgences, des services pédiatriques, de la clinique universitaire de gynécologie obstétrique (CUGO), du service polyvalent d'anesthésie et de réanimation ; l'accueil des consultants dans des services de consultations externes ; l'hospitalisation des malades dans les différents services et,

D'autre part de veiller à la formation à savoir ; la formation clinique des étudiants et des médecins spécialistes en médecine, chirurgie, gynécologie, pédiatrie et autres, garantie par

l'ensemble des services ; la formation du personnel paramédical assurée par l'institut National Médico-Social les écoles professionnelles de santé et de gestion d'administration de la place.

Les objectifs globaux du CNHU-HKM visent à satisfaire la population en matière de : Soins de santé ; recherche scientifique ; formation et enseignement. Les objectifs du CNHU-HKM ne seront pleinement atteints qu'au regard de son fonctionnement optimal et de son environnement.

B- Fonctionnement du CNHU-HKM

Il est indispensable avant toute analyse de comprendre comment fonctionne le CNHU-HKM. Le CNHU-HKM fournit des prestations de service. Pour ce faire, il est amené à réaliser de nombreuses fonctions qui s'enchainent et se combinent.

1- Les organes de directions

L'administration du CNHU-HKM est animée par un Directeur General aidé dans sa charge par le Directeur Général Adjoint.

Le Directeur Général, il assure la gestion quotidienne du centre et met en exécution les décisions prises par le conseil d'administration. Il est l'ordonnateur, le comptable du budget de l'établissement et veille à son application. Il est tenu responsable devant le conseil

D'administration du développement des activités du CNHU-HKM. Il est nommé par décret sur proposition du ministre de la santé après avis du conseil d'administration.

Le Directeur Général Adjoint, il est Directeur administratif et financier de l'établissement assurant la corroboration des actions au niveau de tous les services, il assure de plein droit sa responsabilité en suppléant du Directeur Général. Il est nommé par arrêté du ministre de la santé. Il y a lieu de faire remarquer qu'aujourd'hui les deux Directeurs Généraux sont nommés par décret contrairement à ce que prévoient les textes du centre. De même depuis octobre 2007, il a été mis à la disposition du centre un agent comptable public, ce que les textes n'ont également pas prévu. Le Directeur est soutenu dans ses actions par les chefs services technique et administratifs.

2- Les directions et services du CNHU-HKM

Leur fonctionnement s'opère sur deux plateaux à savoir : le plateau technique et le plateau administratif par les organes de gestions.

a) Plateau technique

C'est l'ensemble des équipements et infrastructures indispensables dans un service hospitalier. Ici, il existe une seule direction qu'est la Direction des Affaires Médicales (DAM). La DAM est composé des services suivants : Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales (chirurgie pédiatrique, chirurgie viscérale, chirurgie traumatologie, chirurgie externe et urologie) (SCSC) ; Services de médecine et spécialités médicales (SMSM) ; service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ; (Service de Mère et l'Enfant(SME) ; Service explorations diagnostics(SED) ; Service social hospitalier (SSH) ; Service des soins paramédicaux (SSP), Service de la qualité des soins (SQS) ; Service Hospitalier de la pharmacie (SHP), Service de la formation et de la recherche médicale (SFRM)

On dénombre neuf (09) services techniques. Au Bénin, c'est le seul centre hospitalier qui dispose d'un plateau technique performant doté d'équipements modernes et où se côtoient et se complètent plusieurs spécialités.

L'effectivité des prestations médicales et paramédicales n'est possible que grâce à une bonne gestion de tout ce qui concourt au bien-être des malades. Ce rôle est assuré par le plateau administratif.

b) Plateau organisationnel

Ce plateau est composé de services et directions purement administratifs. On peut noter :

La Direction des Ressources Humaines (DRH), il est chargé de la gestion des ressources humaines et du suivi de la carrière du personnel du centre, de la gestion de la formation et du recyclage, de la planification et de l'utilisation rationnelle des effectifs et des compétences et de la vulgarisation des différents textes régissant la vie et le fonctionnement de l'hôpital. Il est subdivisé en trois services à savoir : Service Administratif et Gestion des Carrières (SAGC) ; Service de la planification, du recrutement et de la formation (SPRF) ; Service du dialogue Social et des Contentieux (SDSC).

La Direction des budgets, est composée de deux services : le Service du budget et le Service de la facturation.

L'agence comptable, s'occupe du paiement des dépenses, de la comptabilité générale, de l'élaboration du budget primitif, de la gestion prévisionnelle de la trésorerie et du recouvrement des créances.

Cette agence est composée de deux services que sont : le Service Financier et de Comptabilité Générale (SFCG) ; le Service de la Comptabilité des Matières et de Compatibilité Analytique (SCMCA) ; ce service a été créé en 2017 et démarre progressivement ses activités.

La Direction des Affaires Economique, à ce niveau, on distingue quatre services qui sont : Service des engagements, liquidations et ordonnancements des dépenses (SELOD) ; Service des infrastructures et de la logistique(SIL) ; Service de la maintenance et de l'équipement (SME) ; Service de l'accueil et de la clientèle (SAC) : Ce quatrième service assure l'accueil et la gestion des malades depuis leur entrée jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Il a aussi pour attributions l'établissement des factures des prestations fournies aux clients ainsi que leur distribution en liaison avec la structure chargée du recouvrement, de la gestion de la morgue, de la gestion des états civils, des problèmes médico-légaux et la prise en charge des usagers indigents, en collaboration avec le service hospitalier.

Section 2 : Le déroulement de stage et observation

Cette section de notre mémoire a pour but de décrire le déroulement de notre stage. Ainsi, dans un premier temps, nous avons mentionné les tâches menées et dans un second temps il sera question de parler des observations faites tout au long de notre stage.

Paragraphe 1 : Déroulement du stage

Dans ce paragraphe, il sera question des étapes du déroulement de notre stage à la DAE et à la CUGO notre lieu de collecte.

A- Tâches menées à la DAE

Notre séjour au CNHU-HKM s'est bien passé et nous avons eu des relations pacifiques et cordiales avec le personnel de l'administration. En effet, au cours des trois (03) mois passés au sein de la Direction des Affaires Economiques (DAE) nous avions pu parcourir les quatre (04) services que sont : Service des Infrastructures et de la Logistique (SIL), Service de la Maintenance et de l'Equipement (SEM), Service de l'Accueil et Clientèle(SAC), Service des Engagements Liquidations et Ordonnancements des Dépenses(SELOD) plusieurs activités ont été menées : l'établissement des factures des prestations fournies aux patients l'établissement des fiches de sorties des patients ; la validation des factures au niveau du SELOD ; l'établissement des bons de commande ; l'enregistrement des opérations dans les registres convenus ; la restauration des malades.

B- Cadre de collecte des données à la CUGO CNHU-HKM

A la CUGO notre intégration ne s'est pas faite sans outre introduction préalable par le chef service adjoint de la CUGO, qui nous a envoyé vers les Surveillantes du service d'accouchement. Pour mener la collecte, nous sommes tenus de rencontrer le responsable des archives pour une orientation sur l'exploitation des registres et dossiers des femmes ayant accouché à la CUGO. De plus notre recherche nous amène vers la surveillante chargée de la gestion des unités statistiques de la CUGO. Ceci nous a permis d'avoir le nombre total d'accouchement, de décès et de césarienne pour chaque année de notre étude.

Dans le cadre de la recherche sur le thème de mémoire une collecte de donnée a été faite au niveau des archives de la CUGO CNHU-HKM. Un entretien s'est aussi tenu avec certains professionnels de la Gynécologie Obstétrique. Au cours de cette collecte, les registres ont été consultés, ainsi que les dossiers des femmes ayant accouchés pendant la période d'étude. Pour nous faciliter cette fouille l'archiviste nous a donné des instructions sur la structure de ces documents. Les dossiers des femmes qui ont accouché s'intègrent dans le même lot de dossiers des femmes qui ont subi des consultations gynécologiques et obstétriques à la CUGO. Nous avons constaté que les dossiers sont classés par nomenclature, par ordre alphabétique de A à Z pour les années de 1974 à 2007 et de doublon de lettre alphabétique de AA à AK pour les années 2009 à 2017. Cette nomenclature nous a permis de rechercher les numéros de dossiers selon les années de consultation.

Par ailleurs, la rencontre du maitre de stage nous a élucidés sur certaines terminologies qui étaient flous à notre niveau lors du dépouillement des dossiers.

Paragraphe 2 : Les observations, difficultés rencontrées et quelques approches de solutions

A la CUGO du CNHU-HKM, des observations ont été faites durant la période de collectes de données. Ces observations ont permis de faire ressortir quelques difficultés pouvant entraver le bon fonctionnement de cette entité. Quelques approches de solutions peuvent être une issue favorable à ces difficultés.

A- Observations et difficultés rencontrées au cours du stage

Le caractère archaïque des rangements et du conditionnement des dossiers des femmes ayant subi une consultation gynécologique et obstétrique. L'exiguïté et le non acclimatation du local des archives contribuent à la perte et l'effritement de certains dossiers. Les registres ne sont pas convenablement classés par rapport à chaque année de consultation. Ce qui nous a com-

pliqué la tâche pour une classification annuaire des registres. Ces documents sont disséminés dans d'autres services périphériques de la CUGO. La reconstitution des lots de registre par période a été difficile.

B- Approches de solutions

Les difficultés rencontrées ne sont pas sans solution. En effet, il serait bien de créer un logiciel pour l'enregistrement des dossiers à la fin de chaque année afin de les rendre accessibles en temps utile pour toutes personnes désirant consulter plus tard. Retourné les registres à leur place après utilisation.

CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Avant de procéder à la recherche, une lumière sera faite sur le problème à résoudre à travers le thème de recherche. Cela amènera à la présentation de la problématique de la recherche, les objectifs poursuivis et les hypothèses liées à chaque objectif de recherche. Il sera tracé en suite le chemin à parcourir et la méthode à adopter afin de trouver les informations relatives à ce thème de recherche.

Section 1 : Le cadre théorique

Cette section fera l'objet de détaille sur le problème en proposant les objectifs poursuivis et les hypothèses liées à chaque objectif de recherche. Une revue de littérature permettra d'enrichir cette recherche sur les informations secondaires.

Paragraphe 1 : problématique, objectifs, hypothèses de l'étude

A- Problématique

La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités selon Alkemal et *al* 2016. En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés.

Entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an. Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000. Dans certains pays, le repli annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 s'est situé au-dessus de 5,5%, qui est le taux nécessaire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMS 2018). Les décès néonatals sont souvent liés à la santé de la mère.

Le décès d'une mère accroît sensiblement la possibilité que son nouveau-né meure également. Parmi les plus de 3 millions de décès néonatals chaque année, selon (l'OMS et l'UNICEF 2012) 99 % surviennent dans les pays en développement. En 2011, environ 6,9 millions d'enfants sont morts avant d'atteindre leur cinquième anniversaire — une baisse sen-

sible par rapport au chiffre de 12 millions en 1990, (UNICEF 2012). Environ 40 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans sont des décès néonatals, survenant durant les 28 premiers jours de vie ; en 2011, leur chiffre s'est élevé à 3 millions, (UNICEF 2012).

Pour remédier à cette situation, l'Etat doit mettre en place des dispositions pour préserver la santé de la mère et celle de l'enfant qui représentent la frange de la population participant activement au développement économique d'une nation.

Les décès maternels et néonatals ralentissent la croissance économique et entraînent des pertes mondiales de productivité de l'ordre de 15 milliards de dollars par an. Inversement, investir dans l'amélioration de la santé des femmes et des nouveaux nés comporte des avantages de grande portée pour les nations. Par exemple, d'un tiers à la moitié de la croissance économique de l'Asie entre 1965 et 1990 a été attribué aux améliorations introduites dans la santé procréative et à la réduction des taux de mortalité infantile et de fécondité.

Au Bénin le ratio de mortalité maternel est estimé en 2006 à 397 pour 100.000 naissances vivantes et celui des nouveaux né à 21 décès pour 1.000 naissances. De plus chaque année 1.500 jeunes mères décèdent en couche dans le pays. (INSAE 2017)

Dans l'objectif ultime de réduire la mortalité maternelle et néonatale, de nombreux pays ont adopté des mécanismes de financement novateurs pour encourager l'utilisation des services de santé. Parmi ces mécanismes figure la suppression ou la subvention du paiement pour certains soins tels que la césarienne. Cette option est faite généralement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, (Richard et *al* 2010). En dehors de ce que pensent les acteurs sur la politique de gratuité de la césarienne, il nous parait pertinent d'aborder dans le contexte béninois précisément à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM l'effet de cette gratuité sur le taux de mortalité maternelle et néonatale. Notre étude s'évertuera à apporter des réponses à nos questions de recherches qui se présentent comme suit : La gratuité de la césarienne est-elle efficace ? La gratuité de la césarienne est- elle accessible aux parturientes en cas de nécessité médicale ? La gratuité de la césarienne contribue t- elle à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale ?

L'objectif de ce travail consiste à faire ressortir l'effet de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle et néonatale au Bénin.

B- Objectifs et hypothèse

1- Objectifs

L'objectif général de l'étude est d'analyser l'efficacité de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle et néonatale.

Cet objectif se décline en deux objectifs spécifiques :

OS1 : Apprécier l'accessibilité de la césarienne gratuite pour les parturientes en cas de nécessité médicale.

OS2 : Déterminer la contribution de la gratuité de la césarienne à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale.

2- Hypothèses

Sur la base des objectifs spécifiques ci-dessus cités et à partir des recherches documentaires, deux (02) hypothèses de recherches ont été émises, qui sont les suivantes :

H1 : La césarienne gratuite est accessible à toutes les parturientes qui en nécessitent.

H2 : L'accès à la césarienne gratuite contribue à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

Toute recherche suppose la maitrise de quelques savoirs dans le domaine. Il nous est donc indispensable de faire recours aux études antérieures ayant trait á ce thème. Ce paragraphe, est libellé en quelques précisions conceptuelles et sémantiques concernant les notions fondamentales utilisées dans ce travail de recherche, ensuite faire l'objet d'une revue empirique.

A- Clarification conceptuelle

1- Politique de gratuité

Une politique de gratuité peut être un moyen efficace d'étendre la couverture dans un contexte où les ressources sont contraintes. Elle peut ainsi faire partie d'une stratégie nationale de financement de la santé et agir comme un catalyseur d'une dynamique vers la couverture sanitaire universelle (CSU), sous réserve d'être bien conçue, bien mise en œuvre, et d'intégrer des mécanismes de suivi afin de répondre rapidement en cas d'identification d'un problème de mise en œuvre ou d'un souci d'équité. C'est en pratique une politique d'extension du panier

de soins qui met la priorité sur certains services / certains groupes de population, mais peut aussi servir comme une porte d'entrée pour promouvoir et se focaliser sur la levée de fonds et l'alignement des systèmes de paiement des prestataires sur les priorités d'allocation du pays. Comme le but des politiques de gratuité est de diminuer les paiements directs, elles cherchent à réduire les barrières financières à l'accès aux soins et à améliorer la protection financière en particulier pour les plus pauvres et les plus vulnérables. En ciblant les politiques de gratuité sur les régions les plus pauvres ou pour certains types de prestataires (par exemple, les centres de santé mais pas les hôpitaux), cela renforcerait l'orientation pro pauvre de ces politiques. Citation suggérée. Mathauer I, et *al* (les politiques de « *gratuité* ») : Opportunités et risques en marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY‑NC‑SA 3.0 IGO.

2- Césarienne

Historiquement, la césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée dans le but d'extraire le fœtus par la voie abdominale en cas d'impossibilité ou de risque par la voie naturelle ou vaginale (OMS). Son efficacité dépendra le plus souvent de sa rapidité, particulièrement devant le fait que 80% de la mortalité maternelle est liée à des morts obstétricales directs qui résultent des complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou durant les premiers jours du post-partum et que l'accessibilité réduite aux structures de la maternité est la raison fondamentale du niveau élevé de cette mortalité dans les pays en développement (Hotch KISS et *al*, 2013).

3- Mortalité maternelle

La mortalité maternelle a été définie dans la 9ème édition de la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM-9), et reprise dans la 10ème édition (CIM-10). Elle se définit comme *« tout décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. »*

4- Taux de mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle (MM Ratio) est le nombre annuel de décès de femmes pour 100.000 naissances vivantes pour toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge (à l'exclusion des causes accidentelles ou accidentelles). Le MM Ratio comprend les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse, quelle que soit la durée et le lieu de la grossesse, pour une année déterminée. (CIA World Facebook, 2017)

5- Mortalité néonatale

Mortalité néonatale : c'est la mortalité des enfants de la 1ère semaine de vie à la fin de la 4ème semaine (= du 1er au 28ème jour inclus) ; elle cumule la mortalité néonatale précoce et la mortalité néonatale tardive (OMS).

6- Taux de mortalité néonatale

Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de la 1ère semaine de vie à la fin de la 4ème semaine, aux naissances vivantes.

7- La gynécologie obstétrique

Elle est dédiée à la santé et au bien-être des femmes de tout âge, que ce soit en dehors de la grossesse, durant la gestation ou à l'accouchement. À cet effet, elle regroupe plusieurs disciplines dont :

8- La gynécologie

La gynécologie à proprement parler, est centrée entre autres sur le diagnostic et la prise en charge des affections de l'appareil génital et du sein ainsi que le dépistage des cancers gynécologiques. Elle traite aussi les problèmes de stérilité

9- L'obstétrique

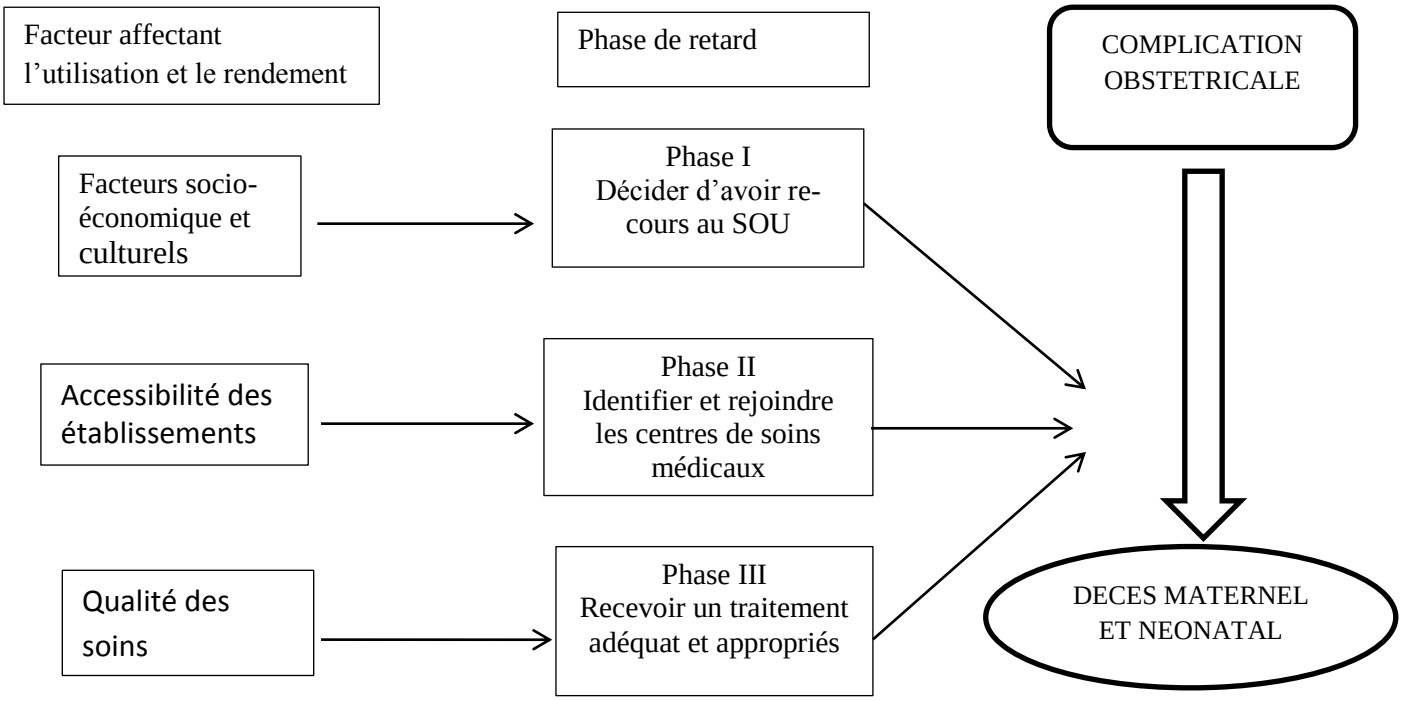
L'obstétrique concerne le suivi et l'évolution de la grossesse et de l'accouchement. (Gynécologie obstétrique ;concilio - gynécologie obstétrique

Le saviez-vous

12- Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est un schéma cohérent mettant en relation les concepts. Il représente la « fondation » du travail de recherche et le point de départ de la vérification empirique de la théorie principale par la théorie auxiliaire. Ce cadre peut être emprunté aux théories déjà existantes et adapté au contexte de l'étude ou nouvellement construit en fonction des spécificités de l'étude et des insuffisances des cadres déjà existants

Figure 1: Le modèle des trois délais des Soins Obstétricaux d'Urgence



Source : Modèle conceptuel développé par Thaddeus et Maine de (1994)

Compte tenu de ce qui précède et du contexte dans lequel se situe le thème, la question fondamentale est de savoir si la gratuité de la césarienne, en termes de coût est susceptible de réduire le taux de la mortalité maternel et néonatal. Ces taux pouvaient être améliorés en agissant sur différents facteurs et sont le plus souvent qualifiés avec des critères globaux au niveau populationnel. La qualification de ces taux de mortalité est retenue dans le thème comme une appréciation directe de la gratuité de la césarienne pour en déterminer la correspondance à des normes quant à un ensemble d'attribut. Les normes utilisées dans le cadre du présent thème, sont celles du ministère de la santé en matière de santé reproductive du Bénin. Dans la (figure 1), modèle conceptuel développé par Thaddeus et Maine de (1994), Présente trois principales phases de délais dans la prise en charge des urgences obstétricales : (i) le

délai dans la décision de consulter ; (ii) le délai dans l'acheminement des patientes vers les structures adaptées ; et (iii) le délai dans la prise en charge au sein des formations sanitaires .Les interventions réalisées au niveau de la communauté (groupe de femmes, village, quartier) ciblent, généralement le premier et le deuxième délai. Elles sont censées améliorer l'utilisation des services. Les interventions réalisées au niveau de la filière de soins et des établissements de santé ciblent le deuxième et le troisième délai. Le modèle conceptuel (Figure2) développé s'inspire du cadre conceptuel de la deuxième et troisième phase du modèle des trois délais, Leur but est d'améliorer l'accès en temps utile à des services de soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité afin de réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale. Les différents groupes du modèle, sont les facteurs personnels qui sont les facteurs socio-économiques modifiant les risques de complication et les facteurs institutionnels qui influencent la qualité des soins obstétricaux dans la structure et qui dépendent des caractéristiques du système selon Hopkins (1990). Les caractéristiques du système sont l'accessibilité financière (coûts des actes) et le niveau de soin. Ainsi le modèle, met en relation les concepts de la gratuité de la césarienne (bilan médical, acte chirurgical, médicament et consommable, hospitalisation) et le taux de la mortalité maternelle et néonatale.

L'âge est l'un des déterminants classiques des comportements humains. Son influence sur le recours aux soins obstétricaux a été notamment mise en évidence dans les travaux de. BENINGUISSE (2003), et *al « le risque pour une femme de ne pas se faire consulter pendant la période de grossesse est réduit de moitié lorsqu'elle est âgée d'au moins 35 ans »*. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont les causes principales de décès chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire, entraînant des milliers de décès chaque année.

La parité atteinte influence également le recours aux soins obstétricaux. Selon *ZOUN*-GRANA (1993 : 44), la plupart des études ont révélé une relation inverse et linéaire entre la parité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Ce résultat conforte celui de Diallo. B. et collègues (1999) qui a abouti pour le cas de la Guinée à la conclusion qu'en Basse Guinée et en Guinée forestière respectivement 65,48 % et 55,88 % *des multipares (2 à 4 enfants) et les grandes multipares (5 enfants ou plus) accouchent à domicile contre respectivement 13,09 % et 25,00 % pour les primipares. L'habitude et l'expérience acquises lors des accouchements antérieurs semblent les pousser à se passer des structures sanitaires*. Le rapport final de l'EDSB-II (2001) montre que parmi les femmes ayant 6 enfants ou plus, 29,6 % environ ont accouché à domicile contre 15,1 % environ pour les femmes primipares et pour ce

qui concerne la naissance la plus récente, 4,2 % environ des femmes de 6 enfants ou plus ont consulté une matrone contre 0,7 % des femmes primipares.

Le niveau d'instruction est un des principaux facteurs explicatifs des comportements humains. Pour J. Vallin et *al*. (2002), *« L'une des premières richesses susceptible de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé est évidemment le savoir.»* Suivant leur niveau et qualité d'études scolaires, les individus observeront des comportements différents vis-à-vis des phénomènes démographiques et sanitaires. Plusieurs études ont mis en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins en général et des services de soins obstétricaux en particulier. Selon Diallo et *al* (1999), plus la femme est instruite, mieux elle est informée des risques liés à la gravido-puerpéralité et des mesures préventives dont l'accouchement médicalement assisté. Par ailleurs, les auteurs ont observé dans leur étude que la totalité des femmes ayant accouché à domicile n'a aucun niveau d'instruction. Le rapport final de l'EDSB-II (2001) indique qu'au Bénin, parmi les femmes sans niveau d'instruction, 27,5 % ont accouché à la maison contre seulement 1,0 % pour les femmes de niveau secondaire ou plus.

En tant que facteur de changement social et de modernisation, l'instruction offre à la femme les aptitudes à comprendre les messages de sensibilisation et le bien fondé des soins médicaux pendant la grossesse et l'accouchement dans un processus de continuité.

Cependant, la femme aura beau avoir les prédispositions nécessaires à l'utilisation des services de soins obstétricaux, si les centres de santé sont inexistants ou s'ils sont très éloignés du lieu d'habitation des femmes pendant que ces dernières ne disposent pas des moyens de transport ou les moyens financiers nécessaires pour payer le transport, et si les centres de santé sont sous équipés en personnel qualifié et en équipements, le recours à la prise en charge médicale de la grossesse ne sera pas assuré. Cette idée est confortée par J. Vallin et *al.* (2002) qui estiment qu' « *Il ne suffit pas d'être attentionné à la santé ni d'être instruit des moyens d'agir, ni même de disposer d'assez de ressources pour s'en procurer. Encore faut-il que les services soient disponibles.* » D'où l'importance des facteurs institutionnels.

Les facteurs institutionnels encore appelés les facteurs de l'offre, comprennent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins. Ces facteurs sont une conséquence des dispositifs mis en place pour assurer la fourniture des soins obstétricaux.

D'après la loi économique des marchés, l'offre crée sa propre demande. Dans le domaine de la santé, cette offre doit répondre aux besoins de santé définis non seulement dans la perspective du professionnel de santé (besoins et objectifs) mais aussi dans la perspective du consommateur (préférences et attentes). Pour C. Berthoud (2000), si la femme peut accéder à une maternité, mais qu'elle y est mal accueillie, elle s'abstient des visites prénatales et préfère accoucher chez elle au mépris de toute règle de sécurité. Ce qui apparaît des travaux ci-dessus cités, c'est que pour attirer la demande, l'offre de soins doit avoir les caractéristiques suivantes : être disponible et accessible, être de bonne qualité et surtout respecter les coutumes des femmes. Or, ce que l'on constate en Afrique, c'est que non seulement les soins obstétricaux ne sont généralement pas de bonne qualité mais qu'aussi, les préférences et les coutumes des femmes qui viennent consulter n'est souvent pas respectée, ce qui les rend réticentes à demander des soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement. Cette réticence constitue un des éléments de ce que les experts de l'OMS appellent les *« trois retards »*. Ces retards, d'après ces experts, résument les causes sous-jacentes de la mortalité maternelle (UNFPA, 2004).

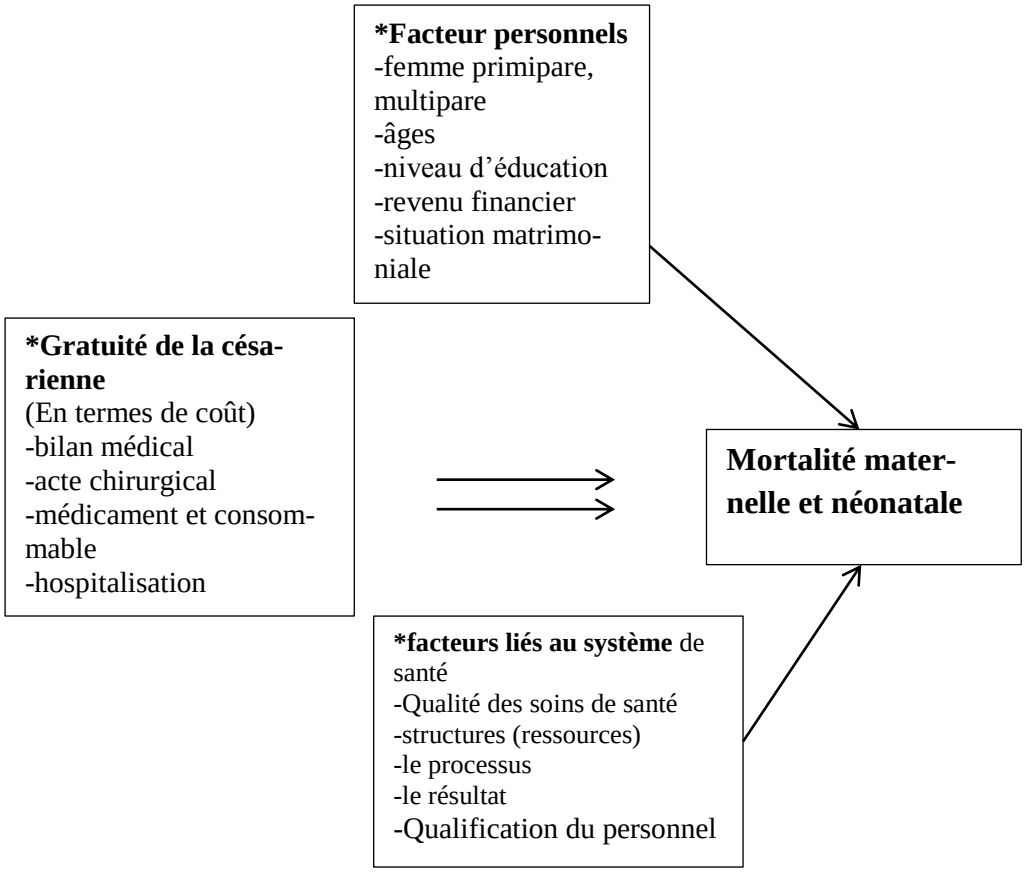
L'offre de soins si elle existe donc doit s'exprimer non seulement en nombre de centres de santé construits et bien équipés en personnel et en équipements techniques essentiels mais aussi en qualité des prestations. Malheureusement, l'on constate que dans la plupart des pays africains que les centres de santé sont en nombre insuffisant par rapport à la demande potentielle existante et inégalement répartis, avec une forte concentration urbaine des établissements sanitaires. Ces centres de santé sont également sous-équipés et la qualité des prestations est déficiente sans compter que, très souvent, elles n'intègrent pas les attentes et préférences des consommateurs. Aujourd'hui dans le monde, beaucoup de femmes accouchent à domicile parce que les établissements sanitaires se trouvent à plusieurs kilomètres de l'endroit où ils habitent. Selon une étude du CRDI (2003).

Au nombre des facteurs institutionnels figurent aussi l'accessibilité et la qualité des soins. En effet, il est très important pour éviter la discontinuité des soins qu'à chaque demande de soins corresponde une offre adéquate c'est-à-dire appropriée et qualifiée et qui soit accessible géographiquement et financièrement à la femme. Selon L'UNFPA (2004), *« La qualité importe dans les programmes de santé maternelle, de même que dans les programmes de planification familiale, et peut inciter les femmes qui affrontent des urgences obstétricales à se rendre le plus souvent dans les centres de santé pour y recevoir des soins salvateurs. »* Or, les

études situationnelles ont montré (voir Betbout et *al*, 1998) et autres études dans d'autres pays africains que dans la plupart des pays africains, non seulement les soins obstétricaux ne sont souvent pas de bonne qualité, mais elles ne sont aussi pas accessibles ni géographiquement, ni financièrement parlant. En effet, selon l'OMS (1998), le fait que les services de santé maternelle soient payants freine leur utilisation et empêche des millions de femmes d'accoucher à l'hôpital ou de se faire soigner en cas de complications. Même lorsque les tarifs officiels sont peu élevés ou lorsque les services gratuits, le monnayage frauduleux des soins est légion, limitant ainsi l'utilisation des services. A côté des tarifs officiels, viennent souvent se greffer le coût du transport, des médicaments ainsi que de la nourriture et du logement de la femme ou des parents qui s'occupent d'elle à l'hôpital. A Zaria (Nigéria), une étude a montré que le passage des services gratuits aux services payants pour les soins obstétricaux faisait reculer le nombre d'hospitalisations et augmenter nettement le nombre des situations d'urgence ; le nombre de décès maternels augmentait en conséquence (K. Harrison, 1997). Plus les femmes sont pauvres, plus l'introduction de services payants risque de compromettre l'utilisation des services de santé. Des études en Côte d'Ivoire (P. J. Gertler et *al* 1988) et au Pérou (P. J. Gertler, 1988) indiquent que, si des services payants sont dissuasifs pour tout le monde, ils le sont plus encore pour les femmes pauvres**.**

Après ce tour de la littérature, il convient de savoir pourquoi malgré les politiques mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, les niveaux de discontinuité des soins obstétricaux sont encore préoccupants.

Figure 2: Cadre conceptuel de la gratuité de la césarienne



Source : Réalisé par les auteurs (2019) à partir du modèle Thaddeus et Maine de (1994)

B- Revue empirique

La politique de la gratuité de la césarienne initiée et mise en œuvre par les Etats africains a fait l'objet de préoccupation de plusieurs publications.

Selon l'OMS, (2014) « *La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin » Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Courriel: reproductivehealth@who.int www.who.int/reproductivehealth. Depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 %. Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme

toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets. Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile. De plus, la communauté internationale a évoqué, à maintes reprises, la nécessité de reconsidérer le taux de césarienne recommandé en 1985.

D'après J Ye et *al* , 2016, La plupart des pays ont connu une augmentation du taux de césariennes au cours de la période à l'étude. Dans l'analyse non ajustée, il existait une association négative entre les taux de césariennes et les résultats de mortalité pour les faibles taux de césariennes, en particulier dans les pays les moins avancés. Après ajustement sur l'IDH, cet effet était beaucoup moins important et n'a été observé qu'en dessous d'un taux de césarienne de 5 à 10%. Aucune association importante entre le taux de césarienne et la mortalité maternelle et néonatale n'a été observée lorsque le taux de césarienne dépassait 10%. Bien que la césarienne soit une intervention efficace pour sauver des vies maternelles et infantiles, sur la base des preuves écologiques disponibles, des taux de césarienne supérieurs à environ 10% au niveau de la population ne sont pas associés à des baisses des taux de mortalité maternelle et néonatale, et peuvent donc ne pas être nécessaires pour atteindre les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus bas. Le taux de césarienne d'environ 10% peut être le taux optimal pour atteindre la mortalité la plus basse.

Selon Xavier KINENKINDA et *al* ; (2017), La fréquence de la césarienne (CS) ne cesse d'augmenter ces dernières décennies mais cette augmentation diffère énormément d'un pays à un autre et dans un même milieu, d'une institution médicale à une autre. La fréquence moyenne de césarienne était de 10,65%. Elle est passée de 10,24% en 2009 à 11,38% en 2013 soit une croissance de 11,13% (p=0,03). Cinquante-un virgule quatre pourcent de CS étaient effectuées après tentative de la voie basse et 48,6% dans un contexte d'urgence obstétricale. Les indications sont restées constantes et dominées par la disproportion fœto-pelvienne (18,6%), la souffrance fœtale aiguë (11,9%), la mal présentation fœtale (10,1%), le placenta prævia (9,2%) et le bassin rétréci (8,4%). La morbidité maternelle s'élève à 11,6% matérialisée par les complications hémorragiques dans 6,1%. La mortalité maternelle globale est passée de 2,3‰ en 2009 à 6,4‰ en 2013 soit une inflation de 178,26%. Pour la voie haute, elle

est passée de 4‰ à 16,7‰ pour les 4 dernières années prises ensemble équivalant à une inflation de 317,5% (p=0,005) contre 2,1‰à 2,8‰ (33,33% d'inflation ; p=0,296) pour la voie basse au cours de la même période. La mortalité périnatale globale a connu une augmentation de 56,04% l'année 2010 (p=0,0000) et 43,36% en 2013 (p=0,0000). Concernant la CS, l'on notera une amélioration de la mortalité périnatale de 48,64% les trois premières années suivant 2009 (59,4‰contre 70,5‰ ; p=0,3278), amélioration à laquelle succédera une hausse de 46,52% (p=0,026). Globalement, la mortalité périnatale n'aura pas été significativement modifiée par la dynamique évolutive de la CS durant ces 5 années. Les cinq dernières années, la pratique de la CS à Lubumbashi (RDC) a connu une croissance de plus de 11% sans évolution de ses indications ni dividendes maternelles et périnatales.

Selon Alexandre DUMONT, (2015) ; Les mortalités maternelle et infantile demeurent un problème de santé publique dans le monde. Ces décès sont souvent liés à une prise en charge trop tardive des complications obstétricales. Certaines de ces complications peuvent être évitées par une césarienne réalisée en temps utile et dans les meilleures conditions. En raison des contraintes liées aux trois retards, les pays d'Afrique subsaharienne n'arrivent pas à atteindre ces objectifs. Afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale plusieurs de ces pays ont développés des initiatives pour réduire la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux en général à la césarienne en particulier. Différentes formules ont été adoptées de la subvention partielle à la subvention totale (gratuité) sans la prise en compte des mesures d'accompagnement pour améliorer la qualité des soins obstétricaux de même que les dépenses liées aux transports. Ce qui ne permet pas aux femmes pauvres résident loin de bénéficier de cette politique. Au Mali un système de référence et d'évacuation vient en appui à cette politique, pourtant son effet n'est observable que sur les femmes qui résident non loin des structures de santé. De même, un autre programme crée en 2008 au Mali et au Sénégal GESTA International pour améliorer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence afin d'appuyer la gratuité de la césarienne. Suite à ces études, on conclut que la gratuité de la césarienne ne peut à elle seule résoudre le problème de l'accès pour toutes les femmes à des soins obstétricaux de qualité. Ces résultats ont montré les limites de la politique de gratuité telle que formulé au Bénin.

Selon Tinoaga Laurent OUEDRAOGO et *al* 2013, Dans les pays les moins avancés, le risque de décès maternel est estimé à 1/10 contre 1/7300 dans les pays développés. Ce qui s'explique par les manques des conditions d'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence

(SONU). C'est pourquoi pour garantir l'accès à ces soins, les pays doivent adopter une nouvelle mode de financement qui est de généraliser le prépaiement ou la mise en commun des ressources. Cette nouvelle mode de paiement permet de réduire le taux de mortalité maternel et néonatal. Dans cette nouvelle mode, se trouve la gratuité de la césarienne. Au Bénin, le ratio de mortalité maternel est estimé en 2006 à 397 pour 100.000 naissances vivantes et celui de nouveau-né 21 décès pour 1 000 naissances, de plus chaque année 1.500 jeunes mères décèdent en couche dans le pays. En 2010 le taux national de césarienne était de 6,2% avec des disparités entre les milieux urbains et ruraux. En 2009, le taux de létalité obstétrical était 1,5% contre un niveau maximum acceptable de moins de 1%. Au regard de cette situation par décret N° 2008-730 du 22 Décembre 2008, le gouvernement béninois a institué la gratuité de la césarienne et qui a été effectif le 1er avril 2009. Elle prend en compte 43 hôpitaux publics confessionnels et privés agrées par l'Etat. L'initiative est gérée par l'Agence National de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). Un montant forfaitaire de 100.000F CFA est prévu pour la gratuité avec des kits de médicaments et consommables ont été prédéfinis également par l'ANGC. Afin d'apprécier l'effectivité de la mise en œuvre de l'initiative une étude d'évaluation a été réalisé dans l'hôpital de zone de Ouidah (HZO). En 2011 l'HZO a enregistré 1.060 accouchements dont 139 eutociques 971 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternel intra-hospitalière était de 537 pour 100.000 naissances vivantes. Une étude transversale a été menée du 1er avril 2009 au 31 mai 2012. Ce résultat affirme un taux de césarienne qui est passé de 2,38% en 2009 à 3,48% en 2011 avec une progression de 1,1%.

Selon, Tonato BAGNAN et *al* (2016), Le taux de césarienne est en inflation partout dans le monde malgré les recommandations de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) de ne pas dépasser les 15%. La fréquence des césariennes avant la gratuité était de 6% et après la gratuité 31,19%. Le taux le plus élevé se situe en Juillet 2010 avec 37,02%. Parmi les césarisées 82,12% ont entre 20 et 35 ans avec un âge moyen de 27,5 ans. Le taux de césarienne est plus élevé chez les nullipares 42,42% et chez les parturientes qui ont un niveau socioéconomique bas 54,96%. Les indications de la césarienne sont abusives dans 17,55% des cas. Les parturientes césarisées entre 20 et 35 ans et les multipares ont une indication discutable dans plus de 50% des cas. Près de 75% des césarisées à niveau socioéconomique élevé ont eu une césarienne d'indication abusive ou discutable et ces indications sont souvent des pathologies liées à la grossesse. La gratuité de la césarienne a amélioré la prise en charge des parturientes césarisées mais l'indication est souvent trop facile et rapide. Nous sommes dans un pays en

voie de développement où la majorité des accouchements se pratiquent en dehors des structures médicales, l'indication de la césarienne doit être bien réfléchie.

D'après Elhadji Mamadou MBAYE et *al*, En Afrique le taux populationnel de césarienne est resté généralement très bas à cause de la faible accessibilité financière et géographique au service obstétrical permettant ce type d'intervention. Toutefois, elle constitue un déterminant majeur de la réduction de la mortalité maternelle dans le but de respecter l'OMD 5, des efforts ont été consentis pour améliorer l'accessibilité aux services obstétricaux y compris la césarienne par certains pays Africains. Sur la base de la cartographie de la pauvreté et de la prévalence du taux de mortalité maternel, le Sénégal a démarré en Janvier 2005 l'initiative de subvention des soins de santé maternelle dans cinq régions pilote dont le coût territorial s'élève à 1.890.085.000F CFA pour le projet, l'enquête mondiale sur la surveillance maternelle et infantile réalisée entre 2004 et 2008 par l'OMS a montré un taux de césarienne de 25,7% dont 0,01% à 2,10% de césarienne sans indication médical. Au Sénégal les prévisions de césarienne ont été dépassées de 124% contre un taux idéal de 10% et 15% avec un taux moyen de 21%. Néanmoins ce taux peut atteindre 50% des accouchements dans certains hôpitaux.

Selon Christiane TSHABU AGUEMON et *al* ; La grossesse et l'accouchement qui constituent une source de joie font paradoxalement courir à la femme un risque énorme pour des faits de complications imprévisible auxquelles ils l'exposent. Chaque année plus d'un demi-million de femme dans le monde meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de 4 millions de nouveaux- nés meurent dans les 28 jours qui suivent leurs naissances. Ces décès se constatent plus en Afrique subsaharienne et en Asie australe pendant et après l'accouchement et peuvent être évitables. Les dispositions pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'usage des services permettent de traiter les complications pendant la grossesse et l'accouchement agissant ainsi sur la morbidité et la mortalité maternelle. Malheureusement, les femmes démunies sont touchées par les facteurs liés aux retards à l'accès aux soins approprié. La situation n'est guère reluisante dans les pays en voie de développement particulièrement au Bénin. Soucieux de cette situation la césarienne a été décrétée gratuite au Bénin le 1er avril 2009 par le gouvernement afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Une étude descriptive analytique à deux volets ; un volet rétrospectif de 3 ans couvrant la période avant la gratuité de la césarienne et un volet prospectif de 3 ans couvrant la période après la gratuité de la césarienne s'était agie à la CUGO du CNHU-HKM

dont 28,1% des décès étaient enregistrés dans p1 contre 28,7% dans p2 du 1er avril 2006 au 31 mars 2009 dans p1 et du 1er avril 2009 au 31 avril 2010. Le ratio de mortalité maternel était de 941,97 décès pour 100.000 naissances vivantes et de 1 304, 43 décès pour 100.000 naissances dans p2. La gratuité de la césarienne n'a pas encore permis d'avoir l'effet escompté sur la réduction de mortalité maternelle mais le pronostique néonatal a connu une amélioration.

D'après Virginie MONGBO, et *al* (2016) ; La césarienne est une intervention obstétricale majeure. Pour améliorer son accessibilité, plusieurs pays d'Afrique sub-saharienne dont le Bénin ont mise en œuvre une politique de gratuité. Au Bénin, le gouvernement a institué la gratuité en 2009. Cette politique a fait l'objet de deux évaluations qui ont porté sur le processus de sa mise en œuvre, ses effets sur le service de santé, sur la mortalité maternelle et infantile. La présente étude visait donc à décrire la césarienne dans le contexte de la gratuité au Bénin. Cette étude s'est déroulée dans les hôpitaux du niveau départemental et périphérique qui assurent les interventions de césarienne. L'Etat donne un forfait de cent mille francs (100.000F CFA) aux hôpitaux publics et confessionnels pour chaque césarienne réalisée. Il s'agit d'une étude transversale descriptive. La collecte des données s'est déroulée du 18 Décembre 2013 au 08 février 2014 dans 12 hôpitaux et ayant prise en compte la recherche et exploitation des dossiers de toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne pendant la période d'étude. Ces données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO version 3.5.1. La comparaison des proportions a été faite avec le test de X^2 de Pearson au seuil de signification de 5%. Sur les 579 césarisées et âgées de 26,5± 6,3 ans. 49,9% étaient non scolarisés 26,4% niveau primaire 23,7% Niveau secondaire et plus. Et 0,7% mauvaise. Le coût de la césarienne a été jugé abordable par 83,6% des bénéficiaires, un peu cher par 12% et trop cher par 4,4%. Le taux intra-hospitalier de césarienne de 37,6% enregistré dans l'étude est largement au-dessus du national de 7,8% en 2012 et celui recommandé par l'OMS [05 – 15%] pour minimiser le risque de morbidité et de mortalité périnatale et maternelle. Les mortalités maternelles et périnatales hospitalier dans cette étude sont faibles comparativement à d'autres études. La politique de gratuité contribue effectivement à la réduction du coût. Dans cette étude certaines préfèreraient la césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse. L'accès à cette césarienne n'est pas encore à la portée de toutes les femmes et la qualité de la césarienne reste à améliorer.

Selon Aka KE et *al* (2016) ; Le statut socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé s'expliquent par la précarité qui entraine un risque accru de morbidité. Cette précarité

agit sur les indicateurs de santé maternelle et infantile dans les pays à ressources limités. Par conséquent plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de complications au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement, ce qui peut être évité. Malgré les efforts de la communauté internationale pour réduire la mortalité maternelle de ¾ en 2015 L'objectif du milliaire pour le développement n'a pas pu être atteint. (« Les objectifs du millénaire pour le développement. Déclaration du Millénaire des Nations Unies 8 septembre 2000 A/55/L.2). En raison de la crise militaire et politique qu'a connu la Côte-D'ivoire de 2002 à 2010 on assiste à une désorganisation du système de santé qui a maintenir la mortalité maternelle autour de 597 pour 100.000 naissances (Deuxième rapport national sur les OMD, République de Côte-d'Ivoire – 29 Août 2010). Suite à cette crise, en 2011 il a été proposé une couverture médicale publique permettant l'accès libre aux soins maternelle et infantile avant et après l'instauration de cette gratuité des soins. Une étude rétrospective analytique et comparative a été tenue dans le service de gynécologie obstétrique du centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Abidjan (côte d'Ivoire). C'est une étude qui s'étend sur une période de 16 mois avant et après l'instauration de la couverture médicale dont la 1ère période part de septembre 2009 à Avril 2011 période de soins payants à raison de 7 euros par consultations, l'hospitalisation à 10 euros, la césarienne à 150 euros et 70 euros pour l'accouchement par voie basse. Une 2ème période de Mai 2011 à décembre 2012 période de gratuité des soins ; la consultation, l'hospitalisation, la césarienne et l'accouchement par voie basse. Les indicateurs de santé maternelle et infantile étaient appréciés à partir du référentiel de l'organisation mondiale de la santé. Une hausse globale de 50% des consultations était observée. Le taux de césarienne était de 42,3% versus 41, 6% ($\lambda 2$= 93,7 ; p 0,0001) tandis que les accouchements par voie basse passaient de 58,4% à 57,7%. Le taux de mortalité était de 115 pour 1 000 naissances vivantes avec une différence non significative. Le ratio de mortalité maternelle était de 210 sur 100.000 naissances vivantes contre 126 pour 100.000 naissances vivantes ($\lambda 2$= 12,4 ; p 0,0001). En hospitalisation, la durée moyenne de séjour passait de 3 à 2 jours et le taux d'occupation des lits de 48,63% à 55,91% pour l'unité de gynécologie et de 61,5% à 87,6% pour l'unité d'obstétrique. L'accès libre aux soins a permis une amélioration des indicateurs de santé maternelle ce qui a permis la réduction du 1er retard qui selon l'OMS est la prise de décision du patient de se rendre dans un centre de santé. Le nombre de passage en moyenne chez le gynécologue est passé de 8 à 12 femmes soit une hausse de 52%. Les indicateurs de santé maternelle et néonatale ont peu varié pendant la période de gratuité des soins excepté le ratio de mortalité maternelle à cause des facteurs non financier comme individuels et institu-

tionnels influençant le nombre d'accouchement en général et la césarienne en particulier ont été identifiés selon une enquête épidémiologique transversale faite au Mali et au Sénégal (Briand et *al)* ; La gratuité des soins permettait ainsi l'accès financière aux soins comblant les besoins non couvert en soins obstétricaux et néonataux. Le taux de mortalité est resté relativement stable en raison des évacuations tardives des centres périphériques. Le ratio de mortalité maternelle a fortement baissé de 38%. En définitive la gratuité des soins obstétricaux a permis une augmentation de l'accès aux services de soins et la réduction du délai de prise en charge chirurgicale avec amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile.

Section 2 : Cadre méthodologique

La méthodologie est le chemin à suivre pour aboutir à un résultat. Ainsi dans le cadre de notre recherche nous avons adopté une méthodologie : collecte et analyse des données et la stratégie de vérification des hypothèses. Dans ce volet de notre travail, nous allons présenter les méthodes que nous avons choisies pour la collecte des informations, les méthodes d'analyse des résultats obtenus ainsi que les limites et difficultés observées dans la réalisation de ces travaux,

Paragraphe 1 : Cadre et méthode de l'étude

Dans ce paragraphe, il sera question de présenter le lieu général de l'étude, examiner la population d'étude, l'échantillon utilisé, la méthode et techniques récoltés et traitement des données et enfin les difficultés rencontrées au cours du travail.

A- Cadre de l'étude

L'étude s'est réalisée au CNHU-HKM puis précisément à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO). Cette étude couvre la période ex-anté (de 2003 à 2008 avant la gratuité de la césarienne) et ex-post (de 2012 à 2017 après gratuité de la césarienne).

1- La Clinique Universitaire de Gynécologie et d 'Obstétrique

La CUGO est la première maternité de référence du Benin. Elle assure des activités de soins médicaux, de formation et de recherche. Les activités de formation comprennent le stage pratique pour les élèves sages-femmes, les infirmiers ou infirmières, les étudiants en médecine et les médecins en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique. Les activités de recherche sont menées en collaboration avec le Centre Reproduction Humaine et Démographique (CERHUD).

2- Les infrastructures

La CUGO compte trois (03) secteurs : un secteur de consultation, un secteur technique, un secteur d'hospitalisation. Sa capacité d'accueil était de 70 lits le 21 Décembre 2004.

3- Le secteur de consultation

Le bloc de consultation comprend une salle d'information, d'éducation et de communication, une salle d'attente, une salle d'échographie, une salle de cours, une salle de vaccination, une salle de planning familial et des cabines de consultation prénatales et gynécologiques.

4- Le secteur technique

Le bloc technique comprend deux (02) salles de réception pour les urgences, trois (03) salles d'opération dont une réservée aux interventions sur les pathologies infectieuses, une salle de réveil, une salle de dilatation, une salle de diagnostic et une salle d'accouchement.

5- Le secteur d'hospitalisation

Il comprend une salle de soins intensifs et trois (03) catégories de salle d'hospitalisation.

B- Méthode de l'étude

1- Nature et période de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique et comparative. C'est une étude de type ex-anté et ex-post gratuité de la césarienne. Par définition, une étude rétrospective se base sur l'acquisition de données présentes dans les dossiers médicaux des personnes ciblées ou dans un registre de données au moment de la soumission. Il n'y a pas d'interaction directe entre l'investigateur et les personnes dont les dossiers sont ciblés par l'étude. L'études étiologiques ou analytique a pour but de chercher les causes des problèmes de santé dans les populations. Il s'agit d'analyser le rôle de facteurs susceptibles d'influencer l'incidence des problèmes de santé (en l'augmentant ou en le diminuant). Nous allons comparer le taux de mortalité maternelle avant et après gratuité de la césarienne. Qui s'étend sur une période de 12 ans. La 1ère période part de 2003 à 2008 périodes de soin payant. La 2ème période 2012 à 2017 période de gratuité de la césarienne.

2- Population de l'étude

La population de l'étude comprend toutes les femmes ayant accouchées à la CUGO du CNHU-HKM de 2003 à 2008 et de 2012 à 2017.

3- Echantillonnage

Le choix des cibles s'est effectué suivant un échantillonnage. Pour des raisons de contraintes financières de temps nous avons opté pour un tirage au sort des femmes qui ont accouché à la CUGO pendant la période d'étude.

4- Taille de l'échantillon

De la population source, sont tirés au sort des dossiers pour l'échantillonnage afin que ça soit représentatif. La formule de SCHWARTZ est utilisée pour identifier le nombre exact d'échantillon. $N= (Z_{(\infty)}{}^2 \times Pq) / i^2$ avec N : le nombre exacte d'échantillon ; Z(α) : contrainte posée par le chercheur ; α : Risque d'erreur 5% acceptable ; p : nombre de femmes pouvant être césarisé (prévalence de la césarienne) ; q= 1-p ; *i* : Intervalle de confiance (précision, stabilité de résultat 0,03 ou 0,05).

a) Taille de l'échantillon pour la première période d'étude

Soient $\mathscr{P}_1$ le nombre de femmes pouvant être césarisées, q_1 la probabilité pour qu'une femme ne soit pas césarisée, N_1 le nombre d'échantillonnage, P_1 le pas d'échantillonnage de la période ex-anté

$\mathscr{P}_1$= nombre de césarienne/nombre d'accouchement

$\mathscr{P}_1$= 1 563/3 545

q_1=1- $\mathscr{P}_1$

q_1=1-0,44 090

N_1= (1,96)² x 0,44 090x0, 5 591/0,0025

N_1= 379 accouchements

P_1= Accouchement total/Nombre d'échantillon

P_1=15 561/379

P_1=41

b) Taille de l'échantillon pour la deuxième période d'étude

Soient p_2 le nombre de femmes pouvant être césarisées, q_2 la probabilité pour qu'une femme ne soit pas césarisée, N_2 le nombre d'échantillonnage, P_2 le pas d'échantillonnage de la période ex-post

$\mathscr{P}_2$= Nombre de césarienne/Nombre d'accouchement

$\mathscr{P}_2$=1 396/2 670

q_2=1- $\mathscr{P}_2$

q_2=1-0,5228

q_2=0,4772

N_2=(1,96)²x0, 5228x0, 4 772/(0,05)²

N_2= 383,36

P $_2$=accouchement total/nombre d'échantillonnage

P $_2$=20 327/383,36

P $_2$=53

5- Critère d'inclusion

Toutes les femmes césarisées âgées de 15 à 49 ans.

6- Critère d'exclusion

Toutes les femmes non césarisées âgées de plus de 49 ans

7- Variables étudiées

a) Variables dépendantes : Mortalité maternelle, mortalité néonatale

b) Variables indépendantes : Facteurs personnels, Facteurs institutionnels et la gratuité de la césarienne (proportions de césarienne réalisées)

b.1- Variables indépendantes qualitatives

Il s'agit de : âge, présentation du fœtus et type d'accouchement.

b.2-Variables indépendantes quantitatives

Il s'agit de : parité, âge gestationnel

8- Technique de collecte de données

Des fiches de dépouillement sont utilisées pour prendre en compte les variables extraites des dossiers obstétricaux : les données sociodémographiques tel que l'âge et les données basées sur le système de ROBSON qui classe toutes les femmes en 10 catégories mutuellement exclusives formant un ensemble exhaustif (voir Annexe 1). Ces catégories reposent sur cinq caractéristiques obstétricales de base qui sont systématiquement enregistrées dans toutes les maternités : la parité (nullipare, multipare avec ou sans antécédent de césarienne) ; le début du

travail (spontané, déclenchement ou césarienne avant travail) ; l'âge gestationnel (avant terme ou à terme) ; la présentation du fœtus (céphalique, siège ou transverse) ; et le nombre de fœtus (grossesse unique ou multiple).

Les variables relatives au coût direct de la césarienne pendant la 1ère période et les variables relatives aux subventions pendant la 2ème période.

9- Outils de collecte de données

Les données nécessaires à cette étude, sont collectées à l'aide d'une combinaison d'outils de collecte de données que sont les fiches de dépouillement ou questionnaire sur dossier que nous avons remplis et une recherche documentaire centrée sur la littérature et les dossiers des femmes qui ont accouché à la CUGO. Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont appréciés à partir du référentiel de l'organisation mondiale de la santé.

10- Traitement et Analyse des données

Les données collectées sont saisies et analysées à l'aide du logiciel STATA 2015 3 et du logiciel Excel. Les résultats sont présentés sous forme de proportion. La comparaison des proportions est faite avec le test de X^2 de Pearson au seuil de signification de 5%.

Le test d'indépendance du khi-carré (l'écriture anglaise est « chi-square ») a été développé par Karl PEARSON (1857-1936).

L'expression test du khi-carré recouvre plusieurs tests statistiques, trois tests principalement :

• le test d'ajustement ou d'adéquation, qui compare globalement la distribution observée dans un échantillon statistique à une distribution théorique, celle du khi-carré.

• Le test d'indépendance du khi-carré qui permet de contrôler l'indépendance de deux caractères dans une population donnée.

• le test d'homogénéité du khi-carré qui teste si des échantillons sont issus d'une même population.

Le test qui nous intéresse ici est uniquement le test d'indépendance du khi-carré. Ce test sert à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population, lorsque ces caractères sont qualitatifs où lorsqu'un caractère est quantitatif et l'autre qualitatif, ou bien encore lorsque les deux caractères sont quantitatifs mais que les valeurs ont été regroupées. À noter que ce test permet de contrôler l'existence d'une dépendance mais en aucun cas le sens de cette dépendance (sauf dans certains cas particuliers où l'existence d'une relation implique une causalité univoque comme dans l'exemple ci-après où la période

d'accouchement peut avoir une influence sur le choix du type d'accouchement mais où il est impossible que le choix du type d'accouchement ait une influence sur la période d'accouchement). À noter enfin que les différents tests du khi-carré ne doivent pas être confondus avec la distribution théorique du khi-carré, dont les valeurs tabulées servent seulement à valider ces différents tests.

Voyons comment ce test peut être utilisé dans le cas d'une distribution à deux caractères. Le premier caractère, désigné par *X*, pourra être un caractère quantitatif ou qualitatif, comprenant des catégories (ou des classes) (issues généralement d'un regroupement des valeurs d'un caractère quantitatif ou des modalités d'un caractère non quantitatif). On aura ainsi les classes

Catégorie du caractère Y

Catégorie du caractère X	B_1	B_2	...	B_j	…	B_C	Total
A_1	n_{12}			n_{2j}		n_{1C}	
A_2	n_{21}						
. . .							
A_i	n_{i1}			n_{ij}		n_{iC}	L_i
. . .							
A_L	n_{L1}			n_{Lj}			
Total				C_j			N

A1, …, A*L* Le second caractère, désigné par *Y*, pourra être un caractère quantitatif ou qualitatif, comprenant des catégories (ou des classes) (issues généralement d'un regroupement des valeurs d'un caractère. Où *ni,j* représente l'effectif qui appartient simultanément à la catégorie *Ai* de la dimension *X* et à la catégorie *Bj* de la dimension *Y*. *Li* représente la somme des effectifs appartenant à la catégorie *Ai* de la dimension X. C'est donc une distribution conditionnelle. *Cj* représente la somme des effectifs de la catégorie Bj. C'est donc aussi une distribution conditionnelle.

Pour cela on doit calculer l'expression suivante, que nous appellerons, faute d'une expression plus appropriée, le « khi-carré calculé » :

$$x^2_{calculé} = \sum_{i=1}^{i} \cdot \sum_{j=1}^{t} \frac{(nij - eij)^2}{eij} \text{ avec } \quad e_{ij} = \frac{L_i C_j}{n} = \frac{C_j L_i}{n}$$

Une fois que l'on connaît le khi-carré calculé, il reste à le comparer avec la valeur khi-carré issue de la distribution du khi-carré

Pour trouver cette valeur dans le tableau, nous devons prendre en compte deux informations supplémentaires :

• Le nombre de « degrés de liberté » qui se calcule ainsi :

Degrés de liberté = {(Nb de catégories [ou modalités ou valeurs] de X) – 1} x {(Nb de catégories [ou modalités ou valeurs] de Y) – 1} • Ensuite, nous devons choisir la probabilité de fiabilité du test : 5% de chances de se tromper, 1% ou 1 pour 1.000. Nous allons choisir 5%, soit P = 0,05.

Il nous reste maintenant à comparer le khi carré théorique issu de la table avec le khi-carré calculé :

$$x^2_{0,05} < x^2_{calculé}$$

La règle est la suivante :

• Si le khi-carré calculé est inférieur au khi-carré théorique : indépendance

• Si le khi-carré calculé est supérieur au khi-carré théorique : dépendance

www.economie-cours.fr

Etant donné que le chi-carré calculé est supérieur au khi carré théorique, nous pouvons conclure que la période d'accouchement a une influence sur le choix du type d'accouchement. Notre observation initiale sur la base de l'échantillon est donc probablement vraie à l'extérieur de l'échantillon (avec cependant 5% de chances de nous tromper).

Notre démarche de vérification des hypothèses varie selon les objectifs spécifiques poursuivis. Pour que la première hypothèse soit validée, il faut que le taux de césarienne courant gratuite de césarienne soit supérieur à celui de la période Ex -ante et respecte la norme proposée par l'OMS (10% à 15%) Quant à la deuxième hypothèse, elle sera validée si Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale respect les normes de référence de OMS

Paragraphe 2 : Données de l'étude

Les données de cette étude sont des données primaires et secondaires ou courantes collectées dans les rapports et base de données (INSAE, OMS, ANGC, Unités Statistique du CNHU CUGO).

A- Données primaires

Cette partie est basée sur l'entretien avec les personnes ressources telles que : la surveillante de l'unité statistique de la CUGO, la maitresse sage-femme de la néonatalogie, l'archiviste de la CUGO.

B- Données secondaires

Les données secondaires se fondent sur une recherche documentaire centrée sur la littérature et les dossiers des femmes tels que : les registres d'accouchement, Le dossiers des femmes qui ont accouché à la CUGO. L'utilisation des documents traitant des politiques de gratuité des soins de santé sur le net ont été répertoriés et lus durant tout le processus de recherche.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats issus du traitement statistique effectué sur la base des données collectées dans les registres d'accouchements, dossiers des femmes qui ont accouchés à la CUGO/ CNHU ainsi que de l'unité statistiques CCGS. A la suite la vérification des hypothèses de l'étude et quelques suggestions pour améliorer l'efficacité de la politique de gratuité de la césarienne (PGC) afin de contribuer à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale au Bénin.

Section 1 : Présentation des données et analyse des résultats

Paragraphe 1 : Présentation des données collectées

A- Présentation des données collectées relatives au problème spécifique 1

Pour pouvoir apprécier l'accessibilité de la gratuite de la césarienne à toutes les parturientes qui en nécessitent nous nous sommes évertués à connaitre : La prévalence de la césarienne avant et après gratuité tout en considérant l'âge des parturientes, la parité, l'âge gestationnel, la présentation du fœtus et la répartition des césarisées selon la classification de Robson. Cette classification permettra de faire ressortir les parturientes qui devraient être les réels bénéficiaires. Enfin une comparaison des proportions ex anté et ex post gratuité sera faite et un test d'indépendance de khi 2 permettra de valider l'hypothèse 1. Tout ceci a été synthétisé dans six (6) tableaux présentés ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des accouchements selon la prévalence de la césarienne avant et après gratuité de la césarienne

	Ex-Anté		**Ex-Post**				
Accouchement	Effectif	Fréquence en %	Effectif	Fréquence en %	Ecart (n%)	x^2	p-value
Césarisées	117	30,87	217	57,87	100 (27)	0,88	0,02
Non césarisées	262	69,13	158	42,13	-104 (-27)	0,88	0,02
TOTAL	379	100	375	100	-	-	-

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

De ce tableau, on constate que la césarienne était à 30,87% pendant la période ex-anté contre 57,87% pour la période ex-post (x^2=0,88 ; p-value=0,02). Les non césarisées passaient de 69,13% à 42,13%. On conclure que la proportion des femmes césarisées a connu un pic pen-

dant la gratuité tandis que la proportion des femmes non césarisées a chuté. Ce qui suppose que les femmes ont accès à la césarienne après gratuité.

Tableau 2: Répartition des accouchements selon l'âge des patientes

	Non césarisées				**Césarisées**			
	Ex-anté		Ex-post		Ex-anté		Ex-post	
Age	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %
15-19ans	17	6,49	10	6,33	5	4,39	13	6,10
20-24ans	60	22,90	35	22,15	16	14,04	47	22,07
25-29ans	78	29,77	50	31,65	44	38,60	55	25,82
30-34ans	70	26,72	41	25,95	34	29,82	59	27,70
35-49ans	37	14,12	22	13,92	15	13,16	39	18,31
TOTAL	262	100	158	100	114	100	213	100

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

D'après ce tableau, on constate que les parturientes âgées de 25 à 29 ans ont été plus césarisées pendant que celle âgées de 30 à 34 ans ont plus bénéficié de la gratuité. Parmi les non césarisées seul les femmes âgées de 25 à 29 ont une fréquence élevée durant les deux périodes. On en déduire que ce sont les parturientes âgées de 25 à 34 ans qui ont le plus besoin de l'indication d'une césarienne dans cette étude.

NB : parmi les césarisées nous avons des patientes qui ne sont pas incluses dans l'étude, une âgé de 14ans et une autre de 50ans**.**

Tableau 3: Répartition des accouchements selon la parité des patientes

	Non césarisées				**Césarisées**			
	Ex-anté		Ex-post		Ex-anté		Ex-post	
Parité	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %
Nullipares	97	37,60	42	26,58	47	40,52	72	33,80
Primipares	66	25,58	40	25,32	29	25	44	20,66

Multi-pares	95	36,82	76	48,10	40	34,48	97	45,54
TOTAL	258	100	158	100	116	100	213	100

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

A partir du tableau 3, la fréquence des nullipares non césarisées est de 37,60% ex-anté contre 26,58% ex-post et celle des césarisées de 40,52% ex-anté versus 33,80% ex-post tandis que la fréquence des multipares non césarisées est de 36,82 ex-anté contre 48,10% ex-post et 34,48% ex-anté contre 45,54% ex-post pour les césarisées. Ainsi la variation des nullipares pour les deux (02) types d'accouchements reste successivement négative (-10,72% ; -67,2%) et celle des multipares reste positive soit (11,28% ; 11,06%). On en déduire que ce sont les multipares qui ont plus bénéficié de la PGC dans notre étude.

Tableau 4: Répartition des parturientes césarisées selon l'âge gestationnel.

	Césarisées			
	Ex-anté		Ex-post	
Age gestation-nel (Semaine)	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %
≥37 SA	84	72,41	122	57,01
< 37 SA	29	25	60	28,04
Imprécis	3	2,59	32	14,95
TOTAL	116	100	214	100

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

Ce tableau montre que 72,41% des femmes césarisées avant la gratuité ont un âge gestationnel ≥37 semaines d'accouchement contre 57,01% après gratuité. Et 25% des césarisées avant gratuité ont un âge gestationnel < 37 SA contre 28,04% après la PGC. Celle dont l'âge gestationnel est imprécis est 2,59% avant gratuité contre 14,95% après gratuité. Il faut noter que la PGC n'est favorable que pour les parturientes césarisées dont l'âge gestationnel est imprécis et < 37 SA représentant ainsi la minorité des césarisées dans cette étude.

Tableau 5: Répartition des césariennes selon la présentation du fœtus

	Césariennes			
	Ex-anté		Ex-post	
Présentation du fœtus	Effectif	Fréquence %	Effectif	Fréquence %
Céphalique	106	92,98	204	96,23
Présentation de siège	7	6,14	6	2,83
Oblique ou transverse	1	0,88	2	0,94
TOTAL	114	100	212	100

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

Le tableau 5 présente la fréquence des césarisées avant et après gratuité selon la présentation du fœtus. La présentation céphalique est de 92,98% ex-anté et 96,23% ex-post soit une augmentation de 3,25% après la PGC. La présentation de siège est 6,14% ex-anté et 2,83% ex-post. La présentation oblique ou transverse est de 0,88% ex-anté et 0,94% ex-post. On retient que les parturientes ayant une présentation céphalique et transverse du fœtus ont connu une augmentation, ce qui prouve que la politique à une influence sur ces indications de césarienne.

Tableau 6: Répartition des césarisées selon les dix groupes de la classification de Robson

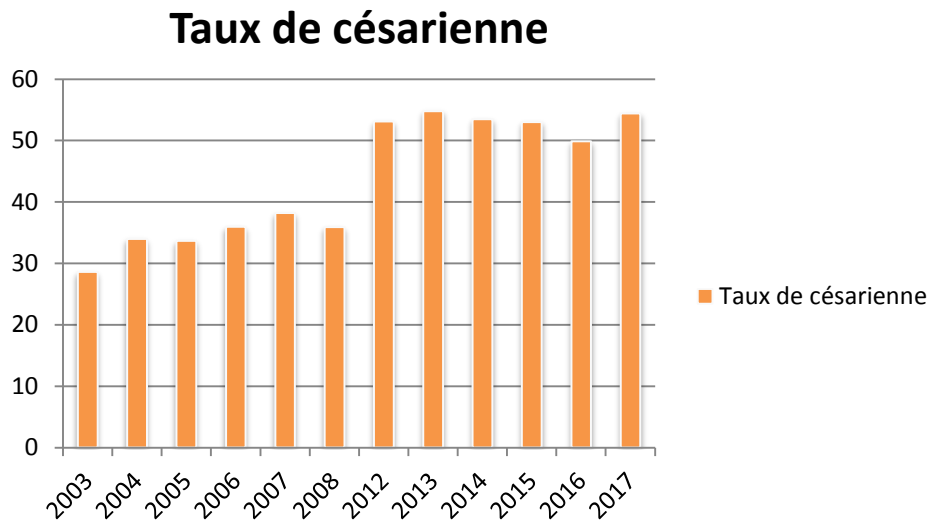
	Ex-Anté		Ex-Post	
Groupe	**Effectif**	**Fréquence en %**	**Effectif**	**Fréquence en %**
1	23	19,69	41	19,34
2	9	7,69	13	6,13
3	14	11,97	14	6,60
4	7	5,98	16	7,55
5	31	26,50	57	26,89
6	3	2,56	2	0,94
7	3	2,56	1	0,47
8	0	0	5	2,39
9	1	0,85	0	0
10	7	5,98	14	6,60
Ne respecte pas Robson	19	16,24	49	23,11

TOTAL	**117**	**100**	**212**	**100**

Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir des registres d'accouchements de la CUGO/CNHU

A la lecture du tableau 6 on constate que c'est seulement 16,24% des parturientes césarisées qui ne respecte pas la classification de Robson avant l'intervention de la politique alors que 23,11% des césarisées après gratuité ne respecte pas Robson. On conclure que ces césariennes non justifiées représentent le pourcentage des free Reader dans le rang des parturientes césarisées pendant la PGC.

Graphique 1 : Evolution du taux de césarienne à la CUGO du CNHU-HKM selon les deux périodes d'étude



Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir de l'unité statistiques CCGS

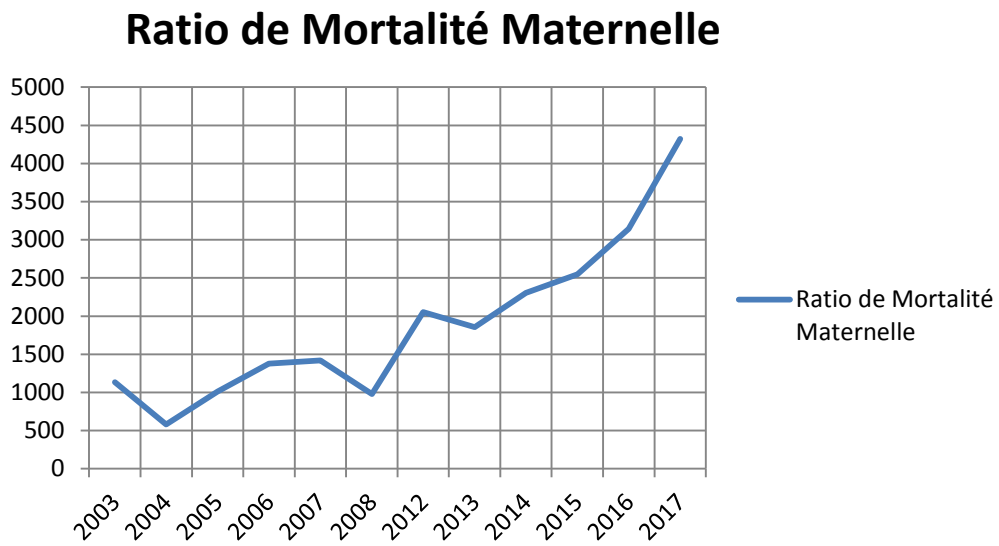
Ce graphique montre que de 2003 à 2007, le taux de césarienne a augmenté de 28,60% à 38,20% et a chuté de 2007 à 2008 à 35,91% au cours de la période payante. Pendant la période de la gratuité, il passe de 53,08% en 2012 à 54,78% en 2013 et baisse à 49,87% en 2016, enfin remonte à 54,42% en 2017. De ceci on retient que le taux de césarienne a connu une augmentation après la politique de gratuité. Ce qui prouve que la césarienne gratuite est accessible aux parturientes.

B- Présentation des données collectées relatives au problème spécifique 2

Pour déterminer la contribution de la gratuité de la césarienne à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale une observation sera faite sur l'évolution du taux de mortali-

té maternelle et néonatale hospitalier à l'aide de deux (02) graphiques, suivi d'une comparaison du taux de la période Ex- Anté et Ex- Post.

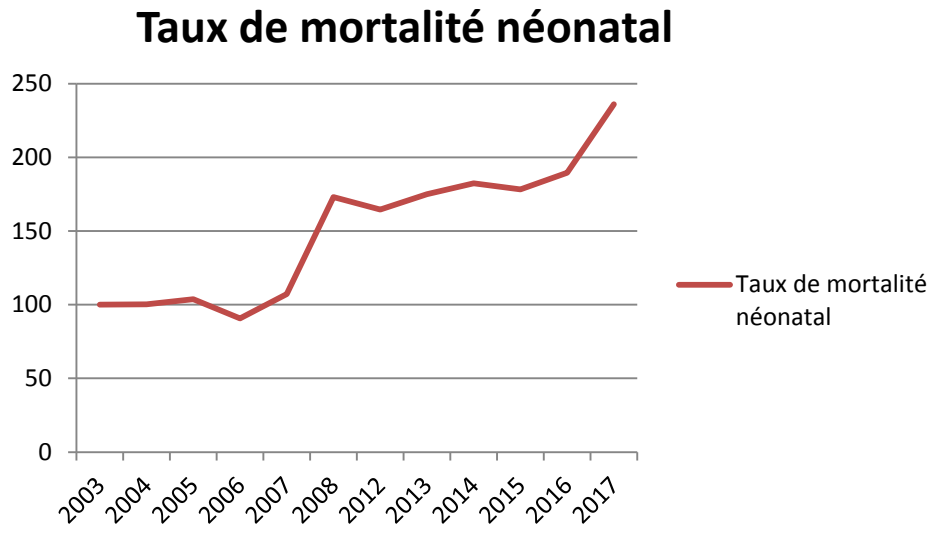
Graphique 2: Evolution du ratio de mortalité maternel avant et après gratuité de la césarienne à la CUGO du CNHU-HKM.



Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir de l'unité statistiques CCGS

Le ratio de mortalité maternel (MMRatio) durant la période avant gratuité, est passé de 1133,36 pour 100.000 naissances vivantes en 2003 à 582,52 pour 100.000 naissances vivantes en 2004 puis augmente à 1012,97 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 à 1421,19 pour 100 000 naissances vivantes en 2007 et baisse à 979,19 en 2008. En 2012, le ratio de mortalité maternel était à 2050,88 pour 100.000 naissances vivantes et baisse à 1857,59 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 puis remonte à 2304,55 pour 100.000 naissances vivantes en 2014 jusqu'en 2017 à 4323,87 pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de gratuité de la césarienne. On peut affirmer que les ratios de mortalité maternelle pendant la période payante sont restés en baisse. Par contre durant la gratuité de la césarienne, le MMRatio est élevé.

Graphique 3: Evolution du taux de mortalité néonatale avant et après gratuité de la césarienne à la CUGO du CNHU-HKM



Source : réalisé par les auteurs (2019) à partir de l'unité statistiques CCGS

Le graphique 3 montre qu'avant l'intervention de la politique a gratuité, le taux de mortalité néonatale est passé de 100,11 en 2003 à 103,73 en 2005 pour 1.000 naissances vivantes et baisse à 90,68 en 2006 pour 1.000 naissances vivantes, ensuite augmente à 107,24 en 2007 jusqu'à 172,99 en 2008 pour 1.000 naissances vivantes. Alors qu'après la gratuité de la césarienne, le taux de mortalité néonatale passe à 164,59 en 2012 à 182,32 en 2014 pour 1.000 naissances vivantes puis baisse à 178,26 en 2015 pour 1.000 naissances vivantes et grimpe à 189,52 en 2016 à 236,11 en 2017 pour 1.000 naissances vivantes. On retient que le taux de mortalité néonatale ne s'est amélioré après la gratuité de césarienne car il a connu un pic.

Paragraphe 2 : analyse des résultats

A- Vérification de l'hypothèse spécifique 1

Les analyses statistiques et économétriques effectués dans cette étude montrent que la politique de gratuité de la césarienne a facilité l'accès à la césarienne pour les parturientes. Trois ans après le lancement du programme de gratuité, le taux de césarienne est passé de 30,87%(x^2=0,88 ; p-value=0,02) pendant la période ex-anté contre 57,87% (x^2=0,88 ; p-value=0,02) ex-post. Cet accroissement pourrait s'expliquer par le fait que la gratuité de la césarienne assure une disponibilité des kits permettant à toute parturiente dans le besoin d'en bénéficier. Ce constat a été fait également au Sénégal où le taux de césarienne a connu un accroissement de 1,4% passant de 4,2% à 5,6% Ngom Pm, Cisse Ct et *al* Epidemiology and

prognosis of caesarean section in university of Dakar. Dakar med 2004 ; 49 ; (2):116-20. Dans une étude KE Aka et *al* 02/08/2016, le taux de césarienne était de 42,3% versus 41, 6% ($\lambda 2$= 93,7 ; p 0,0001) tandis que les accouchements par voie basse passaient de 58,4% à 57,7%. La baisse du taux des accouchements non césarisés qui passe de 69,13% ex-anté à 42,13% ex-post dans notre étude, démontre que la politique de gratuité donne la priorité aux parturientes de se faire césarisées en temps utile. Ce qui prouve que la barrière financière a été levée. L'âge moyen est de 29,5 ans avec des extrêmes entre 15 ans et 49 ans. La prédominance des parturientes césarisées est dans la tranche d'âge entre 25 et 34 ans (53,52%). Cette moyenne d'âge est proche de celle du Ghana qui est de 28 ans (Penfold S, et *al* Evaluation of the delivery fee exemption policy). Cet intervalle d'âge correspond bien aux tranches d'âge de fécondité maximale. Les multipares bénéficient plus de la PGC dans notre étude. Tonato Bagnan J. A et *al* (2016), confirme que les multipares ont une indication discutable dans plus de 50% des cas. D'après la classification de Robson modifiée certaines césariennes non justifiées représente le pourcentage (23,11%) des free Reader dans le rang des parturientes césarisées pendant la PGC.

Partant donc de ces résultats, la première hypothèse peut être validée. Cette hypothèse H1 qui stipule que « *la césarienne gratuite est accessible à toutes les parturientes qui en nécessitent.* »

B- Vérification de l'hypothèse spécifique 2

De même à l'issu de l'analyse des résultats de l'évolution du ratio de mortalité maternel et du taux de mortalité néonatal on est parvenu à ce que la politique de la gratuité n'a pas permis d'atteindre un taux escompter pour pouvoir réduire la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre de cette étude. Avant gratuité de la césarienne le ratio de mortalité maternel baisse à 979,19 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2008 et augmente en 2017 à 4323,87 décès pour 100.000 naissances vivantes au cours de la période de gratuité de la césarienne. Selon Tshabu Aguemon Christiane et *al* « *étude des décès maternel 3 ans avant et 3 ans après la gratuité de la césarienne en milieu hospitalier universitaire au Bénin* », le ratio de mortalité maternel était de 941,97 décès pour 100.000 naissances vivantes et de 1 304, 43 décès pour 100.000 naissances dans p2. La gratuité de la césarienne n'a pas encore permis d'avoir l'effet escompté sur la réduction de mortalité maternelle mais le pronostique néonatal a connu une amélioration.

Ensuite le taux de mortalité néonatale était de 172,99 en 2008 pour 1.000 naissances vivantes avant la PGC et de 236,11 en 2017 pour 1.000 naissances vivantes après gratuité de la césarienne. Ce qui suppose que la gratuité de la césarienne n'a pas permis de réduire le taux de mortalité néonatale dans cette étude.

Partant de ces démonstrations on retient donc en général que la gratuité de la césarienne ne peut à elle seul réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale. Ce qui ne permet pas de valider la seconde hypothèse H2 qui affirme que : « *L'accès à la césarienne gratuite contribue à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale.* »

Section 2 : Approche de solutions et recommandations à l'endroit des acteurs

L'étude réalisée sur l'effet de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle et néonatale à la CUGO/CNHU a donné l'opportunité de répertorier quelques

Paragraphe 1 : Approche de solutions

A- Approche de solution liée au problème spécifique 1

La mise en place d'une politique de gratuité des consultations prénatales pour optimiser les dépenses pouvait être les bienvenues afin d'éviter les risques de complications qui entraînerait l'indication d'urgence de la césarienne.

La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin tout en adoptant le système de classification de Robson.

B- Approche de solution liée au problème spécifique 2

Sensibiliser les adolescentes âgées de 15 à 19 ans à éviter les grossesses précoce cas les complications de la grossesse et de l'accouchement constitue la cause principale de leur décès.

Eviter les césariennes de convenance.

Bien suivre les femmes enceintes dès le début de la grossesse afin de réduire le taux de césarienne d'urgence hospitalier pouvant entrainer les risques de décès maternel et néonatal. Cas la suivie du nouveau-né dépends de celle de sa mère.

Eviter les effets de la césarienne sur d'autres issu telle que : la mortinatalité, la morbidité et périnatal

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des acteurs

A- Recommandation à l'endroit de l'Etat et des prestataires

Augmenter les taux de césarienne pour atteindre un niveau optimum (autour de 10%) pour toutes les femmes est un objectif certes important de nos gouvernants, mais des programmes d'amélioration de la qualité de la césarienne devraient accompagner ces politiques si les pays ne veulent pas être confrontés à une augmentation excessive des césariennes avec les risques économiques et sanitaires associés. En plus des audits des décès maternels ou réunion de morbi-mortalité qui ont fait leur preuve dans l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers, l'audit clinique des césariennes devrait permettre de rationaliser ses indications et d'améliorer la pratique clinique par un système d'appréciation de la pertinence et de l'opportunité des césariennes réalisées dans les hôpitaux du Bénin.

Prendre en compte le troisième délai dans la politique de gratuité de la césarienne afin de motiver les prestataires à donner le meilleur d'eux même.

B- Recommandation à l'endroit des femmes qui ont accouché.

Il est demandé à toutes les femmes enceinte de fréquenter les services gynécologique et obstétrique tout au début de la grossesse afin d'éviter les risques liés aux complications.

Suivre le conseil des prestataires pour faciliter les conceptions prochaines dans de meilleures conditions.

Respecter le temps d'espacement des naissances en rapport aux femmes à utérus cicatriciel afin d'éviter les surinfections.

CONCLUSION

Au total, nous retenons que de 2012 à 2017 la moyenne du taux de césarienne est de 53,10% et engendre l'élévation du taux de la mortalité maternelle à une moyenne de 2704,38 décès pour 100.000 naissances vivantes et celle néonatale à une moyenne de 187,62 décès pour 1.000 naissances vivantes. De tout ce qui précède, cette étude nous a permis de retenir que la gratuité de césarienne peut et doit connaître une amélioration. C'est une contrainte afin d'éviter le taux de mortalité maternelle et néonatale qui ne cessent de s'accroitre à un rythme exponentiel de nos jours. Certes la gratuité de la césarienne a permis de briser la barrière financière qui donne accès à la césarienne à la couche vulnérable, ce qui permet de régler le premier retard qui selon l'OMS. Mais n'a pas faire réduire les taux de mortalité. Notre atout, est de réduire l'inflation des césariennes abusives qui sont néfaste pour la santé de la mère et de son nouveau-né.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Global Mondiale de la Santé al regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scerio-based projections to 2030: a systematic anasis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Alkemal, chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB Gemmill A, et al Lancet 2016 ; 387 (10017);462-74.

Gynécologie Obstétrique ;Concilio - Gynécologie obstétrique

.(https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/etudes-cliniques/dossier-de-soumission/projet-academique-6

https://www.univ-sba.dz/fmed/images/Etude%20Analytiques.pdf « Etude Analytiques Pr .M.TALEB »

Institue Nationale de la Statistique (INSAE) Bénin enquête démographique et de santé EDSB III 2006 Cotonou.

J Ye , J Zhang , R Mikolajczyk , MR Torloni AM Gülmezoglu , et AP Betran. 2016 avril, « *Association entre les taux de césarienne et la mortalité maternelle et néonatale au XXIe siècle: une étude écologique mondiale basée sur la population avec des données longitudinales » BJOG* ; 123 (5): 745–753 ; doi: 10.1111 / 1471-0528.13592 Publié en ligne le 24 août 2015 ;PMCID: PMC5014131 ;PMID: 26331389. Informations sur l' auteur Notes sur l' article Informations sur le droit d'auteur et sur la licence Cet article a été cité par d' autres articles dans PMC.

Ke Aka , Ga Horo, Abd Koffi, A. Fomba , M. Kone (02/08/2016) « *Politique de gratuité des soins obstétricaux et indicateurs de santé maternelle et infantile »* : Résultats et impact dans une maternité de niveau tertiaire à Abidjan (Côte d'Ivoire) » ; Research fr ; 3 15551 DOI // dx . doiorg/ 10.130/rs fr . 3. 1551.

Le Saviez-Vous ? ; https://www.concilio.com/gynecologie-obstetrique).

Mémoire « *les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique: cas du bénin »par* Apollinaire Tollegbe Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) - Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie 2004

Mortalité Maternelle (OMS 2018) www.who.int page d'accueil. Centre des médias principaux repère détail.

NGOM PM, CISSE CT, CISSE ML, FAYEN EO, MOREAU JC. Epidemiology and prognosis of caesarean section in university of Dakar. Dakar med 2004; 49; (2):116-20

OMS (1999), *« Réduire la mortalité maternelle »* in Déclaration

OMS, (2014) « *La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin* » Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Courriel: reproductivehealth@who.int www.who.int/reproductivehealth.

OMS et UNICEF ‟ Building a future for women and children‟: the 2012 report.

OMS ‟ Maternal Mortality Fact Sheet‟ Novembre 2010

OMS ‟Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents‟ consulté le 13 Mars 2012.

PENFOLD S, HARRISSON E, BELL J, FITZMAURICE A. Evaluation of the delivery fee exemption policy en Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. Ghana medical journal 2007 ; 41 (3) : 100-9

Richard F, C OUEDRAOGO, De Brouwere V (2008) Césarienne de qualité à Ouagadougou, Burkina Faso : une approche globale. Int J Gynaecol Obstet 103: 283–90.

Richard f, wetter s, de brouwere v. innovative approches to reducing financial barries to obstetric care in low-incomu countries. American journal of public Health 2010, 10 ; mondiale de la santé 1845-52.

RONSMANS C, HOLTZ S, STANTON C (2006) Différences socioéconomiques des taux de césariennes dans les pays en développement : une analyse rétrospective. Lancet 368 : 1516-1523.

STANTON CK, HOLTZ SA (2006) Niveaux et tendances de la césarienne dans les pays en développement. Stud Fam Plann 37: 41–8.

Tonato BAGNAN J. A, HOUNKPATIN B, HOUKPONNOU Ahouingnan F, TOURE N, Lokossou A, Perrin R. X. (2016), *« Impact de la gratuite sur la pratique de la césarienne a l'hôpital de zone de Suru-lere Cotonou Benin »* Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin; N° 024; 94-97

Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. Plos one. 2011;6(1): e14566.

UNICEF: ‟ committing to child survival, A promise Rene wed ‟ September 2012.

Virginie MONGBO, isabelle GODIN, Céline MAHIEU, Edgard MARIUS OUENDO et Laurent OUEDRAOGO **(**2016) *« La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin »* Sante publique N°3 VOL : 28 ; PP : 399-407.

Xavier KINENKINDA, Olivier Mukuku, & Faustin Chenge, Prosper Kakudji, Peter Banzulu, Jean-Baptiste Kakoma et Justin KIZONDE *« Césarienne à Lubumbashi, République*

Démocratique du Congo I: fréquence, indications et mortalité maternelle et périnatale » ; *The Pan_African Medical Journal* ; 27.72 ,DOI : 10.11604/pamj.

Who Monitoring Emergency Obstetric care; a hand book 2009 16LP http//ww who int/ iris/ Hardl/10665/4447.

Www. Every woman every child . orga

ANNEXES

Annexes 1 : Fiche de dépouillement

FICHE DE DEPOUILLEMENT

1- Données socio- démographiques

Q1- Dossier n° : / ……/
Q2- Age/……../ en année :
Q3- Situation matrimoniale/ ……/(veuve ,Marie, divorcé, célibataire et autres)
Q4 -Niveau de scolarité (primaire, secondaire, supérieur, non alphabétisé)
Q5-Profession (Ménagère, élève, aide-ménagère, vendeuse)

2- Données par rapport à la référence /Evacuation

Q1- provenance :
Q2- Motifs de référence / évacuation

Hémorragie		Placenta preavia	
DFP		HRP	
Dilatation stationnaire		Eclampsie	
Providence du cordon		Pré-Rupture	
Utérus cicatricielle		SFA	
Présentation vicieuse		Rupture Utérine	

Q3- Mode d'admission:/ 1- Evacuation 2-Référence 3- Venue d'elle-même
Q4- Prise en charge Niveau CSCOM avant la référence/Evacuation/ Voie veineuse
1- OUI 2- NON

3- Antécédents

Q1- Obstétrico		**Q2- Chirurgico**	
Gestité		Césarienne	
Parité		Laparotomie	
		Aucun	

4- Prise en charge au niveau de la CUGO

Q1 : indication de l'intervention

Age gestationnelle	≥ 37 semaines ; <37 semaines	position transverse	
rupture utérine		bassin rétrécie	
placenta preavia		présentation du frond	
HRP		présentation de face en mento sacré	
Eclampsie		Dilatation stationnaire	
SFA		Procidence du cordon	
Pré rupture		bassin Limite	
		Autres	

5- Résultat

A- Etat du Nouveau-né /……/	**B- Etat de la mère /……./**
1- vivant 2- Mort-né frais 3- Mort-né macéré	1-Vivante 2- décédée

6- A la sortie

A- Mère

Q1- durée d'hospitalisation en jour/……/
Q2- Post césarienne /……../ 1- Simple ; 2-Décès
Q3 : Si décès causes/……../1- Eclampsie ; 2- Hémorragie ; 3- Infection post opératoire ; 4- Anémie

B- Nouveau-né

Q1= Etat/……/ 1-Vivant ; 2- décédé
Q2= Si décès, cause /……../ 1- Détresse respiratoire ; 2- Infection ; 3- Indéterminé

Annexe 2 : décret de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne

Présidence de la République du Bénin. Décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008, portant institution de la gratuité de la Césarienne au Bénin.

Présidence de la République du Bénin. 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 (ANGC).

Annexe 3 : Données recueillir à l'unité statistique

CNHU-HKM COTONOU
ACTIVITES DE LA CUGO
2003 à 2018

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ACCHts EUTOCIQUES	1568	1268	1384	1303	1272	865	1092	1006	812	760	736	810	879	992	763	989
ACCHts DYSTOCIQUES	1341	1316	1191	1207	1160	1686	2453	2742	2575	2961	2630	2741	2880	2447	1758	1681
TOTAL ACCOUCHEMENTS	2909	2584	2575	2510	2432	2551	3545	3748	3387	3721	3366	3551	3759	3439	2521	2670
NAISSANCES VIVANTES	2647	2575	2468	2393	2322	2451	3342	3461	3241	3852	3230	3428	3652	3150	2359	2484
MORTS-NES (1)	141	94	117	117	130	147	279	365	240	271	280	313	346	416	274	299
TOTAL DES NAISSANCES	2788	2669	2585	2510	2452	2598	3621	3826	3146	3852	3510	3741	3998	3566	2633	2783
AVORTEMENTS	200	159	155	114	109	64	317	210	247	250	215	79	200	188	143	161
DECES MATERNELS	30	15	25	33	33	24	79	87	66	79	60	79	93	99	102	85
DECES/ENF.< 7 JOURS (2)	124	164	139	100	119	277	197	240	429	363	285	312	305	181	283	194
(1)+(2)= (MORTS-NES + DECES/ENF.< 7 JOURS)	265	258	256	217	249	424	476	605	669	634	565	625	651	597	557	493
PERFUSION D'OCYTOCIQUE	305	305	305	305	184	695	779	1125	887	929	760	827	851	684	364	258
CESARIENNES	832	878	867	902	929	916	1563	1658	1652	1975	1844	1898	1993	1715	1372	1396
FORCEPS	44	29	13	18	36	48	63	77	38	46	20	0	0	0	6	4
VENTOUSE	0	0	0	0	0	0	16	18	2	0	0	0	0	0	0	9
AUTRES Accht Dysto.	4	0	0	2	11	27	26	30	14	9	6	5	0	23	16	14
ENF.NES VIVANTS/ POIDS<2500g	233	282	315	321	354	406	572	567	578	638	670	1050	1305	1076	672	792
PARTURIENTES EVACUEES RECUES	645	653	621	679	727	793	1570	1866	1579	1844	2037	2369	1888	1789	1466	509

Source : Unité Statistiques/CCGS

Annexe 4 : Schéma du système de classification de Robson (2014)



Annexe 5 : Calcul du test de khi 2 de Pearson

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Vali		5	1,3	1,3	1,3
	Césarisé	210	55,6	55,6	56,9
	Non Césarisé	163	43,1	43,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

typedaccouchementE_anté

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Césarisé	115	30,4	30,4	30,4
	Non Césarisé	263	69,6	69,6	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

tab Typedaccouche-mentE_post typedaccou-chementE_ant,	chi2	
Type type d'accouchement		
d'accoucheme E_anté		
nt E_post Césarisé Non Cés.. Total		
Césarisé 63 147 210		
Non Césarisé 50 113 163		
Total 113 260 373		
Pearson chi2(1) = 0.0198 Pr = 0.888		