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

THEME :

ANALYSE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE AU BENIN : cas de l'Hôpital de Zone de Ouidah

Réalisé par :

Marcellin ASSOGBA & **Esther K. HOUNGBASSE**

Sous la Direction de :

Dr Gbodja. Hilaire HOUENINVO

Enseignant-Chercheur à la FASEG/UAC

Soutenu le 21 Janvier 2021 devant le Jury composé de :

Président : Dr. Sosthène GNANSOUNOU

1er membre : Charles FANTO

2e membre Tanguy AGBOKPANZO

Mention : Très Bien

AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI N'ENTEND DONNER NI APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES MEMOIRES. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS.

DEDICACE 1

A:

- Mon père Moise ASSOGBA
- Ma mère Véronique NOUMOVI

Marcellin ASSOGBA

DEDICACE 2

A :

- Mon père Marcellin HOUNGBASSE
- Ma mère Cécile ADJISSE

Kpèdétin Esther HOUNGBASSE

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'a été possible que grâce à la participation active de diverses personnes auxquelles nous tenons à dire ici nos vifs remerciements.

Nos remerciements les plus sincères vont à l'endroit :

- ✓ De notre maître de mémoire, Docteur Gbodja Hilaire HOUENINVO, qui a accepté diriger ce travail malgré ses multiples occupations. Qu'il retrouve ici nos sincères reconnaissances ;
- ✓ Du professeur Denis ACCLASSATO, Doyen de la faculté des sciences Économiques et de gestion de l'Université d'Abomey –calavi ;
- ✓ Du docteur WOTO Théophile, Vice Doyen de la faculté des sciences économiques et de gestion de l'université d'Abomey calavi ;
- ✓ Le corps enseignant et le personnel administratif de la faculté des sciences économique et de gestion (FASEG) pour leur précieuse contribution à notre formation ;
- ✓ Mr le président du jury et les honorables membres du jury qui apprécieront ce travail tout en apportant leurs contributions et critiques pour son amélioration ;
- ✓ À tous nos frères et sœurs ainsi qu'à nos amis nous disons merci pour leurs soutiens.

Enfin, que toutes les personnes et autres compétentes qui dans l'ombre et au cours des discussions à bâtons rompus que nous avons eues avec elles, ont guidé notre rédaction et ont facilité l'obtention des données et des informations de l'étude trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude et nous pardonnent de n'avoir pas pu les cités nommément

LISTE DES SIGLES

ANGC : Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne

ANGS : Agence National de la Gratuité des Soins

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNHPP : Centre Hospitalier National de Pneumophtisiologie

NHU-HKMC : Centre Hospitalier National Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CS : Césarienne

CS/ZS : Comité de Santé de la Zone Sanitaire

DDS : Directeurs Départementaux de la Santé

EGSS : Économie et Gestion des Structures Sanitaires

EEZS : Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire

FASEG : Faculté des Sciences Économique et Gestion

FMI : Fond Monétaire International

HZO : Hôpital de Zone d'Ouidah

HZ-OKT : Hôpital de Zone d'Ouidah Kpomassè Torri-Bossito

INSAE : Institue Nationale de la Statistique et l'Analyse Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Bruit

PNUAD : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement

UAC : Université d'Abomey Calvi

UEMOA : Union Économique et Monétaire Ouest Africaine

ZS : Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Fiche d'identité du HZO 6

Tableau n°2 : tableau récapitulatif de l'échantillonnage 22

Tableau n^{0}3 : Descriptions des variables de l'étude 24

Tableau n°4 : Les données de l'enquête 27

Tableau n°5 : Régression logistique 29

LISTE DES GRAPHES

Graphe : Evolution d'accouchement par césarienne à l'hôpital de zone de Ouidah.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE 3

Section 1: Organisation du système national de santé au Bénin et les défis du secteur de la santé. 3

Section 2 : Présentation du HZO (description et mission principale) 6

Section 3: La situation géographique, la structure et la vision de HZO……..7

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 9

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses 9

Section 2 : Revue de la littérature et méthodologie de recherche 12

CHAPITRE III : PRESENTATIONS ET ANALYSES DES RESULTATS 26

SECTION 1 : Présentation des résultats 26

SECTION2: Validation des hypothèses, limites de l'étude et les suggestions. 31

Conclusion 32

Résumé

L'objectif de l'étude est d'étudier les déterminants de la gratuité la césarienne sur l'hôpital de zone de Ouidah. A base d'une enquête menée auprès des femmes bénéficiaires 35 au total de l'hôpital de zone de Ouidah. Nous nous sommes inspiré de la statistique descriptive, la régression linéaire simple sous les logiciels Excel et SPSS après avoir exploré les données. Nous aboutissons aux résultats dont en moyenne, 331,4 femmes ont été césarisée au cours de l'accouchement de 2009 à 2019 et l'Etat dépense environ 100 000F sur chaque femme se retrouvant dans le cas de l'accouchement par césarienne. Seule l'aggravation du cas d'accouchement donne éligibilité aux soins gratuits. Ces femmes bénéficiaires de la gratuité de la césarienne ont économisé les moyens décrétés au départ pour faire face aux soins, seul 5,4% ont affirmé compléter un sous supplémentaire aux soins reçu. Après estimation, la gratuité de l'accouchement par césarienne est significative et influence positivement la dépense en santé des bénéficiaires du fait qu'elle permet au bénéficiaire de réduire les dépenses et d'éviter de s'endetter et l'investissement de l'Etat dans la gratuité de la césarienne a une influence négative sur le soin reçu par les femmes.

Mots clés : Accouchement, gratuité de césarienne, économie

Abstract

The objective pursued throughout this research is to study the implementation of free cesarean section in the Ouidah area hospital. To achieve this objective, based on a survey of 35 women beneficiaries in total at the Ouidah zone hospital. We were inspired by descriptive statistics, simple linear regression in Excel and SPSS software after exploring the data. We find that 331.4 women were caesarized during childbirth from 2009 to 2019 and the state spends approximately 100,000F on each woman in the case of caesarean delivery. Only the aggravation of the case of childbirth gives eligibility for free care. These women beneficiaries of the free cesarean section saved the means decreed at the outset to deal with the care because only 5.4% affirmed to supplement a sub additional to the care received. After estimation, the free delivery by cesarean section is significant and positively influences the health expenditure of beneficiaries because it allows the beneficiary to reduce expenses and avoid getting into debt and the investment of the State. in the free caesarean section has a negative influence on the care received by women.

Keywords: Childbirth, free caesarean section, economy

INTRODUCTION

Pour améliorer l'accessibilité aux services de santé de la reproduction plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest y compris le Benin ont mis en œuvre des politiques et programmes pour intervenir. (Mongbo et al, 2016)

Le gouvernement béninois a institué par Décret N°2008 la gratuité de la césarienne. Après la gratuité des frais de scolarité dans les enseignements maternel et primaire, le gouvernement de la période 2006-2016, met en branle une autre mesure dès le 1er décembre prochain. Il s'agit de la gratuité de la césarienne décrétée le 1er Avril 2009. Bonne nouvelle pour tous les ménages béninois. La décision du gouvernement est donc la bienvenue. Le Bénin se situerait autour de 3,5% du taux de césarienne en 2006, ce qui est en dessous de la norme de 5%, selon le Dr Alban Quenum, directeur de la Santé familiale. Dans un entretien qu'il a accordé récemment à la presse, ce dernier s'est réjoui de ce que les futures mères et même les nouveaux papas peuvent se réjouir maintenant, puisqu'au cas où l'accouchement présenterait des complications, la mère et l'enfant seront pris en charge gratuitement. (Tchanou 2016).

Un atelier de restitution de l'analyse des coûts de la césarienne et d'autres urgences obstétricales s'est ouvert à Cotonou ce mardi 14 juin 2016. La rencontre qui réunit les acteurs de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne décrétée en Avril 2009 porte sur une étude d'évaluation réalisée entre septembre et décembre 2015. L'objectif est de relever les forces et les faiblesses de cette mesure afin d'améliorer sa mise en œuvre pour les prochaines années. Le ministre de la Santé, Dr. Alassane Séidou, a, à l'ouverture de l'atelier, insisté sur l'importance de la gratuité de la césarienne dans politique sanitaire du gouvernement :"La gratuité de la césarienne est non seulement une grande priorité pour le ministère de la Santé mais aussi un élément clé dans l'arsenal mis en place par le gouvernement (...) pour assurer une bonne santé à la population béninoise en réduisant la mortalité maternelle et néonatale". Si beaucoup de Béninois accueillent la nouvelle avec joie, certains ne manquent pas de s'interroger sur les conditions de sa mise en œuvre dans un pays où le système sanitaire et celui économique demeurent critique à tout point de vue.

Le Bénin est un pays à faible revenu dont l'économie est caractérisée par la prépondérance du secteur primaire (32,3% du PIB) et du secteur tertiaire (54% du PIB). Avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par tête d'environ 358 000 FCFA en 2010. Depuis 2001, année où le pays avait enregistré un taux de croissance de 6,2%, l'économie béninoise connaît un très net ralentissement. Au regard des prévisions faites sur la crise financière et économique mondiale, l'économie béninoise a connu une reprise haussière passant de 2,9% en 2005 à 3,80% en 2006, avec une sensible amélioration estimée à 4,5% entre 2006 et 2008. Cette performance bien qu'encourageante, reste largement en dessous de l'objectif de 7% souhaité dans l'espace de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) pour réduire durablement la pauvreté. En 2009, l'économie a enregistré des contreperformances avec les effets de crises successives et le taux de croissance s'établir à 2,7% en 2009 puis à 2,6% en 2010. La composition sectorielle de la croissance est dominée par la contribution du secteur informel (dont l'agriculture) qui représente 70% entre 1996 et 2008 contre 84% entre 1980 et 1989. L'industrie manufacturière très embryonnaire n'a qu'un apport marginal (INSAE, 2010).

La césarienne a fait l'objet de nombreuses publications en ce qui concerne uniquement sa qualité, son importance mais très peu en ce qui concerne son analyse économique. Alors nous avons porté notre intérêt sur le thème : « Analyse de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin : cas de l'hôpital de zone d' Ouidah » Ce travail s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de licence professionnel en économie et gestion des structures sanitaires (EGSS) à la faculté des sciences économique et gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC). Le présent projet de recherche, à cet effet, organisé en trois chapitres. Le premier chapitre est consacré au cadre institutionnel de l'étude. Le deuxième chapitre aborde le cadre théorique et la méthodologie de recherche. Le troisième chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Section 1 : Organisation du système national de santé au Bénin et les défis du secteur de la santé.

A. Organisation du système national de santé au bénin.

Le système de santé au Bénin à une structure pyramidale inspirée du découpage administratif. Il comporte trois niveaux différents que sont : le niveau central ou national ; le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

1) Le niveau central

Le niveau central est administré par le Ministère de la Santé qui assure la mise en œuvre de la politique sanitaire définit par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, on retrouve comme structure de soins le Centre Hospitalier National Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) qui est le centre de référence national, le Centre Hospitalier National de Pneumophtisiologie (CNHPP), le Centre Hospitalier National Universitaire de NeuroPsychiatrie (CNHNP) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL). Le CNHU a deux autres vocations qui sont la recherche et la formation.

2) Le niveau intermédiaire ou départemental

Il est administré par les Directeurs Départementaux de la Santé (DDS). Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les Hôpitaux départementaux. Les Directions Départementales de la Santé (DDS), actuellement au nombre de six pour douze départements sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) constitue le Centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zones ou par les Centres de santé.

3) Le niveau périphérique

Il représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. En effet, le territoire national est reparti en trente-quatre zones sanitaires. Chaque zone dénommée Zone Sanitaire (ZS) regroupe un certain nombre de service de santé publique de premier contact : les Centre de Santé d'Arrondissement ou de Commune. A ces infrastructures, s'ajoutent les dispensaires ou maternités isolés, les Unités Villageoises de Santé et les Centre d'Action de Solidarité pour l'Évolution de la Santé(CASES) ; toutes ces structures de soins sont appuyées par un hôpital de référence (Public ou Privé), appelé Hôpital de Zone (HZ) qui constitue le premier niveau de référence de la Zone Sanitaire (ZS). La Zone Sanitaire est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion ; elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé (MS). Ses organes de gestion sont le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). Le CS/ZS est l'organe de représentation et de décision de la politique locale de santé, conformément aux stratégies et normes nationales. Il est constitué de membres issus de différents intervenants publics ou privés dans le système (Élus locaux, Administrateurs, Agents de santé, Organisation Non Gouvernementale et Associations, etc.). L'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) est l'organe technique de coordination des activités et constitué de Médecin, Administrateurs, Comptables, Assistant Sociale, Techniciens d'Assainissement, Infirmier, Sages-femmes ayant à sa tête le Médecin Coordonnateur de Zone. La Zone Sanitaire comporte un réseau de services publics de premier contact.

B. Les défis du secteur de la santé

1) Les défis du secteur de la santé selon le Ministère de la Santé(MS)

La vision globale du Bénin contenue dans les Études Nationales de Perspectives à Long Terme: Bénin Alafia 2025 met l'accent sur le bien-être social. Le MS est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre du volet santé. Suite aux travaux des États Généraux de la Santé de 2007, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie et est la suivante :« le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de

partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois » (Issifou, 2018, p : 58).

2) Les défis du secteur de la santé selon le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement(PNUAD) 2019-2023

Le PNUAD, en se basant sur les résultats des différentes consultations et en lien avec les ODD, l'Équipe Pays des Nations Unies s'est donnée comme ambition d'œuvrer à horizon 2030 pour des « Population béninoises plus résilientes, en bon état de santé et de nutrition, mieux éduquées, bénéficiant de la protection sociale, vivant en paix, en sécurité, dans un environnement de justice et engagées pour un développement durable, participatif et inclusif »

3) Les défis du secteur de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Selon la 69ème assemblée mondiale de la santé (OMS, 2016) « les Objectifs du Millénaire pour le Développement témoignaient d'une gamme assez restreinte de résultats en matière de développement humain, au sein de laquelle il était logique de voir la santé occuper une place de premier plan. Les Objectifs de Développement Durable reflètent, en revanche, une gamme beaucoup plus vaste de préoccupations environnementales, économiques et sociétales ». L'objectif 3 relatif à la santé – Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge – est l'un des 17 objectifs énoncés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Section 2 : Présentation du HZO (description et mission principale)

Tableau n°1 : Fiche d'identité du HZO

DENOMINATION	Hôpital de Zone de Ouidah Kpomassè Torri-Bossito
SIGLE	HZ-OKT
DATE DE CREATION	2003
FORME JURIDIQUE	Administration Publique d'État
ADRESSE	B.P : 545
SIEGE SOCIAL	Ouidah
BUDGET	Budget National ; Aides financières des partenaires au développement ; Financement Communautaire
REGIME FISCAL	Droit commun
EFFECTIF	135 Agents

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues à HZO

A. La description de HZO

L'hôpital de zone d'Ouidah Kpomassè Torri-Bossito est un établissement public à caractère spécial est régit par le décret n° 90- 347 du 14 novembre 1990, portant approbation des statures des centres hospitaliers départementaux (CHD) et des formations sanitaires assimilées. Ainsi donc elle est dotée de la personnalité juridique et d'une semi autonomie. Il est demeuré de par sa situation géographique et pendant longtemps, jusqu'à la création du CHD Mono et de l'hôpital de zone de comè, le centre de référence et le département du Mono et pour une bonne partie du département de l'Atlantique. Cet hôpital regroupe 3 communes (Ouidah Kpomassè Torri-Bossito), 25 Arrondissements et 211 Villages. Il offre non seulement de meilleurs soins de santé aux populations, mais également œuvre pour la mise en place de stratégie de Lutte Anti-Vectoriel leur mise en œuvre et évaluation.

B. La mission principale du HZO

La mission de l'hôpital est de combler les attentes de la population dans la prise en charge socio-sanitaire, dans un cadre propre et attrayant sur la base d'un système intégrant les populations pauvre et indigentes. Cette mission est tirée de celle du Ministère de la santé qui conformément à l'article 1er du Décret N°2010-060 du 12 mars 2010 stipule que : «Le Ministère de la Santé a pour mission de concevoir, de mettre en œuvre et de faire le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du Gouvernement».

Section 3 : La situation géographique, la structure et la vision de HZO

A. La situation géographique de HZO

L'hôpital de zone de Ouidah (HZO) au Bénin, situé au nord-Ouest de la ville historique de Ouidah et à une quarantaine kilomètres de la capitale économique Cotonou. L'hôpital dessert la population des communes de : Ouidah Kpomassè et Torri dont la superficie est estimée à environ 931 kilomètres carrée avec une population totale estimée à 238252 habitants. La densité moyenne est de 256 hts/km2.

B. La structure de HZO

L'hôpital de zone de Ouidah comprend les infrastructures suivantes : Un bloc administratif et un bloc médico-technique comprenant un laboratoire, un service d'imagerie médical, une pharmacie, un service de pédiatrie, de médecine, de chirurgie, de maternité, d'ophtalmologie, de stomatologie, de kinésithérapie, l'anesthésie réanimation et les unités annexes permettant le bon fonctionnement de l'hôpital.

C. La vision de l'HZO

L'HZO ambitionne être une structure hospitalière capable d'offrir à chaque client des services de spécialité médical et chirurgical de qualité centrée sur les besoins de la population.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre comprend le cadre théorique et la démarche méthodologique de l'étude

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses

La présente section est consacrée à la problématique, aux objectifs ainsi qu'aux hypothèses de notre étude

Paragraphe 1 : Problématique

Au Bénin, les dépenses privées de santé ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon les Comptes Nationaux de Santé (2005). Ceci amène à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" d'autant qu'une des problématiques majeures du système de santé de ce pays est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé. Toutefois, il existe une réelle volonté des pouvoirs publics béninois de trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie. Une autre dynamique intéressante à souligner dans le pays est la tendance actuelle à renforcer d'une part une extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et vers les ruraux à travers les mutuelles de santé et d'autre part à réorganiser ces institutions en réseaux et structures faîtières. À côté du financement des soins publics par les impôts combinés aux tickets modérateurs, on distingue plusieurs dispositifs de protection sociale en santé dont la gratuité de césarienne, organisé par l'Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne (ANGC). (SEMEGAN et al, 2010), Rapport technique d'une mission d'appui de l'OMS.

Ainsi en avril 2009, le gouvernement du bénin a introduit une politique d'exonération des frais d'utilisation pour la césarienne pour toutes les femmes enceintes qui ont besoin de cette intervention chirurgicale. Le gouvernement a créé une agence nationale (ci-après dénommée l'agence d'exécution) pour mettre en œuvre cette politique dans 48 établissements accrédités (dont 18 établissements n'appartenant pas à l'État). Dans le cadre de cette politique, l'agence de mise en œuvre verse aux établissements une somme fixe de 100000f pour chaque CS, quel que soit le statut socio-économique de la femme, la raison de la réalisation de la CS, le niveau

de l'établissement (primaire, secondaire ou tertiaire) ou la propriété de l'installation (appartenant à l'État ou n'appartenant pas à l'État). Le forfait comprend uniquement la couverture du CS réel. « Ramer à contre-courant » Jean Paul et al.

En effet, plusieurs raisons justifient la prise de cette décision par le gouvernement béninois. Il entend d'une part participer à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile et, d'autre part, assurer la prise en charge de la naissance des enfants. Au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cnhu-Hkm), les frais de césarienne, tous coûts évalués, s'élèvent au minimum à 167 660 CFA et à 200 600 CFA au maximum. Ainsi, pour pallier les difficultés financières qui amènent les femmes à accoucher dans des hôpitaux peu crédibles, le gouvernement du Bénin s'engage à prendre en charge désormais tous les frais inhérents à la césarienne. Une offre qui prend en compte les actes de la césarienne, les médicaments, les frais d'examens de laboratoire, ceci dès l'entrée de la gestante jusqu'à sa sortie de l'hôpital sans oublier la prise en charge du contrôle post-opératoire. Vingt formations sanitaires ont été retenues pour mener l'opération sur les 33 sur toute l'étendue du territoire national. Le coût total d'équipements des formations sanitaires retenues s'élève à 30 milliards de CFA. Cette politique de gratuité vient répondre à un grand problème de santé publique. Les dernières statistiques en matière de santé familiale sont alarmantes : pour 100 000 naissances vivantes, on enregistre 397 décès de mères ; et 21 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances. De plus, chaque année, 1500 jeunes mères en couches décèdent dans le pays. Si la césarienne était accessible à toutes les couches de la population, ces chiffres ne seraient pas si élevés, soulignent presque tous les professionnels de la santé. (Tchanou, 2016)

Avec l'avènement du régime du gouvernement de la période 2016-2021, les rumeurs font état de la suspension de cette mesure de gratuité. (ANONRIN, 2017)

Malgré les progrès significatifs apportés par l'État dans la gratuité de la césarienne, il reste encore des choses à comprendre pour une bonne analyse ; ce qui nous conduit à une question fondamentale qui est : *Quel est le point de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans l'hôpital de zone de Ouidah ?*

De cette question fondamentale, découlent les questions spécifiques suivantes :

• Quel est l'effet de la gratuité de la césarienne sur l'économie de l'HZO?

• L'investissement de l'État dans la gratuité de la césarienne a-t-elle une influence sur l'économie des bénéficiaires?

Paragraphe 2 : objectifs et hypothèses de l'étude

Il sera question dans ce paragraphe, des objectifs et des hypothèses de notre étude

A. Objectifs de l'étude

Nous pouvons décomposer les objectifs poursuivis en objectif général et en objectif spécifique

1-**Objectifs Générale**

L'objectif général de ce travail est d'étudier les déterminants de la gratuité de la césarienne dans l'hôpital de zone de Ouidah.

2-Objectifs spécifique

Partant de l'objectif général, nous nous sommes fixés deux objectifs spécifiques que sont :

• Analyser l'effet de la gratuité de la césarienne sur l'économie de l'hôpital de zone de Ouidah

• Étudier l'influence de la gratuité de la césarienne sur l'économie des bénéficiaires

B. Hypothèses de l'étude

- ✓ La politique de gratuité de la césarienne a un impact négatif sur l'économie des bénéficiaires.
- ✓ Le retard de l'État dans la subvention de la gratuité de césarienne a un impact négatif sur l'économie de l'HZO.

Section 2 : Revue de la littérature et méthodologie de recherche

Paragraphe 1 : Revue de littérature

A/ Clarification des concepts

La clarification des concepts revêt un caractère utile et nécessaire pour une bonne compréhension du sujet. Les notions : Analyse, gratuité et césarienne constituent des concepts fondamentaux qui méritent d'être expliqué.

ANALYSE : Étymologiquement le mot ″analyse″ est nom formé à partir d'un terme grec « analusis » qui signifie « décomposition », lui-même formé à partir d'un verbe simple ″luein″ qui signifie ″décomposer″.

Selon dictionnaire de français Larousse, une analyse est une étude minutieuse, précise faite pour dégager les éléments qui constituent un ensemble, pour expliquer, l'éclairer: Faire l'analyse de la situation. Action de résumer un texte en le décomposant en ses éléments essentiels ; résultat de cette action. Synonyme courant de psychanalyse.

GRATUITE : Étymologiquement la gratuité vient du latin gratis, pour rien, gracieusement, par complaisance.

Selon lexique d'économie 14è édition P/440, c'est la consommation sans contrepartie. Elle S'applique en principe aux biens non économiques abondants. Dans le cadre de l'économie publique, la gratuité s'applique à des biens économiques dont les couts de production sont supportés les contribuables. Les anthropologues (Marcel Mauss) analysent le don comme une gratuité perverse dans certains rapports sociaux. C'est le système du potlatch (mot américain) qui consiste à faire un don que le receveur ne pourra rendre afin de le dominer.

CESARIENNE : Le mot « césarienne » dérive du latin Caesar qui veut dire « enfant né par incision » (du verbe cardère : « couper », « inciser »). Selon le petit dictionnaire Larousse 2019, P/224 ; la césarienne est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incision de la paroi abdominale et de l'utérus, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

On en déduit des définitions de la gratuité et de la césarienne celle de la gratuité de la césarienne. LA GRATUITE DE LA CESARIENNE, c'est le non-paiement par la femme des

frais liés sans transfert à son transport vers une structure de prise en charge aux examens préparatoires et prescrit au cours de l'hospitalisation, aux médicaments utilisés pour réaliser l'intervention chirurgicale, au coût de l'hospitalisation. (Master of public health)

B- Contributions antérieures

La revue de littérature dans le cadre d'une recherche, permet de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur les problèmes identifiés. Il s'agira donc d'exposer les conclusions de l'étude antérieure relative à notre sujet. Plusieurs recherches ont été effectuées sur la gratuité des soins dans le domaine sanitaire en général, cependant, peu portent sur l'effet économique de la gratuité de la césarienne au Bénin.

En effet, notre sujet porte sur l'analyse économique de la gratuité de la césarienne au Bénin : cas de l'hôpital de zone de Ouidah.

Pour faire ce travail, nous avons eu recours à des différents documents et articles qui abordent la gratuité de la césarienne au Bénin. Ainsi, dans une étude « Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin », Ouédraogo et al, ce sont intéressés à la question de connaissance sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Cette étude vise à évaluer dans un hôpital de premier niveau (HZO) la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin afin d'apprécier l'effectivité de cette mise en œuvre. De plus, une étude transversale descriptive a été réalisée du 1er Avril 2009 au 31 Mai 2012 en utilisant une stratégie d'échantillonnage de commodité dans l'hôpital de zone d'Ouidah (HZO) via l'utilisation des guides d'entretien semi-structuré. Dans cette étude, la variable dépendante était la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Les variables indépendantes étudiées ont été la structure de l'hôpital de l'HZO, le processus de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, la satisfaction des bénéficiaires, les perceptions du personnel par rapport à la gratuité de la césarienne. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu, puis de synthèse pour en dégager les idées principales. Lors de cette étude, les données quantitatives ont été saisies à l'aide du logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 3.5.1. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu. Sur 822 femmes césarisées au total avaient un âge de 26,72±6,10 ans avec des extrêmes de 13 à 46 ans. Parmi les 698 femmes césarisées pour lesquelles l'information était disponible 27,1% étaient des primigestes, 49,4% des paucigestes, 33,5% des multigestes et 35,7% des nullipares. Moins de

la moitié des femmes césarisées soient 41,1% étaient des revendeuses. Les salariées représentaient 9,2% les artisans 26,2%, les femmes au foyer 17,5% et les élèves et les étudiants 6,0%. Les bénéficiaires de la césarienne à l'HZO étaient de nationalité Béninoise pour 99,9% et Nigériane pour 0,1%. le taux de césarienne à l'HZO est passé de 2,38% en 2009 à 3,48% en 2011. L'accroissement du taux de césarienne dans ce type d'initiative est l'un des effets attendus. Les dépenses que les femmes ont supportées expliquent leurs insatisfactions par rapport à la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Dans la réalité, de ces femmes, la césarienne n'est pas gratuite du fait des frais supplémentaires. Les femmes ne sont pas seul à avoir cette impression, puisque certains prestataires se demandent s'il s'agit d'une aide ou d'une gratuité. Il résulte de cet article que décision de rendre gratuite la césarienne est bénéfique, car elle a permis un meilleure accès des femmes qui avaient besoin et a contribué à réduire probablement le nombre de décès maternel dans la zone sanitaire. Baba AHMED a également abordé la même thématique que (Ouédraogo et al). Mais en se focalisant sur une population différente.

Dans une étude intitulée « Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de fana au mali 2005-2007 », Baba AHMED (2008) s'est intéressé à l'évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au fana. Cette étude vise a évalué la mise en œuvre de la césarienne gratuite dans le district sanitaire de fana de 2005-2007. Dans une étude transversale descriptive à viser évaluative a été réalisé par enquête du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2007 portant sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne en utilisant une stratégie d'échantillonnage par une guide d'entretien individuel et fiche d'exploitation du document. Les variables étudiées sont : moyen de production, processus d'offre des soins et résultat des soins. Le logiciel Word a été utilisé pour le traitement des données et Excel pour les graphs. La saisie, l'analyse des données a été faite à l'aide d'épi info version 3. 2 de février 2005. Au terme de cette étude, avec l'effectif de 28 soient 58% du total bénéficiaire de la césarienne interviewées, la tranche d'âge allant de 20 à 35 ans est la classe dominante avec une moyenne de 25 ans, les âges extrêmes en registrés sont 16 et 42 ans. Les deux bénéficiaires exerçant fonction étaient monitrice et régisseur. S'agissant de la provenance, les distances des CSCom au CSRéf vont de 2 kilomètre pour fana central avec 20 bénéficiaires prise en charge et 120 kilomètre pour Djébé ou 4 bénéficiaires ont été prise en charge. La moitié des bénéficiaires est à plus de 30 kilomètres du CSRéf. En plus de la longue distance, de l'impraticabilité des pistes en toute saison, il faut

noter que (07) des bénéficiaires soient 15% proviennent respectivement de Djébé (4) ; Béléko (2) et Dandougou (1) ou l'accès est conditionné à la traversée du fleuve Bagoué à Sorokoro. Il résulte de cet article que la mise en œuvre de la stratégie a été jugé peu satisfaisante. La mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite a contribué à améliorer les indicateurs du district sanitaire de fana et mérite d'être pérennisée, pour ce fait, les insuffisances mise en évidence par cette étude ont fait l'objet de surjection.

À l'issue de l'exploitation de ces deux articles, on note une différence de résultat qui peut s'expliquer soit par le type de population étudiée, soit par la technique de collecte de donnée guide d'entretien semi-structuré ≠ guide d'entretien individuel et fiche d'exploitation de document) soit par la méthode de traitement de donnée (logiciel Epi info 3.5.1 ≠ logiciel Epi info 3. 2). À la différence de ces auteurs qui ont abordé l'évaluation de la mise ouvre de la gratuité de la césarienne au bénin.

Mongbo et al. (2016), dans une étude titré « La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin » se sont intéressés à la description de la césarienne dans le contexte de la gratuité. L'objectif de cette étude consiste à décrire la césarienne dans le contexte de la gratuité au Bénin. Dans une étude transversale descriptive, la collecte des données s'est déroulée du 18 décembre au 8 février 2014 en utilisant une stratégie d'échantillonnage par tirage au sol douze hôpitaux ont été ainsi sélectionnés pour effectuer le travail. Les variables extraites des dossiers obstétricaux étaient : les données sociodémographiques, les données obstétricales et les données médicales. Toutes ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique Epi info 3.5.1 avec les tests $\chi 2$ de pearson au seuil de signification de 5%. Les données qualitatives issues d'entretien semi structuré, ont fait l'objet d'analyse de contenu. Sur les 632 cas de césarienne de la période, 559 ont été recrutés. Parmi les 53 femmes restantes, 4 n'ont pas données leur consentement pour l'entretien, les autres éaient sortis de l'hôpital avant l'entretien. Le taux de réponse variait d'une question à une autre, de 70,5% à 99,7%. Sur les 579 femmes césarisées l'âge moyen de 26,5 ± 6,3 ans, 49,9% étaient non scolarisée et 51,1% avaient une éducation maternelle absolue. Les mortalités maternelles et périnatales étaient respectivement de 1,7□ et 74,3□. Les complications et la mortalité périnatale étaient plus élevées chez les femmes repérées d'une structure périphérique. L'appréciation de la qualité des soins a été bonne dans 93,9% des cas avec pour principale justification l'amélioration de l'état de santé (92,8%). Les dépenses effectuées variaient de 0 à 200000 FCFA avec une

moyenne de 30000 FCFA. Le coût de la césarienne était jugé adorable par 58,9% mis 16,6% l'ont trouvés encore élevé à cause des ordonnances supplémentaires et des dépenses parallèles. Concernant l'avenir obstétrical après la présente césarienne, 45,9% des bénéficiaires étaient sans crainte pour le prochain accouchement, quel qu'en soit le mode. A l'opposé, 34,7% redoutaient la césarienne et 19,4% avaient renoncé à toutes nouvelles conceptions. La description concernant la césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin ne serait que des descriptions de connaissance. Il ressort de cet article que la politique de gratuité de césarienne est appliqués dans tous les hôpitaux et a été bien apprécié par les bénéficiaires. Toutefois un effort reste à faire pour le respect des principes de la politique de gratuité et une meilleure prise en charge des femmes dans tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'autres auteurs ont également abordé la même thématique que (Mongbo et al). Mais en se focalisant sur une population différente.

Togola, Lassina Soungalo et al, (2012), dans une étude intitulé « La césarienne dans le contexte de la gratuité au centre de référence de Bougouni » a pour objectifs de décrire les caractéristiques socio-démographique des patientes et de déterminer la prévalence, l'indication, le pronostic dans le contexte de la gratuité au CSRéf de Bougouni. Ils ont effectués une étude rétrospective comparative allant du 1[er] janvier 2004 au 31 décembre 2004 et du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 portant sur la césarienne dans le contexte de la gratuité en utilisant une stratégie d'enquête .Dans cette étude les variables étaient : caractéristiques socio-demographiques ; les indications ; les paramètres pré et post opératoire ; durée d'hospitalisation ; devenir maternel fœtale. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Microsoft Word version 2007 et SPSS 12.O.Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2, P<5% considéré comme significatif. Au terme de cette étude, nous avons 210 cas (25,86) 246 cas (25,49 p.100) ; 303 cas (33,59 p.100) ; 268 cas (31,45 p.100) de césarienne soit respectivement en 2004 ; 2007 ; 2008 ; 2009. Les taux de réalisation de césarienne ont été de 1,23 p.100 ; 1,28 p.100 ; 1,53 p.100 ; 1,32 p.100 soit respectivement en 2004 ; 2007 ; 2008 ; 2009. L'âge moyen des patientes a été de 27 ans avec des extrêmes de 15 à 40 ans. La majorité de nos patientes ont réalisé au distance moyenne parcourue a été de 75,45 km. Le non disponibilité immédiate du kit a été retrouvé au fil de l'année. La ligature et résection des trompes ainsi que l'hystérectomie ont été peu pratiquée pendant l'étude. Ils ont une diminution des décès maternels surtout pendant la dernière année de cette étude avec un taux de 0,4 p.100. Cependant, la mortalité néonatale reste préoccupante. Ils ont obtenu 8,1 p.100 (20 cas),

08,3 p.100 (25 cas), 7,5 p.100 (20 cas) de suppurations pariétales en 2007, 2008 et 2009 ; 2,8 p.100 (7 cas) ; 2,6 p.100 (8 cas) ; 1,5 p.100 (4 cas) d'endométrite en 2007,2008 et 2009 En 2004, Ils ont obtenu 6 cas d'endométrites (02.9 p.100) ; 19 cas de suppurations pariétales (09.9 p.100). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 10 jours. Il résulte de cet article qu'au Mali, une des priorités de la politique nationale sanitaire est de prendre en charge des urgences obstétricales pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. En effet la bonne pratique de la césarienne dans le contexte de la gratuité serait sans nul doute un facteur d'amélioration du pronostic.

A l'issue de l'exploitation de ces deux articles ,on note une différence de résultat qui peut s'expliquer soit par le type de population étudiée, soit par la technique de collecte de donnée(tirage au sort ≠ fiche d'enquête) soit par la méthode de traitement de donnée (logiciel statistique Epi info 3.5.1 avec les tests X2de Pearson au seuil de significativité de 5%≠ Microsoft Word version 2007 et SPSS 12.0 les tests statistiques de Khi2 ,P<5%,considéré comme significatif). A la différence de ces auteurs qui ont abordé la césarienne dans le contexte de gratuité.

Théra Gaoussou (2012) dans une étude intitulée « l'impact de la gratuité de la césarienne sur le système de référence/ évacuation cas du Diastrict sanitaire de Bla en 2010 », vise à étudier l'impact de la gratuité de la césarienne sur le système de référence/ évacuation cas du Diastrict sanitaire de Bla en 2010. L'étude s'est déroulée du 1er janvier au 31 décembre 2010 à la maternité du CSREF du BLA. Dans une étude transversale, les données ont été comparées sur la césarienne et le système de référence/évacuation de l'année 2004 (avant l'introduction de la gratuité de la césarienne) à celle de l'année 2010 (après la politique de la gratuité de la césarienne) au CSREF de BLA, en utilisant une stratégie d'échantillonnage d'enquête. Les données recueillies ont été saisies et analysées sur logiciel SPSS version 17 et Epi6FR; Représentées sous forme des tableaux et exprimées en pourcentage. Pour la comparaison des proportions, Ils ont calculé les chi² avec P<0,05 comme valeur statistiquement significative. Au terme de cette étude, sur 543 du total d'accouchements, 259 étaient des accouchements d'urgence soit une fréquence de 48 p.100 des accouchements. Suite de cette étude, nous avons constaté : une augmentation de fréquence de la césarienne de 17,5 p.100 à 35,9 p.100 après sa gratuité. Une élévation du taux d'évacuation de 17,1 p.100 à 28,9 p.100 après la gratuité de la césarienne. Une progression du taux de référence de 3,4 p.100 à 8,8 p.100 après la mise en

œuvre de la gratuité de la césarienne. Malgré l'augmentation des taux de ces trois facteurs après le démarrage de la gratuité de la césarienne à BLA, les taux de la mortalité maternelle et néonatale restent élevés. 1,09 p.100 de décès maternels avant la gratuité contre 1,8 p.100 après la gratuité. Et la cause de décès la plus dominante était l'anémie post hémorragique 12,8 p.100 de décès néonataux avant la gratuité contre 15,3 p.100 après la gratuité. La cause de décès la plus fréquente était la détresse respiratoire. À noter que la défaillance majeure du système de référence/évacuation de BLA est le non payement des cotisations. Seulement 22,4 p.100 des évacuations ont été prises en charge par les caisses de solidarité, cependant 92,3 p.100 des évacuées ont été au courant du système.

BAGNAN J. A et al (2016), dans une étude « IMPACT DE LA GRATUITE SUR LA PRATIQUE DE LA CESARIENNE A L'HOPITAL DE ZONE DE SURU-LERE COTONOU BENIN », ont poursuivi comme objectif l'appréciation de l'impact de la gratuité sur les indications de la césarienne. Il s'agit d'une étude comparative rétrospective du 1er Avril au 30 Septembre 2007 et prospective du 1er Avril au 30 Septembre 2010 à l'Hôpital de Suru-Léré, établissement public à caractère social de Cotonou. Ils ont colligé pour l'étude rétrospective 1066 accouchements pour 64 césariennes et dans l'étude prospective 1407 accouchements pour 467 césariennes. La collecte des données est effectuée dans la première période à partir des dossiers des patientes et des registres d'accouchement et du bloc opératoire. Dans la deuxième période, il s'agit des dossiers des patientes et des registres du bloc opératoire. Les tests statistiques sont faits sur le logiciel Epi Info et SPPS. 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 socio-économique 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 socio-économique élevé ont eu une césarienne d'indication abusive ou discutable et ces indications sont souvent des pathologies liées à la grossesse. Il résulte de cet article que la gratuité de la césarienne a amélioré la prise en charge des parturientes césarisées mais l'indication est souvent trop facile et rapide. Ils sont 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.

Sangaré, Sékou (2011) à travers « La gratuité de la césarienne qu Centre de santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako » a fait une étude qui s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako. Cette étude vise à évaluer la Gratuité de la Césarienne. C'est une étude avec collecte rétrospective et prospective des données qui s'est étendue sur une période de 3 ans, allant du 1er Juin 2004 au 31 Décembre 2007. Sur 5031 accouchements effectués, il y a 515 césariennes soit 9,3 p.100 ; 20 p.100 étaient des adolescents et 60,2 p.100 sont venues d'elles-mêmes ; 39,8 p.100 étaient évacuées des CSCOM ou des cabinets privés ; 90,9 p.100 de nos césariennes ont été faites dans un contexte urgent et l'indication première a été la SFA avec 22,1 p.100 ; 99 p.100 des suites post- opératoires ont été simples ; 99 p.100 de nos patientes étaient satisfaites ; 31,7 p.100 avaient été évacuées sans voie veineuse ; 27,6 p.100 n'avaient pas fait de CPN ; 51,2 p.100 ont été admises en retard ; les mort-nés représentaient 1 p.100 et 0,2 p.100 de décès maternel ; le délai d'intervention était inférieur à 60 minutes dans 100 p.100 des cas.

Dans une étude titrée « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal, Mamadou Mbaye et al (2011) aborde la question de pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. Cette étude vise à comprendre, les raisons des taux de césariennes élevés dans certaines structures de santé au Sénégal ainsi que le rôle des politiques de gestion hospitalières sur les pratiques professionnelles des personnels des maternités. Elle est effectuée en 2006 en se basant sur une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs auprès des personnels administratifs et de santé et des femmes enceintes dans trois structures de santé ainsi qu'auprès des autorités sanitaires au niveau central. Ces taux de césariennes élevés ne sont pas directement liés à la politique de subventions des césariennes instituées en 2006. Au niveau des personnels de santé, la perception des taux de césariennes sont plus liés à l'image que les acteurs de santé ont des taux populationnels que des taux institutionnels. Ces taux populationnels étant très bas, les personnels ont tendance à effectuer davantage de césariennes. Au niveau du personnel de gestion, la rentabilité financière des taux de césariennes élevés (dans les trois niveaux d'exemption des paiements) constitue une motivation importante pour inviter les professionnels à pratiquer plus de césariennes. Certes, on assiste à un discours normatif des personnels de santé qui considèrent que leurs pratiques visent uniquement à sauver la mère ou l'enfant. Cependant, ces taux de césariennes élevés

peuvent à terme augmenter les décès maternels et aller à l'encontre de l'objectif du millénaire pour le développement concernant la réduction de 3/4 de la mortalité maternelle d'ici à 2015.

Dans une étude « LES PARADOXES DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DE LA CESARIENNE AU BENIN », Affo Fabien (2016) a fait une recherche systémique tenant compte du point de vue des acteurs stratégiques par une approche active a été réalisée de mars 2012 à décembre 2013. Cette recherche vise à analyser les conséquences indirectes de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin. Pendant cette période, une revue documentaire a été réalisée en utilisant la technique d'échantillonnage. Quant à la collecte des données primaires, elle s'est basée sur la réalisation de vingt-trois (23) entretiens approfondis avec les acteurs institutionnels nationaux et internationaux impliqués dans les politiques de santé maternelle. Ces données ont été complétées de soixante-deux (62) entretiens réalisés avec les femmes césarisées ou leurs accompagnateurs. Ces données quasi qualitatives ont été analysées avec le logiciel d'analyse qualitative NVivo. Les résultats ont fait état de trois principaux paradoxes. Premièrement, le processus de la mise en œuvre de cette politique n'a pas suivi toutes les étapes d'une action publique. Deuxièmement, l'exclusion des prestataires de soins et des bénéficiaires dans la mise en œuvre de cette politique et de sa mauvaise gouvernance ont favorisé la corruption. Troisièmement, la césarienne est devenue plus chère au moment même où elle est déclarée gratuite. Les césarisées ne devraient plus rien payer. Mais, après six années de mise en œuvre de la politique de gratuité, les femmes césarisées se plaignent et condamnent les dépenses excédentaires auxquelles elles sont désormais soumises dans les hôpitaux.

AMADOU DIALLO dans une étude intitulée « ETUDE DE LA CESARIENNE AVANT ET PENDANT LA GRATUITE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KENIEBA » vise à étudier la césarienne avant et pendant la gratuité dans leur service. Cette étude est rétrospective et longitudinale qui a couvert une période de quatre (04) ans 24 mois avant la gratuité de la césarienne et 24 mois pendant la gratuité en utilisant une stratégie d'échantillonnage exhaustif. Plusieurs variables relatives à l'identité de la parturiente ont été étudié à savoir ses antécédents, le mode d'admission, le motif d'admission, l'examen physique, la disponibilité du Kit, le déroulement de la césarienne, le nouveau-né et l'évolution postopératoire. Les données ont été saisies et analysé avec le logiciel Epi info version 06. 04 RF, le traitement de texte a été fait sur Microsoft office Word 2017. Le texte statistique utilisé est le Chi-2 de pearson ; probabilité =p. Une valeur p supérieur ou égale à 0,05 est considérée

comme nom significatif. Au terme de ce travail, il y a eu une augmentation de la prévalence de la césarienne avec la gratuité, soit 2,76% avant la gratuité et 7,25% pendant la gratuité de la césarienne. Chi-2 =19,85 et p< 0,001. La tranche d'âge (20- 29) est la plus représentée, soit 37,62%, âge moyenne = 27 ans, les extrêmes = 14ans et 42ans. La majorité des femmes césarisées résidant à KNIEBA, soit 29,70% et 79,21% des césarisées sont mariés, 73,27% de nos parturientes n'ont jamais été à l'école. Les ménages occupent le premier rang avec une fréquence de 94,06%, 62,96% des procréateurs sont non instruit, 62,38% sont venus d'elle. Avant la gratuité de la césarienne 75% des parturientes ont été évacué contre 83,33% pendant la gratuité. Après analyse des résultats obtenus : Ils ont remarqué une augmentation de la prévalence. Les disproportions foetopelviennes et la souffrance fœtale aigue occupent le premier rang. Les indications liées aux cas de pré ruptures utérines se font rares grâce à la rapidité de la prise en charge des femmes au cours de leur travail, des complications post opératoires et peu des mortalités néonatale. Cependant les ressources étant limitées dans nos pays, facteurs qui retardent la prise en charge lors des urgences obstétricales, la gratuité de la césarienne nous a permis d'observer une amélioration du pronostic materneo-fœtal et agit favorablement sur tous ces indicateurs (prévalence, indication, pronostic materneo-fœtal etc).

Au terme de cette revue de littérature, nous constatons que la problématique de notre étude a fait l'objet d'une littérature abondante. Lorsque d'autres s'intéressent à la bonté de cette politique de subvention, d'autres s'intéressent aux conséquences de la poursuite de cette politique. Quand d'autres s'intéressent à l'étude transversale, d'autres s'intéressent à l'étude rétrospective. Dans le cadre de notre travail, nous optons pour une transversale de type questionnaire afin de mieux analyser économiquement la gratuité de la césarienne au Bénin

Paragraphe 2: Méthodologie de recherche :

La méthodologie de recherche indique le cadre ,la période d'étude, les données de l'étude, la population ,l'échantillonnage et la méthode de collecte et celle de traitement des données recueillies en vue de générer les résultats qui permettront d'atteindre les objectifs fixés et de vérifier les hypothèses formulées

A-Type et période de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à visée analytique et questionnaire qui a couvert la période allant de 14 novembre au 15 décembre 2020**.**

B-Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée à l'hôpital de zone de Ouidah (HZO) au Bénin, situé à 41 kilomètres de la capitale économique Cotonou. Cet hôpital est un site de stage des apprenants.

Recherche documentaire

Pour la réussite de ce travail, les bibliothèques de la FASEG et de Bénin Excellence et l'internet nous ont servi pour la documentation.

C-Population à l'étude et méthode d'échantillonnage

La population à l'étude de ce mémoire fait référence aux femmes bénéficiaires de la gratuite de la césarienne pouvant donner leur avis sur la gratuité de la césarienne. L'échantillonnage est aléatoire

Tableau n°2 : tableau récapitulatif de l'échantillonnage

Population enquêtée		Échantillon		Échantillonnage	
Éléments	Taille de l'échantillon	Population prévue	Population touchée	Coefficient de sondage	Méthode
Femmes bénéficiaires de gratuité de césarienne	inconnue	50	35	70%	Aléatoire mais à base de la liste

Source : résultat d'enquête de Décembre 2020.

D-Les outils d'analyse

Pour l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse descriptive et une analyse économétrique. Les statistiques descriptives sont l'ensemble des méthodes et des techniques permettant de présenter, de décrire et de résumer des données nombreuses et variées; elles nous permettent de connaitre les caractéristiques de notre échantillon. Le mode, la moyenne et la médiane sont les paramètres de tendance centrale. Ce sont des valeurs autours desquelles se

répartissent les observations. Pour notre étude, l'analyse descriptive est réalisée à l'aide de tableaux, de graphique ainsi que le calcul des probabilités et moyennes.

Quant à l'analyse économétrique, elle est exclusivement résumée à l'estimation du « **modèle de régression linéaire** », l'estimation des coefficients ainsi que les p-values des variables explicatives sur la variable dépendante ainsi que la réalisation de certains tests.

E-Approche par la régression

Le principe de cette méthode est de relier variable quantitative à expliquer en fonction des variables explicatives. La variable expliquée désigne la dépense du ménage en santé. On peut donc associer à cette variable Y_i , une variable Y_i* qui correspond à la dépense du ménage en santé. Cette variable Y_i* dépend des caractéristiques socioéconomiques de la femme (notées X_i) et d'un terme d'erreur (U_i), soit $Y_i* = X_i\beta + U_i$

Cette évolution est aléatoire du fait de la présence du terme d'erreur U_i . On peut alors définir un critère de choix pour le résident: si l'utilité qu'il retient lorsqu'il accède au bien immobilier est supérieure à une certaine valeur (C), il choisira d'acquérir, mais si son utilité est inférieure à cette valeur, il choisira de ne pas l'acheter**.**

F-Spécification du modèle

Dans l'étude de l'évolution des dépenses du ménage en santé, la variable dépendante est la dépense de chaque répondant. Les variables explicatives sont représentées par le vecteur Qi. Dans le modèle empirique, Qi s'écrit de la manière suivante:

$Q_1 = \alpha_0 + \alpha i \sum_{i=1}^{n} Qi + \varepsilon_i$

L'équation liée est le suivant :

$\mathbf{Qi = \alpha_0 + \alpha_1 Q1 + \alpha_2 Q2 + \alpha_3 Q3 + \alpha_4 Q4 + \alpha_5 Q5 + \ldots. + Qn + \varepsilon_i}$

La variable latente (Q*) peut être modélisée comme suit :

$$\boldsymbol{Dsanté} = \boldsymbol{\beta 0} + \boldsymbol{\beta 1 SituMatr} + \boldsymbol{\beta 2 SituEco} + \boldsymbol{\beta 3}\text{ActviEco1} + \boldsymbol{\beta 4}\text{ActviEco2} + \boldsymbol{\beta 5}\text{InfluCésari} + \boldsymbol{\beta 6}\text{BénéfiCésar} + \boldsymbol{\beta 7}\text{Moyen} + \boldsymbol{\beta 8}\text{Nourri} + \boldsymbol{\beta 8}\text{Dettes} + \varepsilon \boldsymbol{i}$$

NB : La variable dépendance porte le logarithme népérien à

cause de la valeur du prix de loyer élevé

Variable du modèle et leur effet théorique

Tableau n^{0}3 : Descriptions des variables de l'étude

VARIABLES	**SYMBOLE**	**MODALITES**
Variable expliquée		
dépensé pour les soins	$Dsant\acute{e}$	**Variable quantitative**
Variables explicatives		
la situation matrimoniale de la femme	**SituMatr**	1- Mariée 2- Veuve 3- Célibataire
La famille arrive-t-elle à se nourrir	**SituEco**	Variable binaire : 1 si la PME dispose d'un site web, 2 si non
Situation matrimoniale	**Matri**	Variable à plusieurs modalités
La femme a-t-elle une activité économique	**ActivEco1**	1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse
Le mari a-t-elle une activité économique	**ActivEco2**	4- Oui 5- Non 6- Pas de réponse
complété de ressource après subvention pour continuer les soins	**Profes**	1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

endettés pour honorer les frais des soins	**Dettes**	4- Oui 5- Non 6- Pas de réponse
Etiez-vous bénéficiaire de la gratuité césarienne ?	**BénéficiCesar**	1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse
Le niveau de revenu de l'enquêté	**Rev**	[0 ; 50.000[
		[50.000 ; 100.000[
		[100.000 ; 150.000[
		[150.000 ; plus [

CHAPITRE III : PRESENTATIONS ET ANALYSES DES RESULTATS

Le présent chapitre est subdivisé en deux sections. La première présente les résultats de l'étude. La seconde est consacrée à l'analyse des résultats et à la vérification des hypothèses.

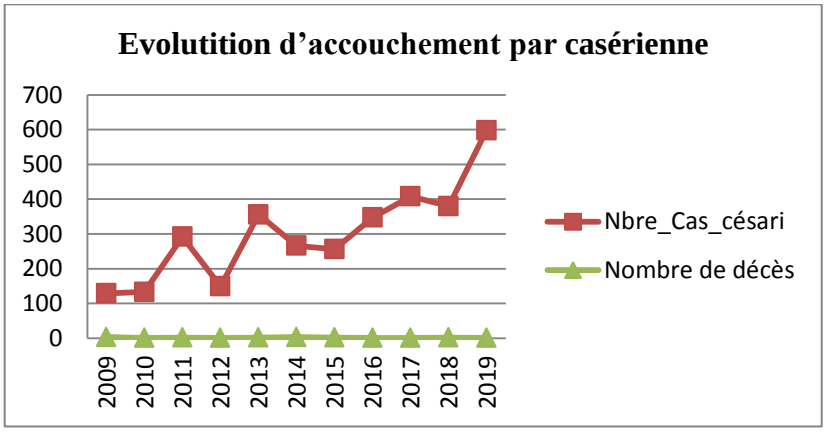
Section 1 : Présentation des résultats

Cette section expose l'identification et caractéristiques des femmes ayant bénéficiés du fonds de gratuité de la césarienne.

Paragraphe 1 : caractéristiques socio-économique des femmes ayant bénéficiés la gratuité de la césarienne.

L'enquête sociale sur les femmes bénéficiaires en vue de l'obtention d'une certification n'était pas nécessaire et il suffit que la femme se retrouve véritablement. L'aggravation du cas d'accouchement permet à ce dernier de bénéficier des soins de santé éligibles aux prestations d'appui. Après la consultation prénatale tout en prenant les informations générales dans le registre de permanence, la femme peut valablement bénéficier des soins éligibles aux prestations du fonds de gratuité.

Graphe: Evolution d'accouchement par césarienne à l'hôpital de zone d'Ouidah.



Source : Annuaire statistique de santé

Le graphe présente l'évolution du nombre d'accouchement par césarienne à l'hôpital de zone de Ouidah. On constate que le nombre de cas augmente au fil des ans. Ce résultat peut

s'expliquer par la pression démographique de la population béninoise en générale. Donc augmentation des dépenses de l'État annuelle dans la gratuité des soins car les informations du terrain auprès des agents de l'hôpital révèlent que l'État dépense environ 100 000F sur chaque femme se retrouvant dans le cas de l'accouchement par césarienne.

A. Caractéristiques des femmes interviewées

En résumé du dépouillement des rapports d'enquête sociale, les caractéristiques recensées concernant la condition des femmes bénéficiaires se présentent ci-dessous.

Tableau n°4 : Les données de l'enquête

	Modalité	**Pourcentage (%)**
La famille arrive-t-elle à subvenir aux dépenses avant les moments d'accouchement ?	Oui	32,4
	Non	67,6
Total		**100**
Situation matrimoniale	Mariée	58,8
	Veuve	23,5
	Célibataire	17,6
Total		**100**
Une situation socio-économique très précaire	Oui	41,2
	Non	58,8
Total		**100**
Les moyens financiers pour le reste des dépenses de soin	Oui	41,2
	Non	58,8
Total		
La femme a-t-elle une activité économique	Oui	61,8
	Non	38,2
Total		100
Le mari a-t-il une activité économique	Oui	55,9
	Non	20,6
	Sans réponse	23,5
Total		**100**

Complété de ressource après subvention pour continuer les soins	Oui	5,9
	Non	94,1
Total		100
Ressource après subvention pour continuer les soins	Oui	94,1
	Non	5,9
Total		100
La gratuité a t- elle d'influence négative sur la qualité de l'opération de la césarienne	Non	17,6
	Oui	5,9
Total		**100**

Source : résultat d'enquête de Décembre 2020.

Au terme du dépouillement des rapports d'enquête, il ressort qu'un avis favorable a été donné à toutes les femmes dont le cas d'accouchement est compliqué pour être pris en charge par les dépenses liées à leurs soins de santé. Cela suppose que le mécanisme n'a exclu personne. Le tableau présent les caractéristiques et la condition des femmes ayant bénéficiés du financement. En effet, les individus mariés sont celles occupant 58,8% des enquêtés et les proportions telles que : 23,5%, et 17,6% représentent respectivement les veuves et les célibataires avec enfant. Sur la question demandant si la femme complète de ressource financière après subvention pour continuer les soins, seul 5,9% affirment compléter un montant supplémentaire pour les soins. Cette statistique révèle que ces femmes bénéficiaires de la gratuité de la césarienne ont économisé les moyens décrétés au départ pour faire face aux soins.

Concernant la situation économique de la femme et son mari, 38,2% et 20,6% respectivement de ces derniers n'ont pas une occupation sociale c'est-à-dire une activité économique, ce qui pourrait agit sur les dépenses de soin à l'accouchement car environ 41% ont répondus aussi ayant une situation socio-économique très précaire en ces période d'accouchement. Il faut ajouter que 5,9% des enquêtés affirment la gratuité de la césarienne a une influence négative sur la qualité des soins reçu par les bénéficiaires et les oblige à des dépenses supplémentaires.

B- Partie économétrique

Régression linéaire

Modèle

$$\boldsymbol{Dsant}\text{é} = \boldsymbol{\beta 0} + \boldsymbol{\beta 1 SituMatr} + \boldsymbol{\beta 2 SituEco} + \boldsymbol{\beta 3}\text{ActviEco1} + \boldsymbol{\beta 4}\text{ActviEco2} + \boldsymbol{\beta 5}\text{InfluCésari} + \boldsymbol{\beta 6}\text{BénéfiCésar} + \boldsymbol{\beta 7}\text{Moyen} + \boldsymbol{\beta 8}\text{Nourri} + \boldsymbol{\beta 8}\text{Dett} + \varepsilon \boldsymbol{i}$$

Tableau n°5: Régression logistique

Variables	Odds Ratio	Std. Err	Z	ProbabilitésP>|z|
SituMatr	3.139115	3.402296	1.06	0.291
Nourri	0.0667191	.1652712	-1.09	0.274
SituEco	2.09e+07	1.20e+11	0.00	0.998
Rev	3,278122	3.823438	1.08	0.002***,
Moyen	0.921048	.1843712	3.15	0.542
ActviEco1	-0.8231421	1.856438	-0.09	0.031**
ActviEco2	1.473224	2.272626	0.25	0.802
Dettes	3.335385	19181.79	0.00	1.000
InfluCésari	0.4517819	.9809107	-0.37	0.014***
BénéfiCésar	0.0917148	.1914152	1.14	0.025**
Pseudo R2 = 0.6286		LR chi2(8) = 10.41		
Prob > chi2 = 0.0237		**N= 35 observations**		

Source : Réalisé par les auteurs avec SPSS 21, 2020. (***, ** et * représentent respectivement la significativité au seuil de 1%, 5 % et de 10%.

Qualité de la régression

R^2 = 0,626 indique que la dépense en santé des bénéficiaires est expliqué à 62,6% par les variables explicatives du modèle.

Significativité globale et individuelle du modèle

D'après les résultats trouvés à partir du modèle, la probabilité de Ficher associée au modèle est **0,000** < 5%. Donc le modèle est globalement significatif même au seuil de 1%. De ce fait, nous pouvons conclure que toutes nos variables indépendantes retenues

contribuent globalement à l'explication du niveau du bien-être en santé des femmes enquêtés. Mais, seules les variables explicatives : «la situation économique de la femme (**ActviEco1**) », « influence de gratuité sur le soin (**InfluCésari**) » et « aviez-vous bénéficié de la césarienne gratuite (**BénéfiCésar**) » qui sont significative et influencent individuellement la dépense en santé à cause de leur p-value respectivement égal à 0.031 ; 0.014 et 0.025 inférieurs aux seuils de significativité 5% et 10%.

Synthèse

Les résultats de l'estimation montrent que certaines variables influencent le niveau de dépense en santé et le bien être en général des bénéficiaires. En effet, le revenu étant un indicateur qui coordonne la majorité des décisions et dépenses dans le ménage, est significatif et influence positivement la dépense en santé. Une cause logique de ce résultat pourrait être lié au fait que le revenu favorise la dépense financière des bénéficiaires et leur permet de réaliser leur objectif sanitaire et de reproduction. D'où une amélioration du bien-être.

Pour la variable d'intérêt qu'est « avoir bénéficié la gratuité césarienne (**BénéfiCésar**)», elle est significative et influence positivement la dépense en santé des bénéficiaires du fait qu'elle permet au bénéficiaire de réduire les dépenses du foyer et d'éviter de s'endetter avant que la femme n'accouche. De ce fait, l'hypothèse stipulant que « *La politique de gratuité de la césarienne a une influence sur l'économie des bénéficiaires* » est vérifiée.

De même, en ce qui concerne la variable « influence de gratuité sur le soin (**InfluCésari**) », elle influence négativement la dépense en santé. Ce résultat pourrait être expliqué de ce que le manque de volonté de la sage-femme pourrait influencer la santé de la femme et le nouveau-né et provoquer d'autres dépenses supplémentaires. La gratuité de la césarienne étant soulignée par Souleymann (2010), comme une levée des barrières financières limitant l'accès, injection de 2 milliards à la place des populations, réduction du stress des équipes chirurgicales, soulagement de la souffrance des plus pauvres et l'amélioration de la qualité des Services, permet de prendre en charge les autres causes de mortalité maternelle ; sont encore perçu par ces bénéficiaires comme source d'aggravation de leur cas d'accouchement. La Réticence de certains prestataires parce que ne pouvant plus rançonner les clients ce qui peut affecter les soins reçus. Aussi, il y a plusieurs années, l'Etat a des impayés des soins de gratuité de la césarienne envers l'hôpital de zone de Ouidah. Par

conséquent, l'idée émise « *Le retard de l'Etat dans la subvention de la gratuité de césarienne a une influence négative sur l'économie de l'HZO* » est validée.

SECTION2: Validation des hypothèses, limites de l'étude et les suggestions.

Paragraphe1: Validation des hypothèses

La première hypothèse qui suppose que « Le retard de l'État dans la subvention de la gratuité de césarienne a une influence négative sur l'économie de l'HZO » est validée ; car la probabilité associée est inférieure au seuil de 5%.

La seconde hypothèse qui suppose que « La politique de gratuité de la césarienne a une influence sur l'économie des bénéficiaires »» est aussi validée ; car les probabilités associées aux variables sont inférieures aux seuils de 1% et de 5% et les coefficients liés sont de signe positif.

Paragraphe2: Limites de l'étude et les suggestions

Limite de l'étude

Cette étude s'est basée sur des données primaires, donc des données d'enquête recueillis auprès des femmes bénéficiaires de la gratuité de la césarienne à l'hôpital de zone de Ouidah à l'aide d'un questionnaire. L'étude s'est également limitée à quelques variables pour étudier l'impact de la gratuité de la césarienne sur l'économie béninoise. Par ailleurs, il existe d'autres variables qui peuvent être associée à celles utilisées dans notre présente recherche.

Les suggestions

Dans le but d'améliorer, de réduire la mortalité au cours de l'accouchement, d'assurer la disponibilité du capital humain à long terme et l'évolution de l'économie de l'État ; les quelques suggestion sont formulées.

A l'endroit de l'Etat et de l'administration de l'hôpital, il faut :

- Faire un suivi et évaluation économique et périodique des investissements dans les soins par gratuité ;
- Mettre en place des dossiers obstétricaux
- Améliorer le système de référence-évacuation par des concentrations régulières
- L'organisation des staffs quotidiens pour les enseignements des cas vécus
- Plaidoyer auprès des partenaires pour les investissements

- Renforcer les infrastructures routières
- Référer les parturientes à temps
- Faire correctement les consultations prénatales

A l'endroit des femmes bénéficiaires, il faut :

- Faire les consultations prénatales selon les normes
- Planifiée les grossesses
- Respecter l'hygiène corporelle

Conclusion

La césarienne est une intervention majeure, largement reconnue comme moyen efficace de réduction de la mortalité´ maternelle et périnatale, quand son utilisation est appropriée. Il s'agit de réduire la mortalité maternelle et néonatale en vue de l'atteinte des ODD. Mais en dehors des effets spectaculaires sur l'utilisation des services et la réduction de cette mortalité, quel est son impact sur l'économie des bénéficiaires et en générale ?

L'objectif poursuivit tout au long de cette recherche est d'étudier la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans l'hôpital de zone de Ouidah, Spécifiquement, il s'agit d'analyser l'effet de la gratuité de la césarienne sur l'économie de l'hôpital de zone de Ouidah et d'étudier l'influence de la gratuité de la césarienne sur l'économie des bénéficiaires

Pour l'atteinte de ces objectifs, une base de données a été constituée à base des informations recueillies auprès des femmes bénéficiaires de la gratuite de la césarienne à l'hôpital de zone de Ouidah à travers une enquête. Nous nous sommes inspiré de la statistique descriptive, la régression linéaire simple sous les logiciels Excel et SPSS après avoir exploré les données. Les principaux résultats nous montrent qu'en moyenne 331,4 de femmes ont été césarisée au cours de l'accouchement de 2009 à 2019 et l'État dépense environ 100 000F sur chaque femme se retrouvant dans le cas de l'accouchement par césarienne. Seule l'aggravation du cas d'accouchement donne éligibilité aux soins gratuits. Ces femmes bénéficiaires de la gratuité de la césarienne ont économisé les moyens décrétés au départ pour faire face aux soins car seul 5,4% ont affirmé compléter un sous supplémentaire aux soins reçu. Après estimation, la gratuité de l'accouchement par césarienne est significative et influence positivement la dépense en santé des bénéficiaires du fait qu'elle permet au bénéficiaire de réduire les dépenses et d'éviter de s'endetter et l'investissement de l'État dans la gratuité de la césarienne a une influence négative sur le soin reçu par les femmes

En général, l'investissement de l'État dans la gratuité de la césarienne favorise le développement du fait qu'elle réduise la mortalité néonatale. Elle favorise le bénin d'avoir un capital humain à long terme.

Cependant, le présent document n'a pas pris en compte tous les aspects de relation entre l'investissement de l'État dans la gratuité de la césarienne et l'économie béninoise. C'est pour

cela que nous exprimons le vœu que des recherches ultérieures continuent cette étude en vue d'apporter plus d'éclairage sur les déterminants aux programmes d'appui à la santé pour tous.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

AHMED, B. (2008) « Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana au Mali de 2005 à 2007 », Thèses d'exercice de médecine générale

Alexander, S., De Brouwere, V., Dujardin, B., Makoutodé, M., Mongbo, V., Ouendo, E. M., Zhang, W. H. (2016) « La césarienne de qualité : étude transversale dans 12 hôpitaux au Bénin », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 64, Septembre 2016, Pages 281-293

ANONRIN, K. O. (2017) « QUESTION ORALE AU GOUVERNEMENT SUR LA GRATUITÉ DE LA CÉSARIENNE LE MINISTRE DE LA SANTÉ RASSURE DE LA POURSUITE DE LA MESURE »

DIALLO, A. (2010) « ETUDE DE LA CESARIENNE AVANT ET PENDANT LA GRATUITE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KENIEBA », Thèses d'exercice de médecine générale

Fabien, A. (2016) « LES PARADOXES DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DE LA CESARIENNE AU BENIN », Revue Internationale des Sciences de Développement (RISD), E- ISSN : 9771-2345, ©2016 CIIT®, All Rights Reserved, Vol.4, N°.6, Août 2016

Gaoussou, T. (2010) « L'impact de la gratuité de la césarienne sur le système de référence/évacuation cas du Diastrict Sanitaire de Bla en 2010 », Thèses d'exercice de médecine générale, https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1323

Gléglé-Hessou, Y., Kpozehouen, A., Makoutodé, M., Ouedraogo, T. L., Saizonou, J., Tchma-Bouraima, M. (2013) « EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA CESARIENNE AU BENIN » Santé publique 2013/4 Vol. 25/ pages 507 à 515, https://WWW.cairn.info/revue-santé-publique-2013-4-page-507.htm

Godin, I., Mahieu, C., Mongbo, V., Ouendo, E. M., Ouédraogo, L. « La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin », Dans Santé Publique, 2016/3 (Vol. 28), pages 399 à 407, Mis en ligne sur Cairn.info le 12/08/2016, https://doi.org/10.3917/spub.163.0399

BENIN, Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin page 94

https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1114

https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1320

Lassina Soungalo, T. (2012) «La césarienne dans le contexte de la gratuité au Centre de Santé de Référence de Bougouni », Thèses d'exercice de médecine générale,

MATHAUER, I., NTAMWISHIMIRO SOUMARE, A.,SEMEGAN, B. (2010) « Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin », Rapport technique d'une mission d'appui de l'OMS

Sékou, S. (2011) «La gratuité de la césarienne qu Centre de santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako», Thèses d'exercice de médecine générale,

Tchanou, C. (2016) « La gratuité de la césarienne pose question au Bénin », L'OBS<RUE89< monde, Publié le 04 novembre 2016 à 13h49 Mis à jour le 03 décembre 2008 à 11h28

ANNEXE

Questionnaire

Q1. Quelle est la situation matrimoniale de la femme ?

4- Mariée

5- Veuve

6-

7- Célibataire

Q2. La famille arrive-t-elle à se nourrir, se vêtir, se soigner seule sans assistance ?

1- Oui

2- Non

Q3. La famille traverse-t-elle une situation socio-économique très précaire ?

1- Oui

2- Non

Q4. La famille a-t-elle les moyens financiers pour le reste des dépenses de soin ?

7- Oui

8- Non

9- Pas de réponse

Q5. La femme a-t-elle une activité économique ?

1- Oui

2- Non

3- Pas de réponse

Q6. Le mari a-t-il une activité économique ?

1- Oui

2- Non

3- Pas de réponse

Q7. Aviez-vous complétés de ressource après subvention pour continuer les soins ?

1- Oui

2- Non

Q8. Vous vous étiez endettés pour honorer les frais des dépenses ?

7- Oui
8- Non
9- Pas de réponse

Q9. La gratuité a t- elle d'influence négative sur la qualité de l'opération de la césarienne ?

1- Oui
2- Non

Q10. Le mari de la femme enceinte refuse-t-il de payer les frais secondaires des soins lors et après de l'opération ?

1- Oui
2- Non

Q11. Étiez-vous bénéficiaire de la gratuité césarienne ?

4- Oui
5- Non
6- Pas de réponse

Q12. Quel est le niveau de revenu ?

……

Q13. Combien avez-vous dépensés pour les soins ?

……

Année	**Nombre d'accouchement par césarienne**	**Nombre de cas de décès au de l'accouchement**	**Dépense de l'Etat pour césarienne**
2009	129	3	-
2010	133	1	-
2011	292	2	-
2012	149	1	-
2013	356	2	-
2014	266	3	-
2015	256	2	25600000
2016	347	1	34700000
2017	408	1	-
2018	380	2	38000000
2019	598	1	59800000

Q1 situation matrimoniale

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Célibataire	6	17,6	17,6	17,6
Mariée	20	58,8	58,8	76,5
Veuve	8	23,5	23,5	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q2 famille arrive-t-elle à se nourrir

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	11	32,4	32,4	32,4
Oui	23	67,6	67,6	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q3 une situation socio-économique très précaire

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	14	41,2	41,2	41,2
Oui	20	58,8	58,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q4 les moyens financiers pour le reste des dépenses de soin

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	14	41,2	41,2	41,2
Oui	20	58,8	58,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q5 les moyens financiers pour le reste des dépenses de soin

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Va	Non	13	38,2	38,2	38,2
	Oui	21	61,8	61,8	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Q6 mari a-t-il une activité économique

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	8	23,5	23,5	23,5
Non	7	20,6	20,6	44,1
Oui	19	55,9	55,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q7 complété de ressource après subvention pour continuer les soins

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	2	5,9	5,9	5,9
Oui	32	94,1	94,1	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q8 étiez endettés pour honorer les frais des dépenses

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	17	50,0	50,0	50,0
Non	1	2,9	2,9	52,9
Oui	16	47,1	47,1	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q9 La gratuité a t- elle d'influence négative sur la qualité de l'opération de la césarienne

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	28	82,4	82,4	82,4
Oui	6	17,6	17,6	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q10 Le mari de la femme enceinte refuse-t-il de payer les frais secondaires des soins lors et après de l'opération

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

	8	23,5	23,5	23,5
Non	15	44,1	44,1	67,6
Oui	11	32,4	32,4	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Q11 Etiez-vous bénéficiaire de la gratuité césarienne

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	6	17,6	17,6	17,6
Oui	28	82,4	82,4	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Régression logistique

logistic Dsanté SituMatr Nourri SituEco Rev Moyen ActviEco1 ActviEco2 Dettes BénéfiCésar

Logistic regression Number of obs = 34

LR chi2(8) = 10.41

Prob > chi2 = 0.0237

Log likelihood = -10.637362 Pseudo R2 = 0.6286

Dsanté	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
SituMatr	3.139115	3.402296	1.06	0.291	.3751817	26.26472
Nourri	.0667191	.1652712	-1.09	0.274	.0005197	8.565983
SituEco	2.09e+07	1.20e+11	0.00	0.998	0	.
Rev	3.278122	3.823438v	1.08	0.002	.3231815	28.32412
Moyen	.921048	.1843712	-3.15	0.542	.0054223	5.482226
ActviEco1	.8231421	1.856438	-0.09	0.931	.0099027	68.42203
ActviEco2	1.473224	2.272626	0.25	0.802	.0716454	30.29351
Dettes	3.335385	19181.79	0.00	1.000	0	.
InfluCésari	.4517819	.9809107	-0.37	0.014	.0064091	31.84645
BénéfiCésar	.0917148	.1914152	-1.14	0.252	.0015343	5.482226
_cons	5.96e-08	2.49e-07	-3.98	0.000	1.64e-11	.0002165

Table des matières

AVERTISSEMENT i

DEDICACE 1 ii

DEDICACE 2 iii

REMERCIEMENTS iv

LISTE DES SIGLES v

LISTE DES TABLEAUX vi

SOMMAIRE vii

Résumé viii

Abstract ix

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE 3

Section 1 : Organisation du système national de santé au Bénin et les défis du secteur de la santé. 3

A.Organisation du système national de santé au bénin. 3

1) Le niveau central 3

2) Le niveau intermédiaire ou départemental 3

3) Le niveau périphérique 4

B. Les défis du secteur de la santé 4

1) Les défis du secteur de la santé selon le Ministère de la Santé(MS) 4

2) Les défis du secteur de la santé selon le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement(PNUAD) 2019-2023 5

3) Les défis du secteur de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 5

Section 2 : Présentation du HZO (description et mission principale) 6

A.La description de HZO 6

B. La mission principale du HZO 7

Section 3 : La situation géographique, la structure et la vision de HZO 7

A.La situation géographique de HZO 7

B.La structure de HZO 7

C. La vision de l'HZO 7

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 9

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses 9

Paragraphe 1 : Problématique 9

Paragraphe 2 : objectifs et hypothèses de l'étude 11

A. Objectifs de l'étude 11

1-Objectifs Générale 11

2-Objectifs spécifique 11

B. Hypothèses de l'étude 11

Section 2 : Revue de la littérature et méthodologie de recherche 12

B- Contributions antérieures 13

Paragraphe 2: Méthodologie de recherche : 21

A-Type et période de l'étude 21

B-Cadre de l'étude 22

C-Population à l'étude et méthode d'échantillonnage 22

D-Les outils d'analyse 22

CHAPITRE III : PRESENTATIONS ET ANALYSES DES RESULTATS 26

Section 1 : Présentation des résultats 26

Paragraphe 1 : caractéristiques socio-économique des femmes ayant bénéficiés la gratuité de la césarienne. 26

A. Caractéristiques des femmes interviewées 27

Section 2: Validation des hypothèses, limites de l'étude et les suggestions. 31

Paragraphe1: Validation des hypothèses 31

Paragraphe2: Limites de l'étude et les suggestions 31

Conclusion 32

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE..... 35

ANNEXE ..... a

Table des matières..... h