



CENTRE AFRICAIN D'ÉTUDES SUPÉRIEURES EN GESTION

Département CESAG SANTE
MBA Economie de la Santé
21^{ème} Promotion

Mémoire de fin de formation

Pour l'obtention du
MBA EN ECONOMIE DE LA SANTE

Année académique 2018-2019

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE
DE GRATUITE DE LA CESARIENNE AU SENEGAL :
CAS DU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO**

Présenté par :

Dr. Habib Fabrice LASSI

Sous la Direction de :

Dr. Mansoum NDIAYE

Enseignant chercheur au CESAG

Octobre 2019

RESUME

Notre étude qui porte sur la gratuité de la césarienne au Centre Hospitalier Abass Ndao, a pour objectif principal d'évaluer le niveau de mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne, mais plus spécifiquement de décrire les caractéristiques socio-économiques et démographiques des bénéficiaires, d'examiner l'effectivité de la gratuité, d'apprécier l'évolution des principaux indicateurs et d'analyser la situation du remboursement de la gratuité de la césarienne.

Il s'agit d'une étude descriptive de type rétrospectif et transversal à visée évaluative portant sur 80 femmes césarisées ayant bénéficié de la gratuité entre le 01 janvier et le 31 décembre 2018, les agents de santé qualifiés impliqués dans la prise en charge des parturientes et le personnel administratif clé. Elle comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Les résultats ont montré que la tranche d'âge [25-30 ans] est la plus représentée et l'âge moyen des bénéficiaires est de 28,68 ans, ce qui est sensiblement égale à l'âge moyen de la population féminine sénégalaise qui est de 23,2 ans avec une fécondité par âge maximale entre 25 et 34ans. 42,5% ont un revenu mensuel familial supérieur à 250.000fcfa alors que le SMIG est à 55 000fcfa. 68,8% ont affirmé avoir payé des frais pour leur prise en charge. L'hospitalisation et les analyses de laboratoire étaient facturées respectivement à 61,3% et 41,3% des bénéficiaires. En plus, 56,3% ont affirmé avoir acheté des produits pour compléter le kit avant l'acte. Cependant, 90% des bénéficiaires sont au moins satisfaites de la gratuité de la césarienne. Le taux moyen de remboursement est de 42,22% avec un délai moyen estimé à 11 mois. Le taux de césarienne a connu une augmentation de 15,92% en 2014 et de 2014 à 2018, ce taux oscille entre 29,85% et 35,98%. Alors que l'OMS recommande un taux de césarienne entre 5 et 15%. En 2017, le taux de mortalité maternel a connu un pic à 271 décès pour 100 000 naissances vivantes. Depuis 2014, le taux de mortalité néonatal a une tendance à la décroissance.

Démarrée en 2014, le niveau de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne reste faible. Des goulots d'étranglement persistent. La prise en compte des recommandations formulées permettra d'améliorer la mise en œuvre de cette politique.

DEDICACE

A Dieu Tout Puissant

Mon âme te loue et te glorifie Seigneur Jésus pour toutes tes grâces inestimables.
Aucune dédicace ne saurait exprimer, à leur juste valeur, ma reconnaissance et ma gratitude.
Que ta volonté se réalise pleinement dans ma vie.

A mon père, ADENIYI Lassi

Que Dieu Tout Puissant t'accorde une longue vie, afin que tu puisses savourer les fruits de tes efforts.

A ma mère YAO Ahou Marie

Je t'honore à travers ces mots car ma bouche ne saurait se taire devant ton amour.
Merci pour tout, que Dieu te comble de ses grâces et de son amour.

A mon frère LASSI Landry

Seul Dieu le Tout Puissant saura te rendre tout le bien que tu as fait et continues de faire.
Encore une fois merci !

A ma fiancée, KONAN Clarisse

Pour le soutien et les conseils qui m'ont permis de tenir ferme dans cette aventure.
Que le Seigneur veille sur toi !

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à :

- **Docteur Mansoum NDIAYE**, Enseignant chercheur au CESAG, pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Je ne saurai jamais assez-vous remercier pour votre confiance, vos encouragements, votre gentillesse et pour tout ce que j'ai appris grâce à vous.
- **Docteur El Hadji GUEYE**, Chef de département CESAG-SANTE, pour les cours de qualité dispensés lors de la formation et pour les efforts consentis pour la bonne marche de notre département ;
- **Madame Mously SEYE**, Assistante du programme CESAG-SANTE pour avoir contribué au bon déroulement du programme ;
- **Monsieur Alexis KOUASSI**, dont le soutien, les encouragements et les conseils m'ont aidé tout au long de cette formation ;
- **La Direction et à tout le personnel du CHAN** pour l'accueil et pour tous les services rendus durant ce travail ;
- **Monsieur Mor Talla TOURE** pour sa solidarité ;
- **Mademoiselle Miryam SORO** pour son soutien et sa générosité ;
- **Tous les étudiants de la promotion CESAG-SANTE 2018-2019** pour cet esprit de famille que vous ne cessez de créer et les bons moments passés ensemble à la recherche du savoir. Que le Tout Puissant fructifie nos efforts ;
- Tous ceux ou celles, qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, que Dieu vous bénisse.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ACT	Combinaisons Thérapeutique à base d'Artémisinine
AOF	Afrique Occidentale Française
ARV	Antirétroviraux
CA	Conseil d'Administration
CHAN	Centre Hospitalier Abass NDAO
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CTE	Comité Technique d'Etablissement
ECD	Equipe cadre du district
ECR	Equipe cadre de région
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
IB	Initiative de Bamako
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
MCD	Médecin chef de district
MCR	Médecin-chef de région
ODD	Objectif du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies

PGAC	Politique de Gratuité de L'accouchement et de la Césarienne
PIB	Produit Intérieur Brut
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal Emergent
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TPM	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie
UCAD	Université Cheikh Anta DIOP
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : différentes unités de la maternité du CHAN	15
Tableau 2 : modèle d'analyse	27
Tableau 3 : situation du remboursement des factures liées à la gratuité de la césarienne de 2015 à 2018	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : organisation du système de santé du Sénégal	8
Figure 2 : tranches d'âge des bénéficiaires	30
Figure 3 : niveau d'instruction des bénéficiaires	31
Figure 4 : profession des bénéficiaires	32
Figure 5 : statut matrimonial des bénéficiaires	33
Figure 6 : revenu mensuel du ménage des bénéficiaires	34
Figure 7 : niveau de satisfaction des bénéficiaires	36
Figure 8 : effectivité de la gratuité	37
Figure 9 : prestations facturées	38
Figure 10 : connaissance de la gratuité de la césarienne	39
Figure 11 : information de la population	40
Figure 13 : évolution du nombre d'accouchements assistés	43
Figure 14 : évolution du taux de césariennes et du taux d'accouchement par voie basse	44
Figure 15 : évolution du taux de décès maternel	45
Figure 16 : évolution du taux de décès néonatal	46

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire adressé aux prestataires.....	IV
Annexe 2 : questionnaire adressé aux bénéficiaires.....	VI
Annexe 3 : questionnaire adressé au responsable des statistiques	VII
Annexe 4 : questionnaire adressé à l'agence comptable	VIII
Annexe 5 : kit césarienne	IX
Annexe 6 : état récapitulatif des césariennes.....	X
Annexe 7: autorisation d'enquête.....	XI

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

RESUME :	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE.....	17
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	29
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	30
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	47
CONCLUSION GENERALE	51
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	IV
TABLE DES MATIERES.....	XII

INTRODUCTION GENERALE

Une politique de santé peut être définie comme l'attitude officielle exprimée par le gouvernement dans le domaine de la santé, lors de déclarations solennelles ou au sein de documents de planification. Le processus de formulation d'une politique de santé inclut l'identification de priorités, la détermination d'objectifs, le choix d'instruments pour servir à la politique ainsi définie, la mise en place d'une infrastructure institutionnelle et une allocation spécifique de fonds¹.

Suite à l'Initiative de Bamako, née de la conférence de Alma-Ata (1978) et adoptée en 1987 qui a consisté en l'instauration du recouvrement des coûts, afin d'assurer à la population des soins efficaces, socialement acceptables, économiquement accessibles avec la pleine participation de la communauté, il s'est posé un problème d'équité et d'accessibilité aux services de santé.

Ainsi, dans la volonté de réduire la mortalité et d'atteindre les Objectif du Développement Durable (ODD), à suite des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les pays en développement ont adopté des politiques d'exemption des coûts à une certaine gamme de soins. Notamment celle de la césarienne dans le but d'améliorer la santé maternelle et infantile.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. 99% de tous les décès maternels surviennent dans les pays en développement. Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle a pratiquement diminué de 44% à l'échelle mondiale. Entre 2016 et 2030, dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD), l'objectif est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes². La mortalité maternelle demeure préoccupante à travers le monde et surtout en Afrique subsaharienne. Au Sénégal, le ratio de la mortalité maternelle était de 315 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.³

¹Barbieri M., Cantrelle P. (1991). Politique de santé et population Politique africaine p51 vol 44 ; ISSN 0244-7827

²Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. (2016), *Lancet*, 387 (10017) : 462-74

³ <https://ffmuskoka.org>

Le Sénégal a souscrit à ces différents agendas internationaux. L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est considérée par l'Etat comme la priorité en matière de santé.

L'initiative de gratuité de la césarienne s'inscrit dans la continuité d'une politique qui vise à réduire les barrières à l'accès aux soins. La gratuité a effectivement démarré en 2005 dans cinq (5) régions pilotes considérées comme les plus pauvres et les plus difficiles d'accès du pays : Fatick, Kolda, Matam, Tambacounda et Ziguinchor. En 2006, la gratuité des césariennes a été étendue à tous les hôpitaux du Sénégal sauf à ceux de Dakar. Elle concerne, les accouchements dans les centres de santé et les postes de santé, les césariennes dans les centres de santé à Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et dans les hôpitaux à l'exception de Dakar. Finalement en 2013, cette politique est rentrée dans sa phase finale par la substitution de la gratuité partielle par la gratuité totale et à la généralisation de la politique à la région de Dakar.

Cependant, la poursuite de ces politiques d'abolition des coûts dans le cadre des ODD ne sont pas sans danger sur les systèmes de santé des pays. Dans ce contexte marqué par la rareté des ressources dans ces pays, qui impose la recherche de l'efficacité, nous constatons que ces politiques souffrent du manque d'évaluation.

Six ans après la généralisation de la politique de gratuité de la césarienne, une étude à visée évaluative des différents paramètres s'avère donc nécessaire. Elle permettra entre autres, de savoir si la gratuité a bénéficié aux pauvres, d'étudier les caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires, l'effectivité de la mise en œuvre ainsi que le degré d'atteint des résultats. Notre étude s'articule autour de la question principale suivante : quel est le niveau de mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne ?

De cette préoccupation découle les questions secondaires qui suivent :

- quelles sont les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes ayant bénéficié de la gratuité ?
- la mise en œuvre est-elle effective ?
- quel est le degré d'atteinte des résultats ?
- quelle est la situation du remboursement de la gratuité de la césarienne ?

L'objectif général de cette étude est d'évaluer le niveau de mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne.

Mais plus spécifiquement de :

- décrire les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes ayant bénéficié de la gratuité en comparaison avec celle de la population générale pour savoir si la barrière financière est levée ;
- examiner l'effectivité de la mise en œuvre ;
- montrer le degré d'atteinte des résultats ;
- analyser la situation du remboursement de la gratuité de la césarienne.

Notre étude se base sur l'hypothèse selon laquelle, la politique de gratuité de la césarienne n'est pas mise en œuvre conformément au processus prévu.

L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle permettra une meilleure connaissance des difficultés de mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne et incitera les autorités à prendre les mesures appropriées.

Le travail sera élaboré en deux grandes parties, comprenant chacune deux chapitres. La première partie sera consacrée au cadre théorique de l'étude qui comportera d'abord le cadre général de l'étude, ensuite le cadre conceptuel et méthodologique. Tandis que la deuxième partie abordera le cadre pratique. Cette dernière traitera dans un premier temps la présentation et l'analyse des résultats puis dans un second temps les discussions et recommandations.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre nous présenterons brièvement le Sénégal et ensuite nous aborderons le cadre pratique de notre étude, le Centre Hospitalier Abass NDAO.

1.1. Présentation du Sénégal

Pour mieux connaître le Sénégal, nous présenterons sa situation géographique, démographique et économique, puis nous aborderons son système de santé et son profil sanitaire.

1.1.1. Situation géographique

Le Sénégal se situe à l'avancée la plus occidentale du continent africain dans l'Océan Atlantique, au confluent de l'Europe, de l'Afrique et des Amériques, et à un carrefour de grandes routes maritimes et aériennes.

D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 km. Dakar (550 km²), la capitale, est une presqu'île située à l'extrême Ouest.

Le pays est plat, aux sols sablonneux et ne dépasse pas 130 m d'altitude sauf à la frontière sud-est vers la Guinée. Trois fleuves traversent le pays d'est en ouest : le Sénégal (1700 km) au nord, la Gambie (750 km) et la Casamance (300 km) au sud.

Le climat, tropical sec, est caractérisé par deux saisons : une saison sèche de novembre à juin et une saison des pluies de juillet à octobre. Il y'a trois types de végétation : forêt au sud, savane au centre et steppe au nord.⁴

1.1.2. Situation démographique

En 2018, la population du Sénégal est estimée à 15 726 037 habitants dont 7 896 040 de femmes (50,2%) et 7 829 997 d'hommes (49,8%). Plus de la moitié des personnes vivant au Sénégal résident en milieu rural (53,3%) contre 46,7% de citadins.

La région de Dakar qui couvre 0,3% de la superficie du pays, abrite 23,1% de la population du Sénégal, soit une densité de 6 637 habitants au Km². A l'opposé, Kédougou est la région la

⁴ www.sec.gouv.sn/présentation-générale

moins peuplée avec une proportion de 1,1% de la population sénégalaise et une densité de 11 habitants au Km².⁵

Le Sénégal est également caractérisé par la jeunesse de sa population. Globalement, 30% de la population a moins de 10 ans, tandis que les moins de 20 ans représentent 52%, entraînant l'âge médian de la population à se situer à 18 ans.⁶

1.1.3. Situation économique

Le Sénégal, qui affiche une croissance supérieure à 6% depuis 2014, devrait conserver cette dynamique dans les années qui viennent, en faveur notamment du démarrage de la production de pétrole et de gaz prévu en 2022. Alors que le taux de croissance du PIB s'était accéléré en 2017 pour franchir la barre des 7%, les projections indiquent une progression stable de plus de 6 % pour 2018 et les années suivantes. Si tous les secteurs de l'économie ont tiré la croissance en 2018, celle-ci a surtout bénéficié de trois moteurs principaux : l'agriculture, boostée par des programmes de soutien, la demande extérieure, robuste, et les grands investissements d'infrastructure entrepris dans le cadre du Plan Sénégal émergent (PSE).

La mise en service des gisements de pétrole et de gaz offshore, programmé en 2022, ouvre par ailleurs d'importantes perspectives d'accélération de la croissance.

Le déficit budgétaire s'est par conséquent creusé à 3,5 % du PIB en 2018 (contre 3 % en 2017), et l'État a retardé les paiements dus à ses fournisseurs. Alors que le Sénégal aura pour objectif l'année prochaine de continuer à limiter son déficit à 3 %, conformément au critère de convergence de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le cours élevé des matières premières continuera de peser sur son équilibre budgétaire.

Afin de respecter ce plafond, le pays devra possiblement poursuivre ses efforts d'accroissement des recettes et de maîtrise des dépenses publiques — sachant qu'à partir de 2022, les revenus de la production pétrolière et gazière devraient commencer à entrer dans les caisses de l'État.⁷ Cela pourra élargir l'espace budgétaire et permettre de prendre en charge ces politiques de gratuité.

⁵ http://www.ansd.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=481:la-population-du-senegal-en-2018&catid=56:depeches&Itemid=264

⁶ http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES_2016_fin.pdf

⁷ www.banquemondiales.org/fr/country/senegal/overview

1.1.4. Système de santé et politique de santé

Il s'agit ici, de présenter le système de santé du Sénégal et la politique de santé qui y est appliquée.

1.1.4.1. Système de santé

Le système de santé du Sénégal est de type pyramidal à trois échelons que sont le niveau central, la région médicale et le district sanitaire.

Le niveau central comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé.

Le niveau régional comprend la région médicale qui correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région (MCR) qui anime l'équipe cadre de région (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé. Elle correspond au niveau d'impulsion des politiques de santé et d'encadrement du niveau opérationnel.

Le niveau opérationnel correspond au district sanitaire pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de celle-ci. Il comprend au moins un centre de santé et un certain nombre de postes de santé. Il est géré par le médecin chef de district (MCD) qui pilote l'équipe cadre du district (ECD). Le district constitue le niveau opérationnel du système. Il est le lieu d'exécution des programmes de santé.

En outre, on retrouve des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) au niveau central.⁸

A cela s'ajoute les services de santé privés qui sont aussi bien fréquentés par les riches que par les pauvres et influencent favorablement les indicateurs prioritaires du secteur, mais n'est pas suffisamment impliqué dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé.

⁸http://www.pnlp.sn/wp-content/uploads/2016/08/PNLP_PSN_VFF_03-02-2016.pdf

Figure 1 : organisation du système de santé du Sénégal



Source : PNLP (2016)

1.1.4.2. Politique de santé

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que « ... l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérables ;

- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.⁹

1.1.5. Profil sanitaire

Ces dernières années, le Sénégal a connu des avancées jugées relativement bonnes en comparaison avec les moyennes de l'Afrique subsaharienne. Malgré ces succès, de nombreux défis demeurent.

L'espérance de vie à la naissance est de 69,4 ans pour les femmes et 65,4 ans pour les hommes. Globalement un sénégalais vit en moyenne 67,48 ans.¹⁰

Le quotient de mortalité infantile est estimé à 42 ‰ et celui de la mortalité juvénile à 15 ‰. Cela veut dire sur 1 000 naissances vivantes, 42 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire et 15 décèdent entre le premier et le cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 56 ‰, soit moins d'un enfant sur dix. Autrement dit, sur 1 000 naissances vivantes, 56 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire.

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 236 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017.

Le taux de mutilation génitale féminine est de 24% avec 15 % des femmes et 14 % des hommes y sont toujours favorables.¹¹

Le taux brut de mortalité en 2017 est estimé à 5,75 ‰.¹²

Les principales causes de mortalités sont les maladies infectieuses et parasitaires dont : le paludisme, la tuberculose, l'infection au VIH/SIDA.

Concernant le paludisme, son incidence est passée de 14 ‰ à 27 ‰, la morbidité proportionnelle de 3,07 à 5,4%, la létalité hospitalière de 2,9% à 3,92%, et enfin la mortalité

⁹ https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf

¹⁰ <http://perspective.usherbrooke.ca>

¹¹ <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20EDS%202017.pdf>

¹² <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.CDRT.IN?locations=SN&view=chart>

proportionnelle de 4,4% à 7,5% entre 2009 et 2013. La tendance a été renversée pour tous ces indicateurs, avec des baisses observées entre 2012 et 2014.¹³

Le niveau de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité de la tuberculose s'appuie uniquement sur les estimations de l'OMS publiées dans le rapport mondial OMS 2012. L'incidence est estimée à 136 cas tuberculose toutes formes pour 100.000 habitants avec un taux de détection de 63% des tuberculoses toutes formes constituées des nouveaux cas TPM+, TPM-, TEP et des cas de rechute. La prévalence a été estimée à 200 et la mortalité à 19 pour 100.000 habitants. Le succès de traitement est passé de 53 à 85% en 10 ans (2001 à 2010).¹⁴

L'épidémie du VIH au Sénégal est de type concentré avec une prévalence basse dans la population générale estimée à 0,5 % en 2017. Les dernières estimations de l'ONUSIDA montrent une baisse progressive de la prévalence du VIH, chez les 15 à 49 ans depuis 2005. Cette tendance à la stabilisation voire la baisse de la prévalence serait attribuable aux investissements précoces et ciblés qui sont effectués dans le cadre de la riposte au VIH.

Un total de 23 670 patients étaient régulièrement suivis en 2017 dont 23 204 sous traitement ARV. Parmi ces patients, 94,6 % sont des adultes âgés de 15 ans ou plus.¹⁵

1.2. Présentation du cadre de l'étude

Ici, nous présenterons dans un premier temps l'entité ensuite le service en charge des parturientes.

1.2.1. Présentation de l'entité

Il s'agit ici, de l'historique, de l'organisation et des données physiques.

1.2.1.1. Historique

Le Centre Hospitalier Abass NDAO est situé à l'angle de l'avenue Cheikh Anta DIOP et du boulevard de la Gueule Tapée, il relevait sur le plan juridique de l'ancienne Communauté Urbaine de Dakar. De par sa position géographique, il occupe une place privilégiée dans le dispositif sanitaire de la région de Dakar. C'est M. Alfred GOUX, à l'époque Maire de Dakar, qui créa en 1935 une maison de repos pour anciens prisonniers, dénommée Centre de repos

¹³ Sénégal – Plan Stratégique de lutte contre le Paludisme 2016 – 2020, 171p.

¹⁴ Rapport de la Revue Externe du Programme National de lutte contre la tuberculose PNT /Décembre 2012, 88p.

¹⁵ Rapport Annuel 2017 Conseil National de Lutte contre le Sida, 50p.

MANDEL, du nom de l'ex-gouverneur français des colonies. Elle fut inaugurée par M. Pierre BOISSON, Gouverneur Général par intérim de l'AOF., en présence de M. L. PONZO, Administrateur de la circonscription de Dakar et de M. Alfred GOUX le 10 avril 1939. Ledit centre a été au début de la seconde guerre mondiale prêté aux Américains qui en ont fait une base militaire. A la fin de la guerre, le centre repos MANDEL a été restitué aux français qui en ont fait un dispensaire appelé « Dispensaire Repos MANDEL ». Il est resté en l'état avec, comme services médicaux, un service de soins externes logé au bâtiment actuel de la comptabilité et plus tard la maternité dans sa situation actuelle. Ce n'est qu'en 1974 que feu le docteur Serigne Moctar BA, médecin chef des services médicaux municipaux, faisant la tournée des services, a proposé la transformation du dispensaire en centre hospitalier municipal prenant le nom du docteur Abass NDAO, ancien médecin résident du dispensaire.

1.2.1.2. Objectifs du CHAN

Dès l'origine le CHAN s'est fixé les objectifs suivants :

- faciliter l'accessibilité des prestations aux utilisateurs ;
- réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
- garantir la disponibilité des moyens de diagnostic, de traitement et de surveillance ;
- mettre en place une politique de qualité des prestations ;
- promouvoir la réactivité de la structure face à des situations de catastrophe ;
- développer et mettre en œuvre un programme continu de recherches ;
- pérenniser la disponibilité des documents.

1.2.1.3. Missions

A l'instar des autres établissements publics de santé du Sénégal, le CHAN a une mission de santé dont le but vise à :

- assurer une offre de soins conforme au plan national de développement sanitaire, à la carte sanitaire mais surtout à la demande des populations ;
- promouvoir le rendement et l'efficacité des prestations offertes aux usagers ;
- assurer la formation et l'encadrement des stagiaires médicaux et paramédicaux ;

- développer la recherche.

1.2.1.4. Contexte social

De par sa position géographique et ses spécialités médicales, le Centre Hospitalier Abass NDAO reçoit des patients de toute catégorie sociale. C'est pourquoi l'hôpital intègre dans la prise en charge des patients les personnes les plus démunies communément appelées indigents. D'ailleurs, un service social est mis en place pour s'occuper des indigents. L'hôpital applique depuis son érection en EPS les tarifs les plus faibles conformément aux directives du conseil d'administration pour répondre aux besoins des populations en matière de santé.

1.2.1.5. Statut

La loi 2003-01 portant création d'un établissement public communal de santé hospitalier à statut spécial dénommé Centre Hospitalier Abass NDAO précise son niveau 3. La composition du conseil d'administration est fixée par décret. La présidence du conseil d'administration est assurée par le maire de la ville de Dakar. Le Centre Hospitalier Abass NDAO est soumis aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux établissements publics de santé notamment la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière et la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé et le décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé.

1.2.1.6. Conseil d'administration

Le décret n° 2003-287 fixe la composition du conseil d'administration, l'organisation et le fonctionnement du Centre Hospitalier Abass NDAO. Le Centre Hospitalier National Abass NDAO dispose de la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales. Il a été érigé en établissement public de santé en son article 5 par le décret 2002-276 du 11 mars 2002 portant dévolution des biens meubles et immeubles, et répartition des services de l'ex communauté urbaine de Dakar. Cette réforme hospitalière confère à l'hôpital Abass NDAO, une autonomie tant sur le plan juridique que financier. Cette autonomie de gestion suppose de nouvelles orientations et l'assignation d'objectifs dans le temps. L'hôpital se compose essentiellement de services médicotechniques, de services administratifs et de maintenance. La réforme hospitalière a également créé des organes :

- organe délibérant : le Conseil d'Administration (CA) ;
- organes consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Le CA est composé de 12 membres nommés par arrêté municipal.

La CME est constituée de l'ensemble des chefs de services médicotechniques et représentants des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes non chef de service.

Le CTE se compose des représentants de tous les groupes socio-professionnels de l'hôpital.

1.2.1.7. Services existants et prestations offertes

Le Centre Hospitalier Abass NDAO compte en son actif 11 services médicaux sanitaires, 06 services d'appui technique et totalise toutes les structures administratives et de gestion contenus dans la réforme hospitalière.

➤ Services Médicaux sanitaires

Les services médicaux présents au sein du CHAN sont :

- Service Accueil, urgence ;
- Service de consultation externe ;
- Service de médecine interne ;
- Centre anti diabétique ;
- Service de la Chirurgie ;
- Service de Gynécologie ;
- Service de néonatalogie ;
- Service Pédiatrie ;
- SMI : Santé Maternelle et infantile ;
- Centre Ophtalmologie ;
- Gastroentérologie ;

- Radiologie ;
- Laboratoire de biochimie ;
- Bloc opératoire ;
- Réanimation / Soins intensif ;
- Maternité ;
- Planning familial.

➤ **Les Services d'appui technique**

Ce sont :

- Pharmacie ;
- Morgue ;
- Service de maintenance ;
- Service d'hôtellerie (cuisine) ;
- Buanderie ;
- Parc automobile.

1.2.2. Présentation de la maternité du CHAN

Le service de gynécologie et d'obstétrique était alors constitué de :

- un service de gynécologie avec vingt-sept (27) lits, dont quatre (4) salles de six (6) lits et trois cabines individuelles. Ce service a été transformée en chirurgie femme ;
- un service d'obstétrique comptant à l'origine soixante-douze (72) lits dont la capacité actuelle a été fortement réduite par la création d'unités de soins kangourou et de bureaux (service maternel et infantile (SMI), bureaux de médecins, salle de garde des infirmières).

➤ **Capacité**

La capacité actuelle de la maternité est de 65 lits et répartis comme suit :

Tableau 1 : différentes unités de la maternité du CHAN

Unité	Nombre de lits
Salle d'accouchement	08
Grossesses pathologiques	12
Opérées récentes 1	07
Opérés récentes 2	12
Suite de couches pathologiques	04
Gynécologie	04
Suite de couche Normales	08
Clinique Lauroy	10
Total	65

Source : maternité CHAN

➤ **Activités**

Le service a une mission de soins, de formation et de recherche.

• **Soins curatifs**

Comme soins curatifs, nous distinguons :

1- La prise en charge des urgences obstétricales : les soins obstétricaux d'urgence complets constituent l'activité la plus importante du service ;

2- Le programme opératoire : interventions gynécologiques ;

3- Les hospitalisations en :

- Grossesses pathologiques ;

- Suite de couches pathologiques et en Gynécologie ;

- Clinique Joseph LAUROY.

• **Soins préventifs**

Concernant les soins préventifs, nous avons :

1- Consultations pré et post natales + package ;

2- Planification Familiale ;

3- Dépistage VIH ;

4- Consultation externe assurée par les gynécologues.

- **Formation**

Le service sert de terrain de stage aux :

- médecins en cours de spécialisation en gynécologie et obstétrique ;

- élèves sages- femmes et infirmières ;

- étudiants de 5ème année de médecine de l'UCAD et de l'école de médecine Saint Christopher ;

- activités de formations continues et de formations des formateurs.

- **Recherche**

Il s'agit de la recherche active et de la recherche opérationnelle.

- **Ressources humaines**

Le personnel de la maternité est composé de :

- 11 médecins gynécologues ;

- 29 sages-femmes ;

- 21 infirmières brevetées ;

- 16 aides-infirmières ;

- 02 assistantes infirmières ;

- 01 agent sanitaire ;

- 01 opératrice de saisie.

CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE

Ce chapitre se consacrera d'une part au cadre conceptuel de l'étude et d'autre part à la méthodologie.

2.1. Cadre conceptuel de l'étude et revue de la littérature

Il s'agit de définir les concepts clé et de présenter une brève revue de la littérature.

2.2.1. Cadre conceptuel

Nous définirons ici, certains concepts qui serviront de base à notre étude.

➤ La CMU

En 2005, la 58^{ième} l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité et réduire les dépenses catastrophiques de santé. Dans cette perspective, le 06 décembre 2012, la 67^{ième} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.

Au niveau régional, avec la volonté de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) de promouvoir la réglementation de la mutualité sociale dans les pays membres, le Conseil des ministres de l'UEMOA a adopté le 26 juin 2009 le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA. Ce texte a pour but de mettre en place « une réglementation uniforme, transparente et efficace permettant d'assurer une saine promotion des mutuelles sociales, fondée essentiellement sur les cotisations des membres dans le but d'une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité au profit des membres et de leurs ayants droit ».

La CMU, acheteur de soins de santé et responsable de l'exécution du programme de Couverture Maladie Universelle, constitue un outil institutionnel permettant aux pouvoirs publics, de mettre en place un système efficace de financement de la santé.¹⁶ La Couverture Maladie Universelle (CMU) offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier

¹⁶ <https://www.sec.gouv.sn/couverture-maladie-universelle-cmu>

d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie grâce à la subvention de l'Etat et ainsi de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM).¹⁷

La CMU a pour mission de :

- assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle ;
- assure la tutelle des régimes de la Couverture Maladie Universelle, à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l'encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent ;
- assure la promotion des mutuelles de santé et autres mutuelles sociales dans le cadre de l'extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et au monde rural.¹⁸

➤ **Mise en œuvre de la gratuité :**

Selon Mény et al (1989), la mise en œuvre d'une politique publique se définit comme un ensemble d'activités individuelles et organisationnelles transformant des conduites dans le cadre d'un contexte prescriptif établi par une autorité publique mandatée. Elle repose sur deux « piliers » essentiels : un ensemble normatif (le processus, la structure ; les résultats et les représentations) et un système d'acteurs (ensemble de personnes qui vont agir pour l'application)¹⁹

➤ **Evaluation**

L'évaluation est l'opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur ou à accorder une importance à une personne, à un processus, à un événement, à une institution ou à tout objet à partir d'informations qualitatives et/ou quantitatives et de critères précis en vue d'une prise de décision. Évaluer, c'est comprendre, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des événements.²⁰

¹⁷ <http://agencecmu.sn/presentation-faq>

¹⁸ <https://www.sec.gouv.sn/couverture-maladie-universelle-cmu>

¹⁹ MÉNY Y., THOENIG J.-C., (1989), Politiques publiques, Paris, Presses universitaires de France, p. 249

²⁰ Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation, 1993, Guérin

La définition suivante, adaptée d'une définition communément utilisée du concept (Patton, 1997) : La collecte systématique d'information sur les activités, les caractéristiques et les résultats de programmes, de services, de politiques ou de processus, dans le but de porter un jugement sur les programmes/processus, d'améliorer l'efficacité et/ou d'éclairer les décisions sur la voie à suivre.²¹

Selon FATANEH, le choix d'un type d'évaluation donne le ton à votre processus d'évaluation. Cela permet de ne pas perdre de vue le but principal de l'évaluation et de déterminer les questions d'évaluation auxquelles il faudrait répondre et les données qu'il faudrait recueillir. Les types d'évaluation les plus courants sont : l'évaluation formative, l'évaluation des processus, l'évaluation sommative et l'évaluation des résultats.

- **L'évaluation formative** est une évaluation continue qui commence dès le début d'un projet. Elle évalue la nature du projet, les besoins auxquels il doit répondre, ainsi que ses progrès et sa mise en œuvre. Elle permet d'identifier de sérieux écarts dans le contenu et les aspects du fonctionnement du projet (autrement dit ce qui a été fait et comment) et elle propose des moyens de les améliorer.
- **L'évaluation des processus** sert à suivre les activités du projet afin de veiller à ce que celui-ci soit mis en place et réalisé selon les raisons pour lesquelles il a été conçu et dans les délais fixés. L'évaluation des processus et l'évaluation formative peuvent se compléter. Bien que la portée d'une évaluation formative soit plus grande que celle d'une évaluation des processus, elles se ressemblent à beaucoup d'égards : elles sont toutes les deux axées sur l'efficacité du projet et les aspects de son fonctionnement ; toutes deux commencent au tout début du projet et elles peuvent être effectuées par le personnel interne; toutes deux ont besoin d'une étroite surveillance pour suivre les activités de fonctionnement et pour recueillir l'information liée au processus.
- **L'évaluation sommative** est une évaluation de l'efficacité d'ensemble du projet et de ses réalisations. Elle fait ressortir si le projet a bien rempli la mission pour laquelle il a été conçu. Elle fournira l'information nécessaire pour la planification et les décisions futures et elle est habituellement faite dès que le projet est achevé. En règle générale, ce type d'évaluation ne touche pas directement le projet en cours, par contre elle aide les intervenants à décider de l'orientation que doit prendre ce projet ou d'autres semblables à l'avenir. Pour tirer de l'information utile d'une évaluation sommative, il faut que le

²¹ <http://www.cibr-irsc.gc.ca/f/45336.html>

projet ait des buts et objectifs bien définis et un plan qui permette de ne pas perdre de vue les résultats que l'on veut tirer du projet. Ce type d'évaluation doit être effectué soit par un évaluateur externe, soit par le personnel et les spécialistes qui ont les connaissances, les ressources et les outils voulus pour faire ce genre d'évaluation.

- **L'évaluation des résultats** détermine à quel point un projet a produit les effets voulus de même que d'autres effets qu'il aurait pu avoir sur les participants au projet ou sur le milieu. Elle s'attache aux résultats immédiats, intermédiaires ou définitifs réalisés à la suite de l'aboutissement du projet. Une évaluation des résultats devrait permettre d'identifier les impacts souhaitables et non souhaitables du projet. Tout comme l'évaluation sommative, l'évaluation des résultats peut permettre de déterminer si les besoins à l'origine du projet ont été satisfaits ou s'ils existent toujours. Pour effectuer ce type d'évaluation, vous devez tout d'abord avoir une bonne compréhension du processus et des résultats du projet et de la relation qui existe entre les deux. Vous devez ensuite recueillir assez de preuves en cours de projet pour démontrer comment certains résultats sont liés à certaines activités particulières du projet. Il est aussi crucial de dégager les indicateurs d'évaluation, de recueillir les bonnes données et d'interpréter les résultats de l'évaluation, ce qui peut présenter un défi.

Selon les personnes qui mènent l'évaluation, on distingue deux types d'évaluation : interne et externe.

- **L'évaluation interne ou autoévaluation** est réalisée par les responsables de la mise en œuvre d'un projet/programme. Elle peut être moins onéreuse qu'une évaluation externe et contribuer à renforcer les capacités et l'implication du personnel. Toutefois, elle peut parfois manquer de crédibilité aux yeux de certaines parties prenantes, telles que les donateurs, car elle est considérée comme plus subjective.
- **L'évaluation externe ou indépendante** est effectuée par des évaluateurs qui ne font pas partie de l'équipe de mise en œuvre et apportent ainsi un certain degré d'objectivité et, bien souvent, un savoir-faire technique.

Selon le moment de l'évaluation, nous avons :

- **L'évaluation à mi-parcours** est une évaluation formative conduite au milieu de la phase de mise en œuvre.

- **L'évaluation finale** est une évaluation récapitulative (et souvent externe) menée au terme de la mise en œuvre pour évaluer la mesure dans laquelle les objectifs prévus du projet/programme ont été atteints.
- **L'évaluation ex-post** est effectuée quelque temps après la mise en œuvre pour évaluer l'impact et la durabilité à long terme du projet/programme.²²

➤ **Politique de gratuité**

L'objectif de ces initiatives est d'assurer la prise en charge totale des problèmes de santé d'une certaine catégorie de la population. En fait, ce sont des politiques qui consistent à prendre en charge de façon partielle ou totale les coûts de certains soins.

Il s'agit du plan sésame, de la césarienne, de la prise en charge des enfants de moins de cinq (5) ans et de toutes les autres gratuités comme le paludisme simple avec l'avènement des ACT, la tuberculose et le VIH Sida.

- **La gratuité de la césarienne**

Pour surmonter les obstacles financiers aux soins de maternité, le Sénégal a mis en œuvre une politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC) qui a été déployée en 2005 dans cinq régions essentiellement pauvres dans le but d'augmenter le nombre des accouchements dans les établissements de santé. Cette politique fut étendue à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de ceux de Dakar) un an plus tard. La PGAC prend en charge les accouchements normaux dans les cliniques et centres de santé, ainsi que les césariennes dans les hôpitaux régionaux et de district, pour toutes les femmes. Le gouvernement procure des trousseaux subventionnés contenant les fournitures de base pour les accouchements normaux, afin de remplacer les paiements des dépenses de santé par les usagers. Les hôpitaux régionaux effectuant des césariennes ont reçu une rémunération de 55 000 FCFA par opération, une partie étant payée à l'avance sur la base des chiffres estimés et le solde devant être remboursé aux hôpitaux par la suite.²³ Ce montant est ensuite passé à 85 000 FCFA.

²² Monitoring-and-Evaluation-guide-FR

²³ Réduction des obstacles financiers aux soins de santé de la reproduction - Projecteurs sur le Sénégal

Est éligible toute femme sénégalaise en état de grossesse dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à une césarienne. Il s'agit, principalement, des cas de césariennes obligatoires, des césariennes de nécessité et des césariennes de prudence.

Sont concernées par cette gratuité toutes les structures de santé publiques du pays qui sont en mesure de pratiquer la césarienne à savoir les hôpitaux, les centres de santé, SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence), les centres de santé avec bloc opératoire et les structures de santé qui assurent des soins obstétricaux néonataux d'urgence.

Sont gratuits :

- l'acte opératoire ;
- le bilan pré opératoire ;
- le kit de médicaments et de produits consommables accompagnant ledit acte ;
- le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours ;
- les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférant.²⁴

Tout cas de césarienne est justifié grâce aux documents suivants :

- une copie de la carte nationale d'identité de la parturiente, ou à défaut, de celle de son mari ou d'un ascendant direct au premier degré.
- le certificat d'accouchement signé par le gynécologue, le chirurgien, ou le médecin compétent SOU, son cachet nominatif faisant foi.

A la fin de chaque mois, au niveau de l'EPS, le chef de service de la maternité, le président de la commission médical d'établissement, le chef du service administratifs et financiers et le directeur du centre produisent et signent la fiche de la situation globale accompagné de la totalité des copies de cartes d'identité nationale et des certificats d'accouchement. Ce dossier est transmis au plus tard le 10 du mois au service régional de l'ACMU.

Le délai de traitement des factures par le service régional de l'ACMU est de 45 jours après réception des factures.

²⁴ <http://www.agencecmu.sn/cesarienne-0>

2.2.2. Revue de la littérature

La majorité des pays africains ont adopté des politiques d'exemption des couts dans la marche vers la couverture maladie universelle.

Selon Samassa (2012), l'instauration des politiques d'exemption des coûts liés à la césarienne est une initiative très encourageante et efficace pour améliorer la santé maternelle dans les pays en développement. Mais, les publications faites sur la politique dans 4 pays, nous montrent qu'elle n'a pas été bien planifiée par les responsables politiques et que sa mise œuvre a été précisée sans que toutes les conditions ne soient réunies pour son instauration. En d'autres termes, les responsables de la politique n'ont pas tenu compte des contraintes de leurs systèmes de santé avant la mise en œuvre de la gratuité de césarienne pour faire face aux défis, afin d'éviter la détérioration du système sanitaire et garantir la pérennité des politiques dans le futur.

En effet, l'étude de Sardan et Ridde (2014) réalisée dans trois pays, fondée sur des politiques publiques et l'enquête socio-anthropologique de terrain, a dressé un bilan comparatif pour le Burkina Faso, le Mali et Niger, qui ont choisi des dispositifs d'exemption relativement différents. Les problèmes dans la conception de la mise en œuvre restent similaires. Les mesures d'exemption sont souvent prises en fonction d'un mélange de calculs politiques internes et de pressions externes. Le fonctionnement des dispositifs est pour la plupart du temps chaotique et incohérent, faute de préparation, communication, gestion efficace et surtout de financements.

Si la hausse de la fréquentation des centres de santé est incontestablement à mettre à l'actif des différentes mesures d'exemption dans les trois pays, les conditions de la mise en œuvre des politiques, en particulier au Mali et au Niger posent de gros problèmes quant à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes d'une part et quant à la qualité des soins délivrés d'autre part, les deux étant liés.

Dans les trois pays, et dans les domaines bénéficiant d'exemption ou de subvention, les soins de santé ne sont de fait, jamais vraiment gratuits pour l'utilisateur, celui-ci continue à payer mais il paye significativement moins que sous le recouvrement des coûts sans exemption.

Les ruptures dans l'approvisionnement des médicaments gratuits ou les retards dans les remboursements aux formations sanitaires aboutissent à la délivrance des ordonnances pour des médicaments payants, parfois vendus dans la pharmacie de la formation sanitaire, parfois

acheter dans une pharmacie extérieure, parfois vendus illicitement par les agents de santé (en étant prélevés sur des kits officiels ou acquis de divers façon).

Autrement dit, les politiques d'exemption, et à plus long terme, les politiques conduisant à la couverture sanitaire universelle, doivent être adaptées aux systèmes de santé africains tels qu'ils sont dans la réalité, et non sur le « papier », en tenant compte de leurs dysfonctionnements, leurs difficultés, leurs blocages, leurs goulots d'étranglement : trop souvent les nouvelles politiques publiques ignorent les pratiques routinières et présupposent un système de santé – et un Etat – idéal, bien loin du système de santé – et de l'Etat – au quotidien. (DE-SARDAN, 2012).

L'abolition des factures liés aux soins répond théoriquement aux attentes des usagers en supprimant les barrières financières. Mais cette exemption se fait actuellement dans des systèmes sanitaires déjà en mauvaise posture en termes d'organisation du personnel, de financements. D'où, il est à craindre que cette abolition des factures liés aux soins (gratuité de la césarienne...) ne détériore la qualité du système sanitaire déjà en place et n'aggrave les problèmes des usagers en matière d'accessibilité à des soins adéquats (Meessen, 2011).

Ridde et al (2011) nous dit que le paiement direct agit comme un mécanisme de rationnement sur la consommation des ressources publiques, son abolition prive les structures sanitaires d'une source de revenu et engendre une hausse de l'utilisation des services de santé et donc des besoins plus importants en intrants. Elle exige par conséquent des efforts budgétaires de la part du ministère.

Witter et al (2008) ont noté un retard de remboursement important à propos de la gratuité.

Récemment Mbaye et all (2012) a montré que l'Etat avait des dettes de plus de 14 milliards en 2010 envers les hôpitaux dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. Ces retards de remboursement ont eu des effets non négligeables sur les capacités financières des formations sanitaires. Celles-ci ne sont plus en mesure d'acheter les médicaments nécessaires sur fonds propre.

Les difficultés de la mise en œuvre ont été sous-estimé par les promoteurs de ces politiques.

A l'issue de notre revue de littérature, plusieurs auteurs ont fait le constat de ce que les politiques d'exemption des coûts sont difficiles à mettre en œuvre dans les pays africains, raison pour laquelle des évaluations doivent être faites régulièrement.

2.2. Méthodologie de l'étude

2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation des processus.

C'est une étude descriptive de type rétrospectif et transversal à visée évaluative portant sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Elle comporte deux volets : quantitatif et qualitatif.

2.2.2. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée par l'ensemble des femmes ayant bénéficié de l'acte de la césarienne. L'unité statistique est toute femme ayant fréquenté la maternité du Centre Hospitalier Abass NDAO entre le 1er janvier 2012 au le 31 décembre 2018.

2.2.3. Taille de l'échantillon

L'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2017 estime le taux de femmes césarisées au Sénégal à 5%. Le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire cette étude se fera selon la formule de Schwartz :

$$n = \frac{6\alpha^2 * p * q}{i^2}$$

p : proportion des femmes césarisées = 0,05

q : proportion des femmes qui n'ont pas été césarisées $q = 1 - p = 1 - 0,05 = 0,95$

$6\alpha = \text{l'IC95\%} = 1,96$

α = risque d'erreur est de 5%

i = la précision absolue de 5%

$$n = \frac{1,96^2 * 0,05 * 0,95}{0,05^2}$$

$$n = 73$$

Cet effectif a été majoré de 10% et porté à 80 femmes césarisées.

2.2.4. Critères d'inclusion et de non inclusion

➤ Critères d'inclusion

Sont inclus les femmes césarisées du 01 janvier au 31 décembre 2018, les agents de santé qualifiés impliqués dans la prise en charge des parturientes et le personnel administratif clé.

➤ Critères de non inclusion

N'ont pas été retenues dans notre étude, toutes les femmes qui avaient des complications post-opératoires, ainsi que les agents de santé nouvellement affectés au CHAN.

2.2.5. Source de données

Il s'agit des rapports statistiques annuels, les registres du bloc opératoire, les dossiers obstétricaux et fiches opératoires.

2.2.6. Technique et outils de collecte de données

Une fiche de collecte a été confectionnée pour recueillir les données relatives à :

- l'effectif des femmes césarisées ;
- l'effectif des accouchements assistés ;
- les taux de mortalité maternelle et néonatale ;
- le taux et le délai de remboursement des prestations ;
- les difficultés liées à la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne ;
- les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes ayant bénéficié de la gratuité, leur niveau de satisfaction par rapport à la disponibilité et l'accessibilité de l'offre.

Tableau 2 : modèle d'analyse

Cibles/sources	Technique	Outils
Bénéficiaires	entretien semi-structuré téléphonique	questionnaire
Prestataires	entretien semi-structuré	questionnaire
Statisticiens	récits des cas	listing des indicateurs
Dossiers des patients, registres, rapports d'activité, fiches opératoires	Dépouillement	fiche de dépouillement

Source : auteur

2.2.7. Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Sphinx et Excel. Les résultats seront présentés sous forme de graphiques et de tableaux.

2.2.8. Difficultés rencontrées

Lors de notre étude, nous avons rencontré quelques difficultés, qui sont de plusieurs ordres.

Nous pouvons évoquer dans un premier temps la longue attente pour obtenir l'autorisation d'enquête.

Ensuite, nous pouvons évoquer aussi la disponibilité du personnel pour répondre à nos questions.

De plus, les données avant la mise en place de la division de l'information médicale sont mal tenues et difficilement retrouvables.

Enfin, la majorité des bénéficiaires parle peu le français. Cela nous a obligé à avoir recourt à un traducteur, agent de santé, qui a l'habitude de ce genre d'enquête.

2.2.9. Limites de l'étude

Lors de notre collecte de données, les informations relatives à la période d'avant la gratuité de la césarienne n'ont pu concerner qu'une seule année. En effet le service ne dispose pas d'archive. Pourtant il aurait été judicieux de recueillir les données du même nombre d'années

avant et après la mise en œuvre de la gratuité. Cela nous aurais permis de calculer les différents taux moyens correspondant aux deux périodes.

En ce qui concerne l'enquête, nous pourrions noter un biais d'information, dû au fait que les bénéficiaires ont été interrogé plus d'un an après la césarienne et n'ont pas fait l'objet d'une présence physique.

La faible ampleur de ces limites ne remet pas en cause les résultats.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre sera consacré à la présentation et à l'analyse de nos résultats suivant les objectifs de notre étude.

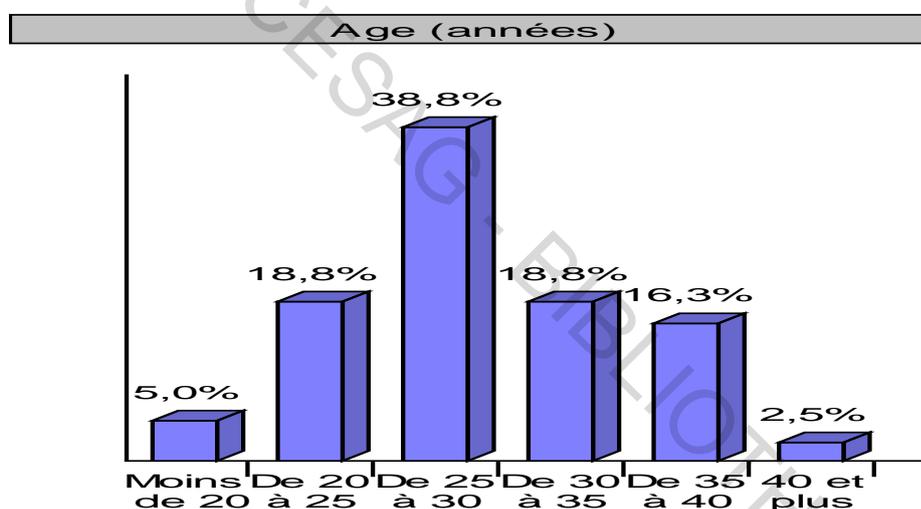
3.1. Présentation des résultats

Les résultats de nos recherches sont présentés suivant les objectifs de notre étude.

3.1.1. Caractéristiques socio-économiques et démographiques des bénéficiaires

➤ Tranches d'âge

Figure 2 : tranches d'âge des bénéficiaires



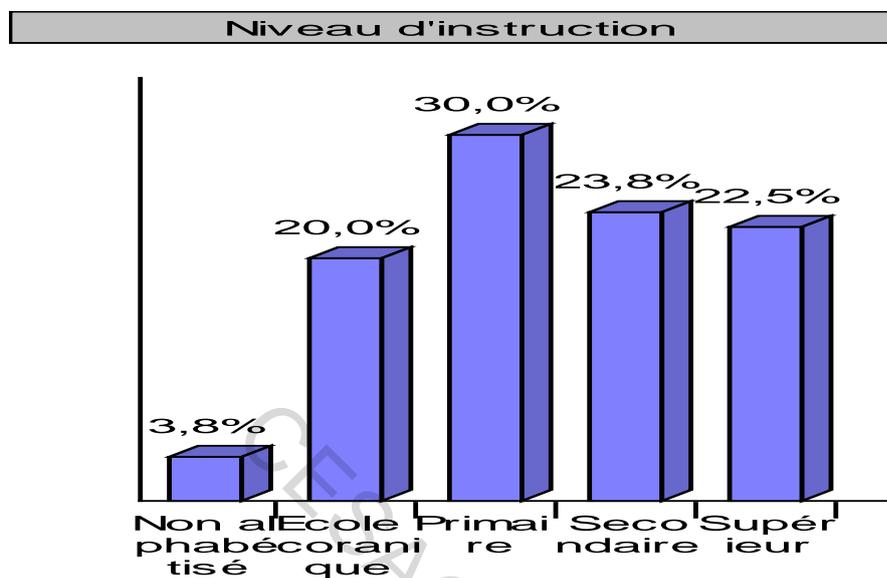
Source : auteur à partir des données d'enquête

L'âge des bénéficiaires soumis à notre étude varie entre 18 et 47 ans. La tranche d'âge la plus représentée est [25-30 ans] avec 38,8%. La moyenne d'âge est de 28,68 ans et l'écart-type de 5,93.

L'âge moyen de la population féminine sénégalaise est de 23,2 ans et la fécondité par âge est maximale entre 25 et 34ans (ANSD.RGPHAE 2013). Ce qui semble montrer que notre échantillon est représentatif de la population générale.

➤ Niveau d'instruction

Figure 3 : niveau d'instruction des bénéficiaires

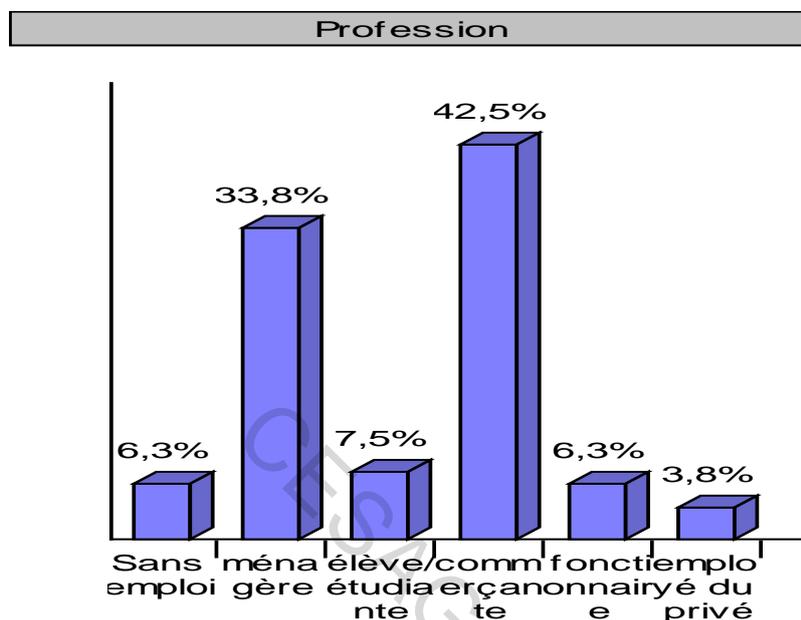


Source : auteur à partir des données d'enquête

Sur les 80 bénéficiaires enquêtées, 30% ont un niveau primaire, 23,8% ont un niveau secondaire et 22,5% ont un niveau supérieur.

➤ Profession

Figure 4 : profession des bénéficiaires

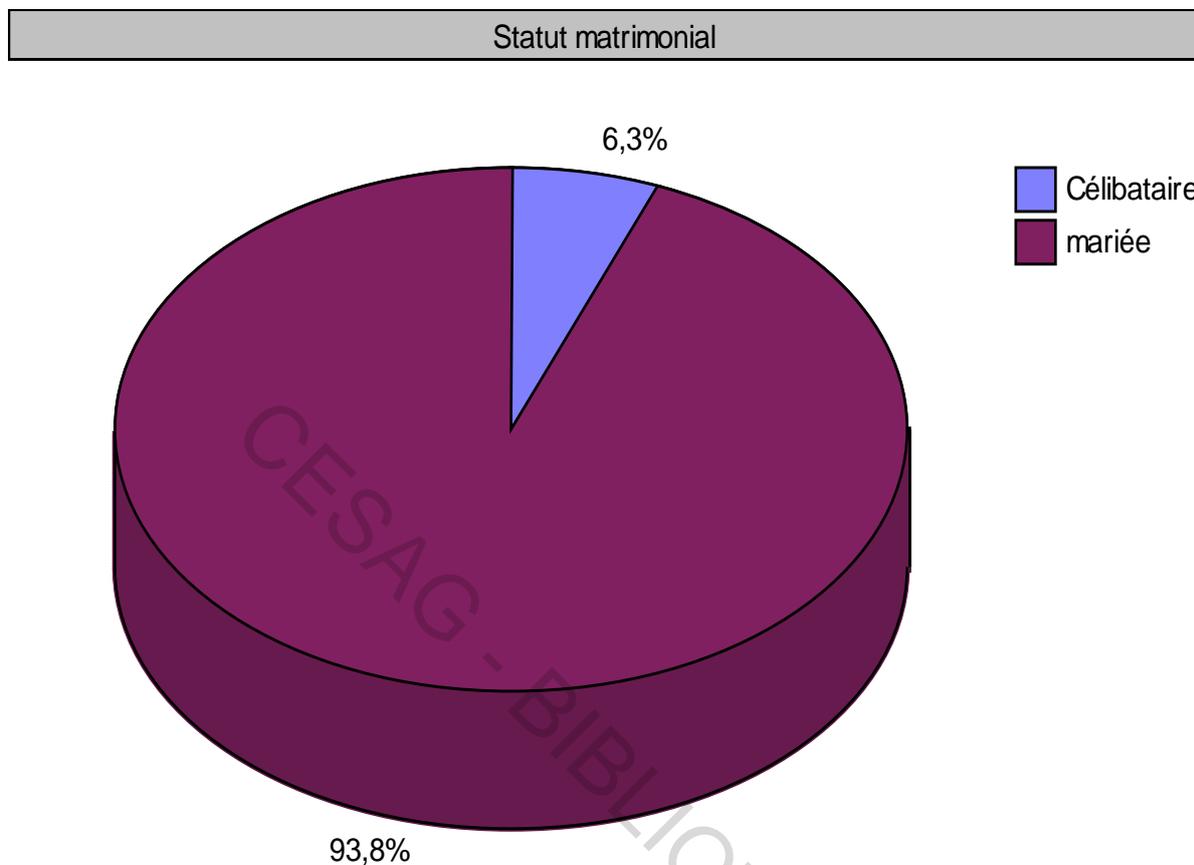


Source : auteur à partir des données d'enquête

Les catégories professionnelles les plus représentées dans notre échantillon sont les commerçantes et les ménagères avec respectivement 42,5% et 33,8%.

➤ Statut matrimonial

Figure 5 : statut matrimonial des bénéficiaires

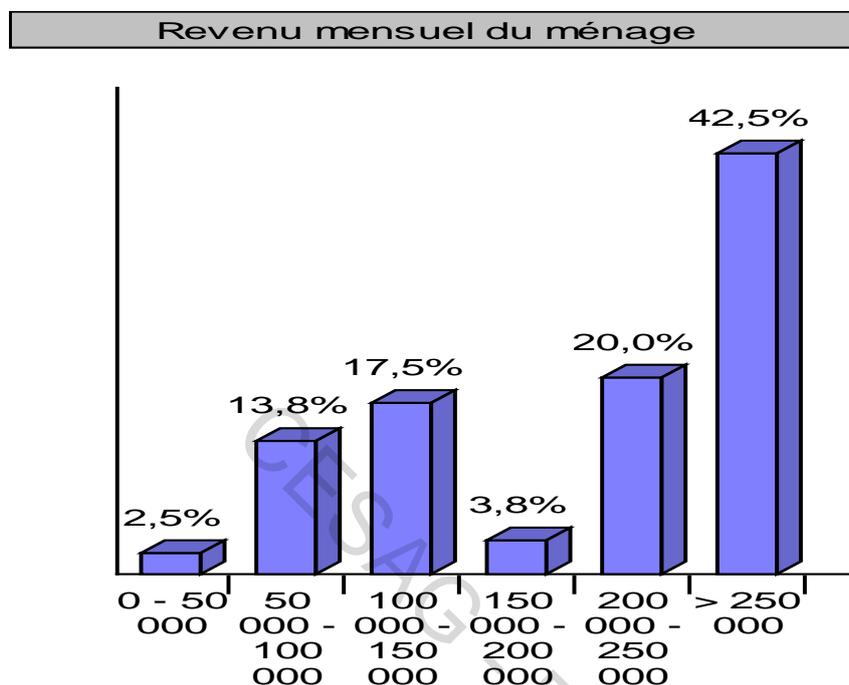


Source : auteur à partir des données d'enquête

Quatre-vingt-treize virgule quatre-vingt pourcent (93,8%) des femmes interrogées sont mariées contre six virgule trente pourcent (6,3%) de célibataires.

➤ Revenu du ménage

Figure 6 : revenu mensuel du ménage des bénéficiaires



Source : auteur à partir des données d'enquête

Au plan économique, 42,5% des bénéficiaires ont un revenu mensuel familial supérieur à 250 000 FCFA. Donc supérieur au SMIG qui est de 55 000 FCFA.

On peut considérer que cette tranche des bénéficiaires puisse prendre en charge elle-même les coûts de la césarienne.

3.1.2. Analyse des opinions des parties prenantes

Les prestataires et les bénéficiaires ont donné leurs avis sur certains points.

- **Opinions des prestataires**
 - **Mise en œuvre de la gratuité**

La majorité des prestataires rencontrés affirme que la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au sein du CHAN a démarré en 2014.

- **Formation et supervision**

Les prestataires interrogés ont déclaré avoir reçu une formation sur la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne avant son démarrage dans la structure. Par contre aucune supervision n'a été faite jusqu'à présent.

- **Niveau de satisfaction des ressources de la maternité**

La totalité du personnel rencontré trouve que les ressources humaines de la maternité du CHAN sont insuffisantes et peu qualifiées. De même, les équipements sont vétustes et insuffisants pour effectuer des soins de qualité.

- **Niveau de satisfaction de l'organisation mise en place**

Les prestataires ont tous affirmé être satisfaits de l'organisation mise en place au niveau du CHAN concernant la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

- **Disponibilité des kits**

Le responsable de la pharmacie centrale confirme la disponibilité des kits césarienne. Toutefois il note qu'il est arrivé parfois des ruptures de médicaments pour la composition de kits.

La composition du kit telle que définit par l'ACMU ne permet pas d'effectuer correctement une césarienne selon les prestataires. Il a donc été mis en place un complément de kit estimé à 10 000 FCFA et entièrement supporté par la structure. La pharmacie centrale et la pharmacie IB tiennent des fiches de préparation de stock et des fiches de stock.

- **Difficultés rencontrées par les prestataires**

Les difficultés des prestataires sont de plusieurs ordres : financier, matériel et humain.

Au plan financier, le délai et le taux de remboursement de la gratuité rendent difficile la mise en œuvre effective des prestations.

Ensuite au plan matériel, les équipements de la maternité du CHAN sont vétustes et insuffisants pour une prise en charge de qualité des parturientes. Il faut signaler que la maternité ne dispose pas d'un bloc opératoire propre à elle pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Enfin au plan humain, le personnel de santé est insuffisant notamment les sages-femmes et infirmières. Ceux présent, ne bénéficient pas de formations continues régulières afin de les mettre à niveau.

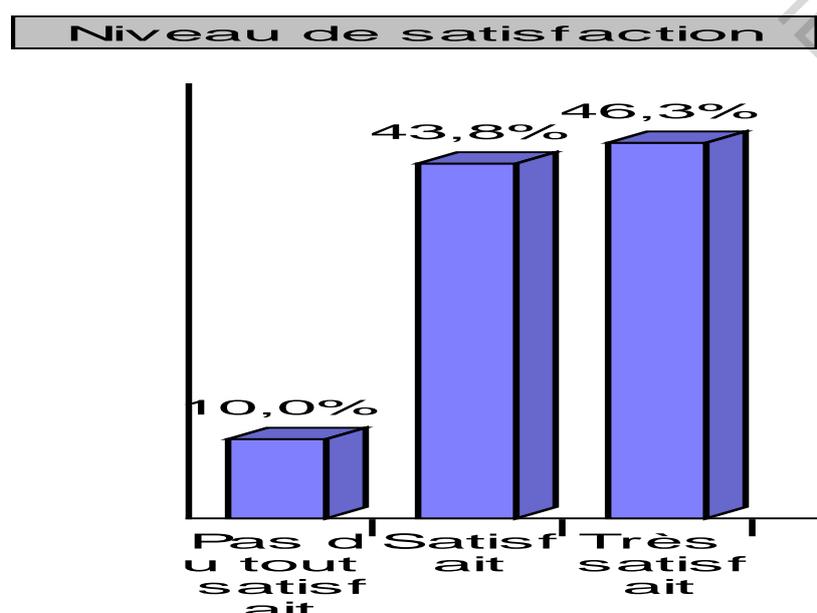
- **Conditions de pérennisation de la gratuité**

Selon les prestataires, les conditions de pérennisation de la gratuité de la césarienne se focalisent sur le remboursement à temps et en totalité des factures. Ils préconisent que les prestations soient préfinancées pour pallier au problème concernant le retard de remboursement.

- **Opinions des bénéficiaires**

- **Niveau de satisfaction**

Figure 7 : niveau de satisfaction des bénéficiaires

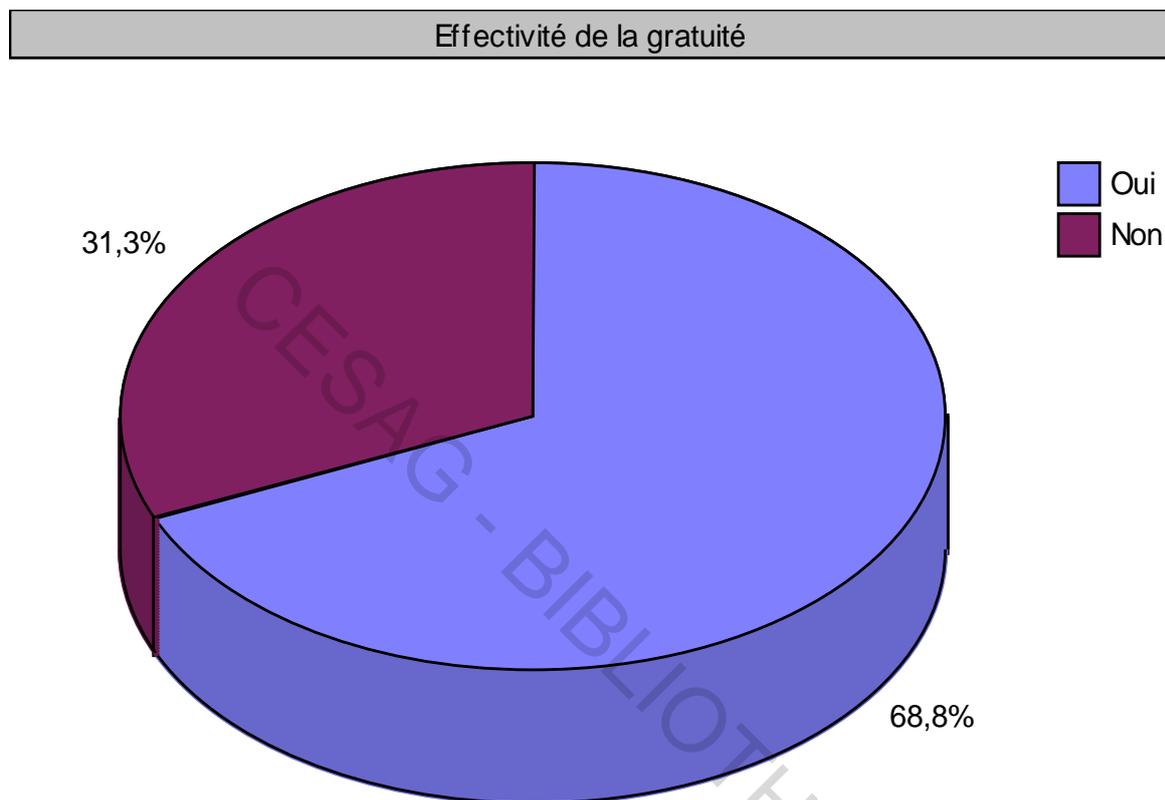


Source : auteur à partir des données d'enquête

Quatre-vingt-dix pourcent (90%) des bénéficiaires sont au moins satisfaites de la gratuité de la césarienne contre dix pourcent (10%) qui ne sont pas du tout satisfaites

- Proportion des bénéficiaires ayant payé

Figure 8 : effectivité de la gratuité

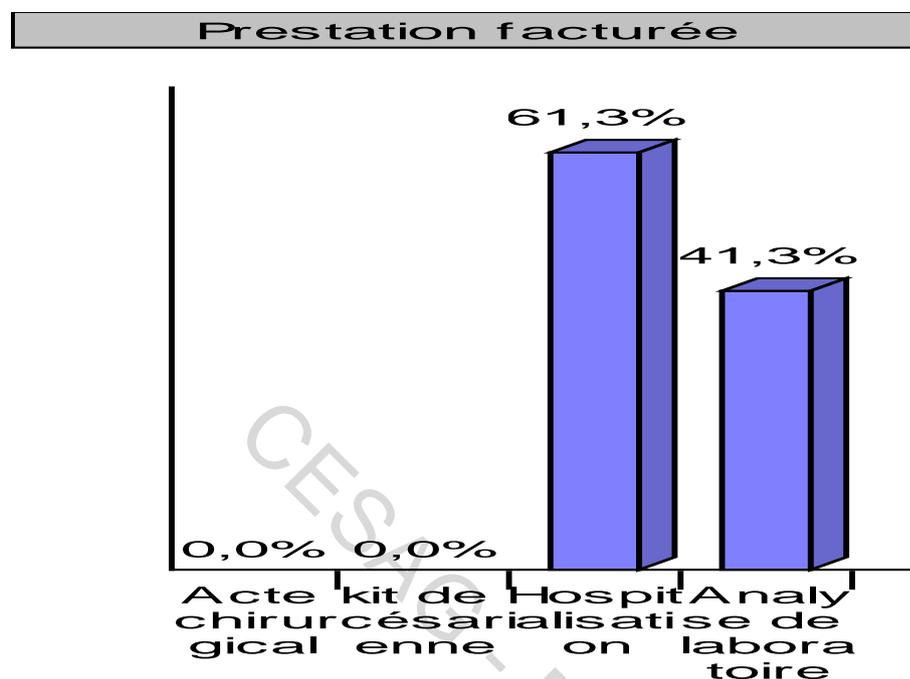


Source : auteur à partir des données d'enquête

Soixante-huit virgule quatre-vingt pourcent (68,8%) ont affirmé avoir payé des frais pour leur prise en charge, contre trente-un virgule trente pourcent (31,3%) n'ayant pas payé.

- Prestations facturées aux bénéficiaires

Figure 9 : prestations facturées



Source : auteur à partir des données d'enquête

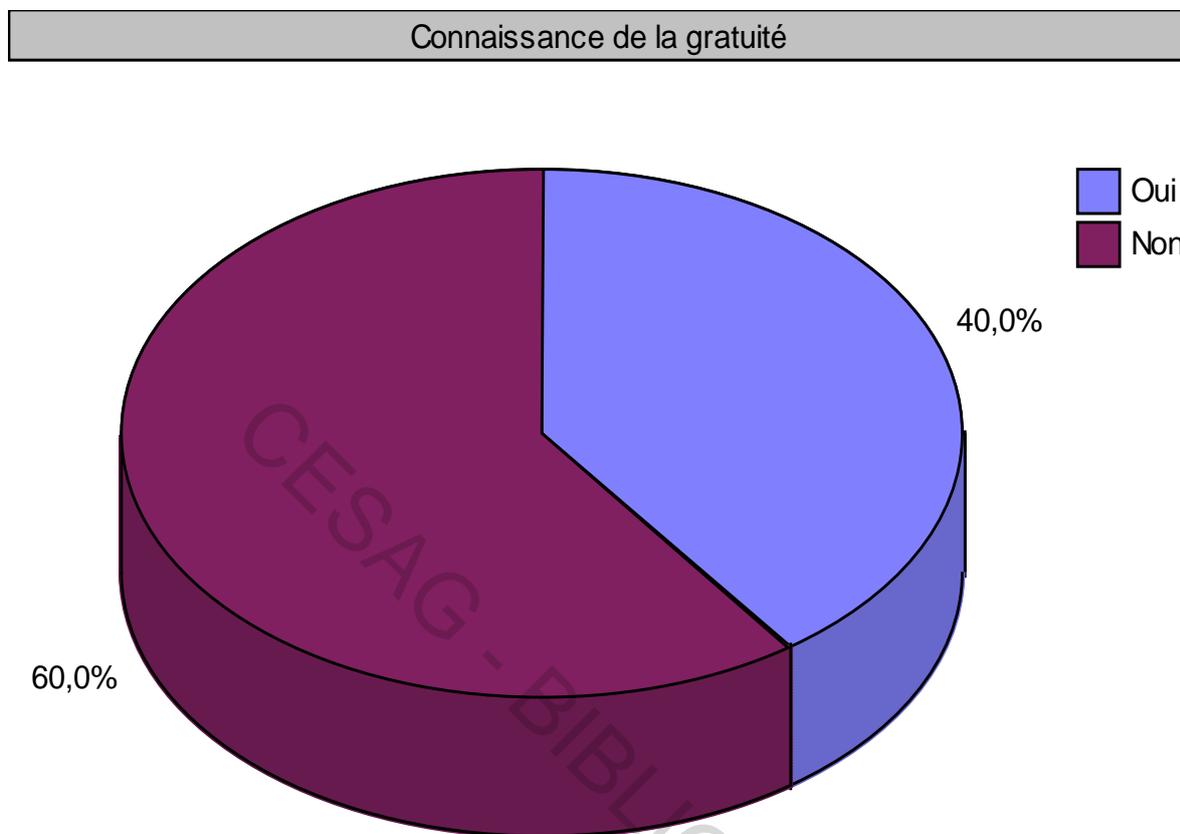
Les bénéficiaires disent avoir été facturées pour les prestations suivantes :

- 61,3% pour l'hospitalisation ;
- 41,3% pour l'analyse de laboratoire.

L'acte chirurgical et le kit de césarienne n'ont pas été facturé.

- Proportion des bénéficiaires informées de la gratuité

Figure 10 : connaissance de la gratuité de la césarienne

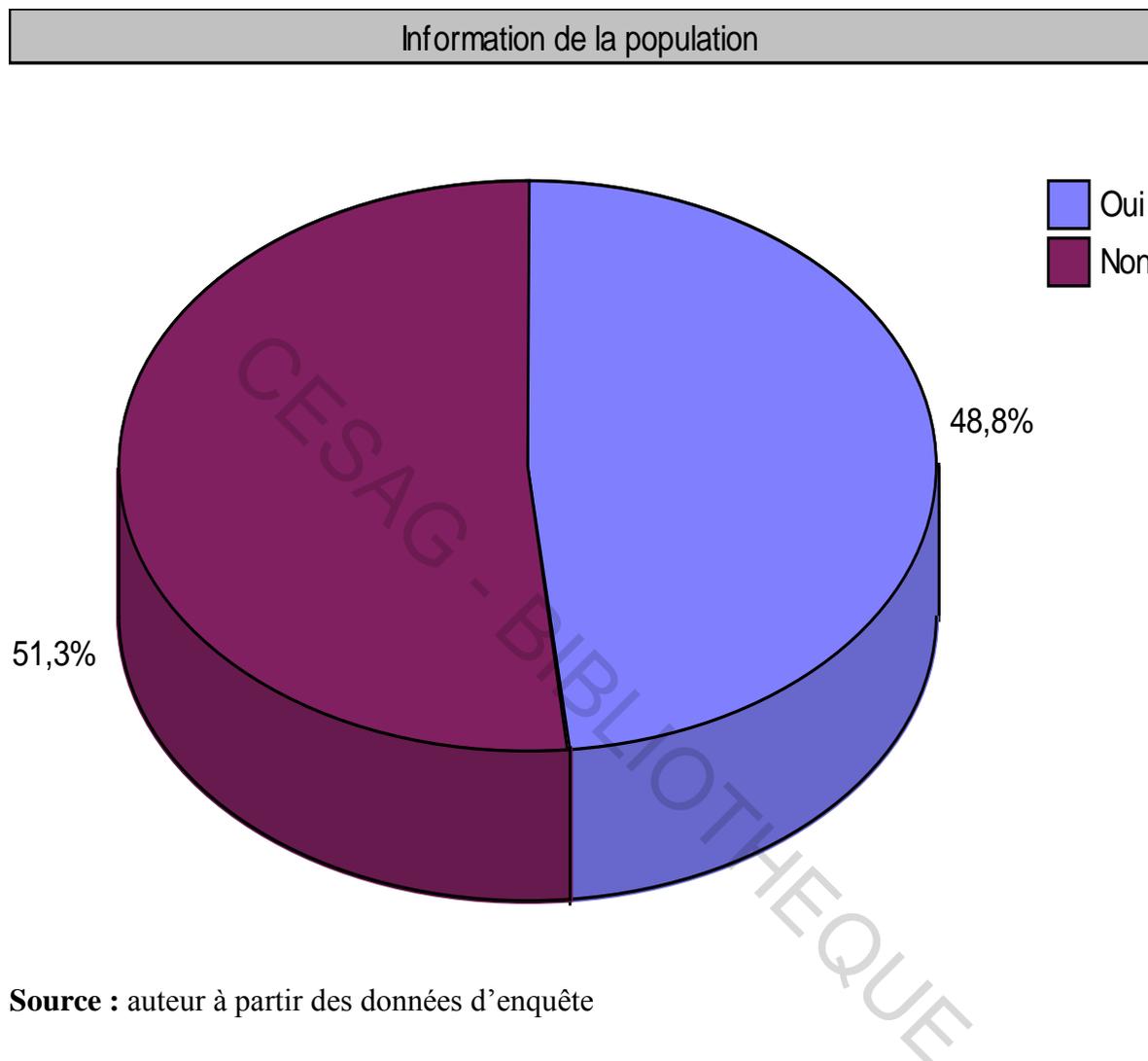


Source : auteur à partir des données d'enquête

Quarante pourcent (40%) des femmes enquêtées savaient que la césarienne est gratuite contre soixante (60%) qui ignoraient.

- Proportion des bénéficiaires qui pensent que la population est suffisamment informée de la gratuité

Figure 11 : information de la population

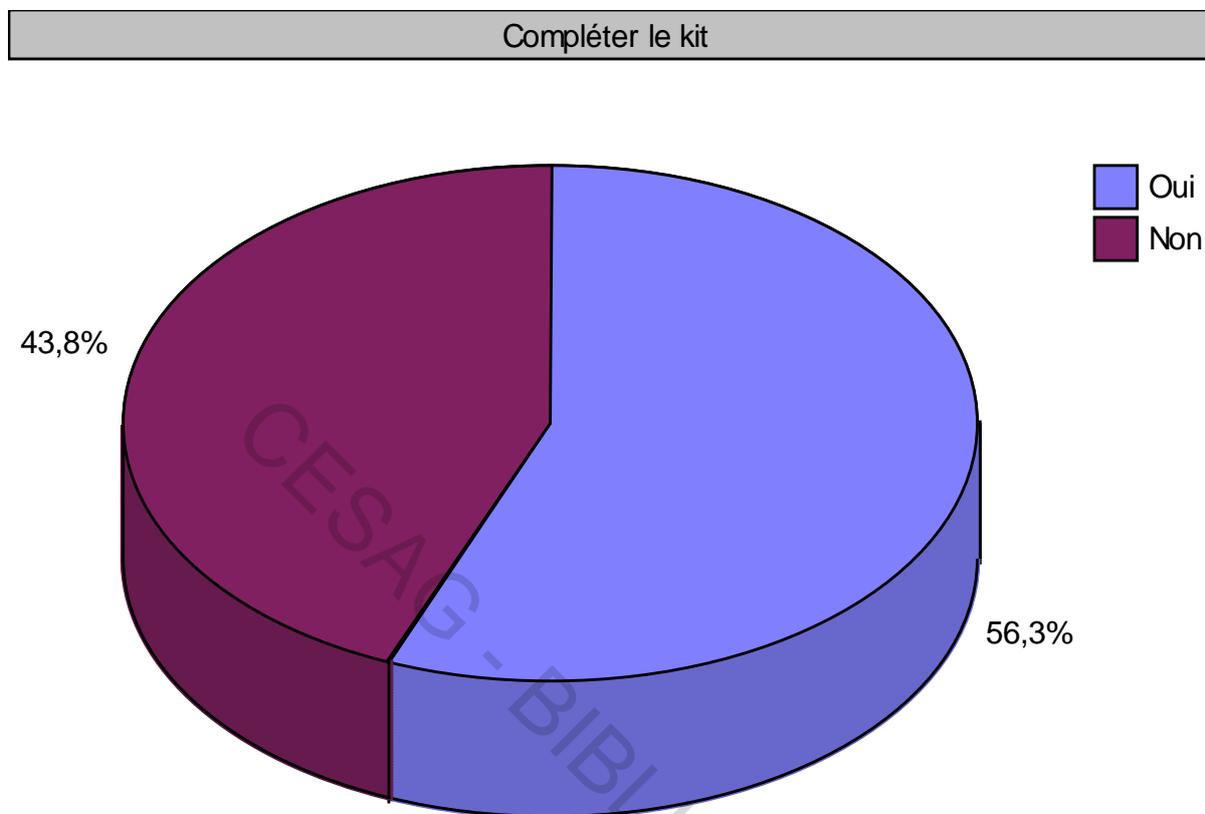


Source : auteur à partir des données d'enquête

Quarante-huit virgule quatre-vingt pourcent (48,8%) de nos enquêtées pensent que la population est suffisamment informée que la césarienne est gratuite et cinquante-un virgule trente pourcent (51,3%) pensent le contraire.

- Proportion des bénéficiaires ayant acheté des produits pour compléter le kit

Figure 12 : proportion des bénéficiaires ayant acheté des produits pour compléter le kit



Source : auteur à partir des données d'enquête

Sur un échantillonnage de 80 femmes enquêtées, 56,3% ont affirmé avoir acheté des produits pour compléter le kit avant l'acte, contre 43,8% n'ayant acheté aucun produit pour compléter le kit.

3.1.3. Situation du remboursement des prestations

Tableau 3 : situation du remboursement des factures liées à la gratuité de la césarienne de 2015 à 2018

Année	Montant à rembourser	Montant remboursé	Ecart	Taux de remboursement
2015	74 375 000	51 260 000	23 115 000	68,92 %
2016	78 795 000	32 045 000	46 750 000	40,67 %
2017	69 885 000	14 705 000	55 180 000	21,04 %
2018	68 255 000	25 000 000	43 255 000	36,63 %
Total	291 310 000	123 010 000	168 300 000	42,22 %

Source : auteur à partir des données d'enquête

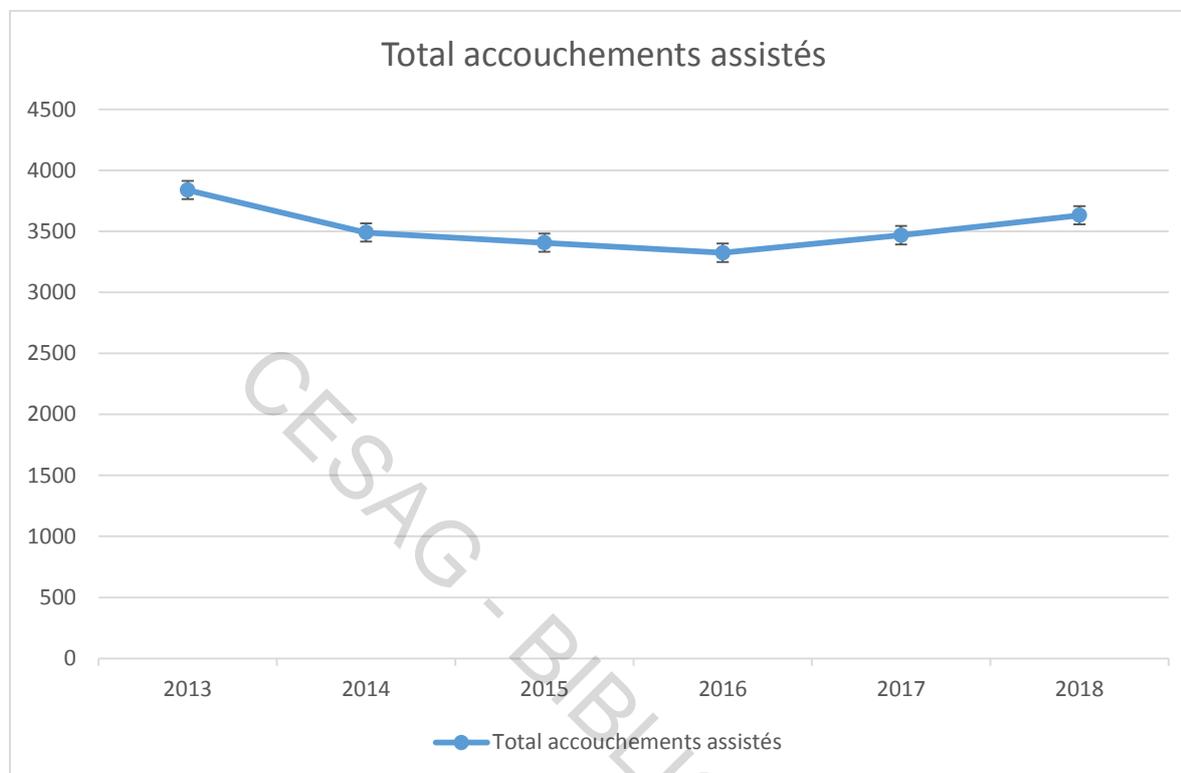
Le taux moyen de remboursement sur ces 4 années est de 42,22%.

Le délai moyen de remboursement est estimé à 11 mois.

3.1.4. Analyse de l'évolution des résultats de la gratuité

➤ Evolution du nombre d'accouchements assistés

Figure 13 : évolution du nombre d'accouchements assistés

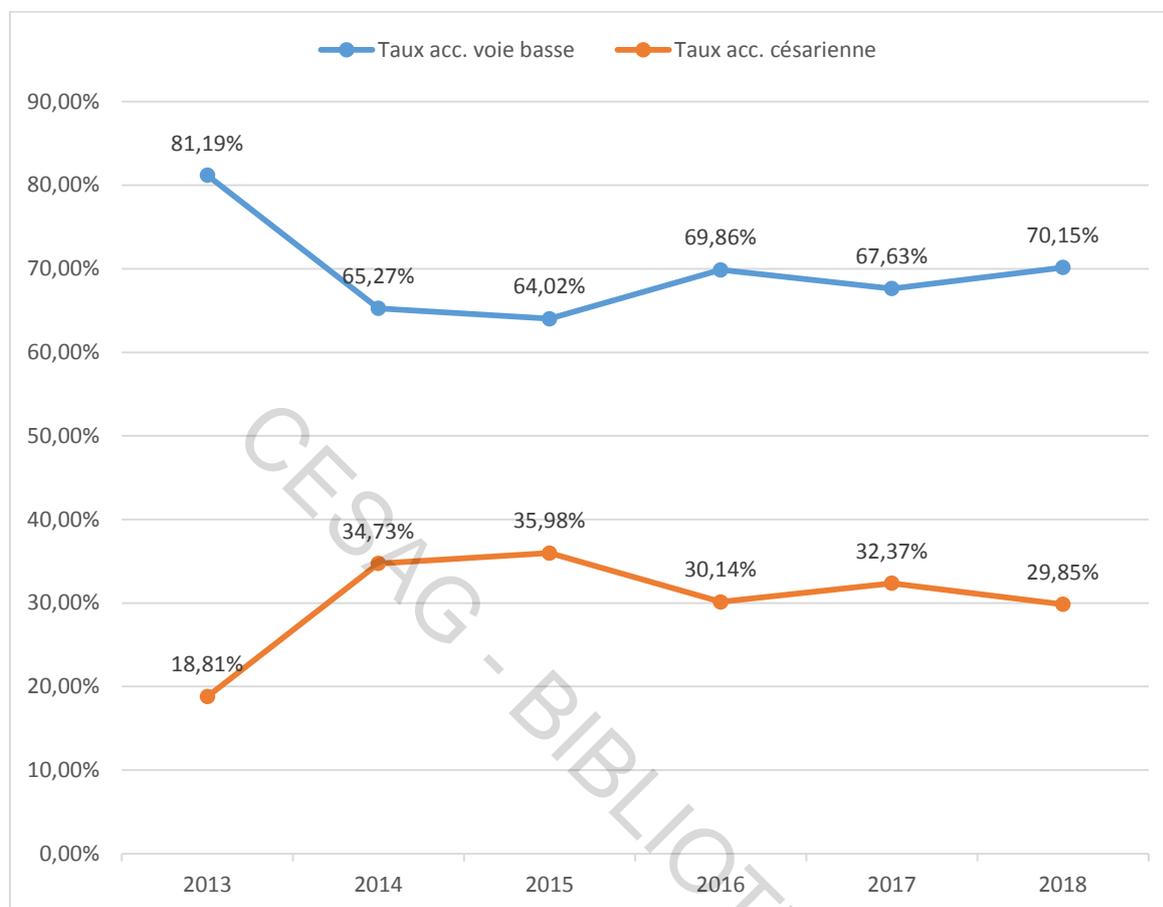


Source : auteur à partir des données d'enquête

Le nombre d'accouchements assistés demeure constant autour de 3500 accouchements par an.

➤ Evolution du taux de césariennes et du taux d'accouchement par voie basse

Figure 14 : évolution du taux de césariennes et du taux d'accouchement par voie basse



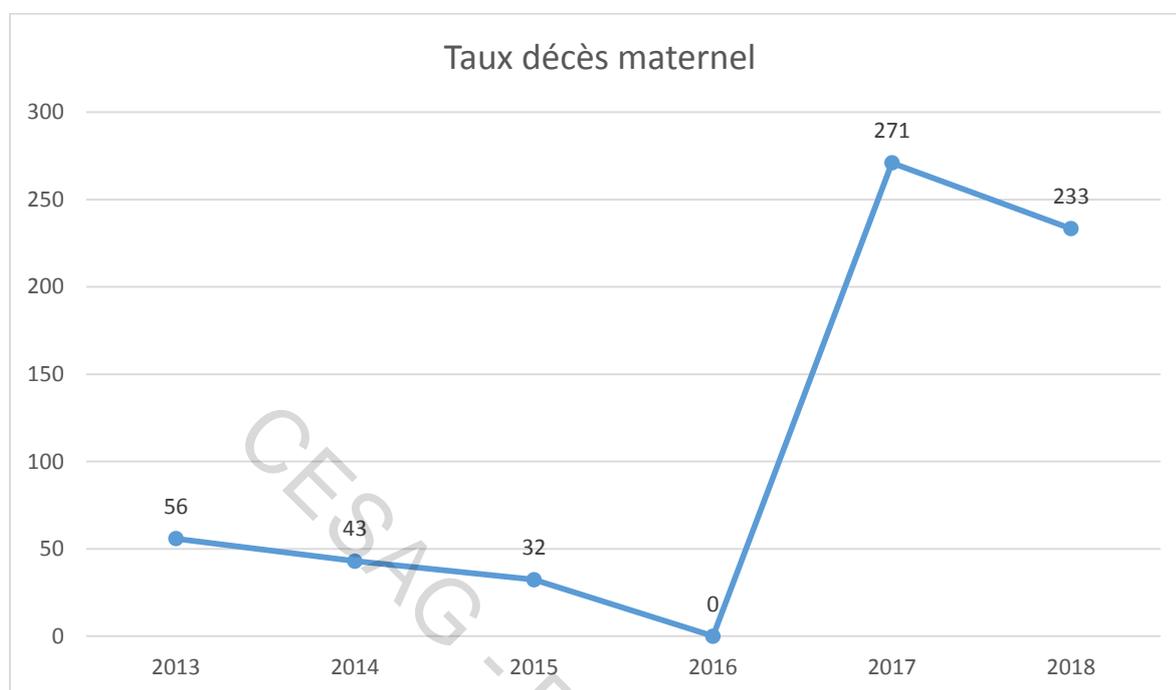
Source : auteur à partir des données d'enquête

Le taux de césarienne a connu une augmentation de 15,92% en 2014, allant de 18,81% en 2013 à 34,73% en 2014. Et de 2014 à 2018, ces taux oscillent entre 29,85% et 35,98%.

Quant au taux d'accouchement par voie basse, il a connu une baisse proportionnelle au taux de césarienne.

➤ Evolution du taux de décès maternel

Figure 15 : évolution du taux de décès maternel



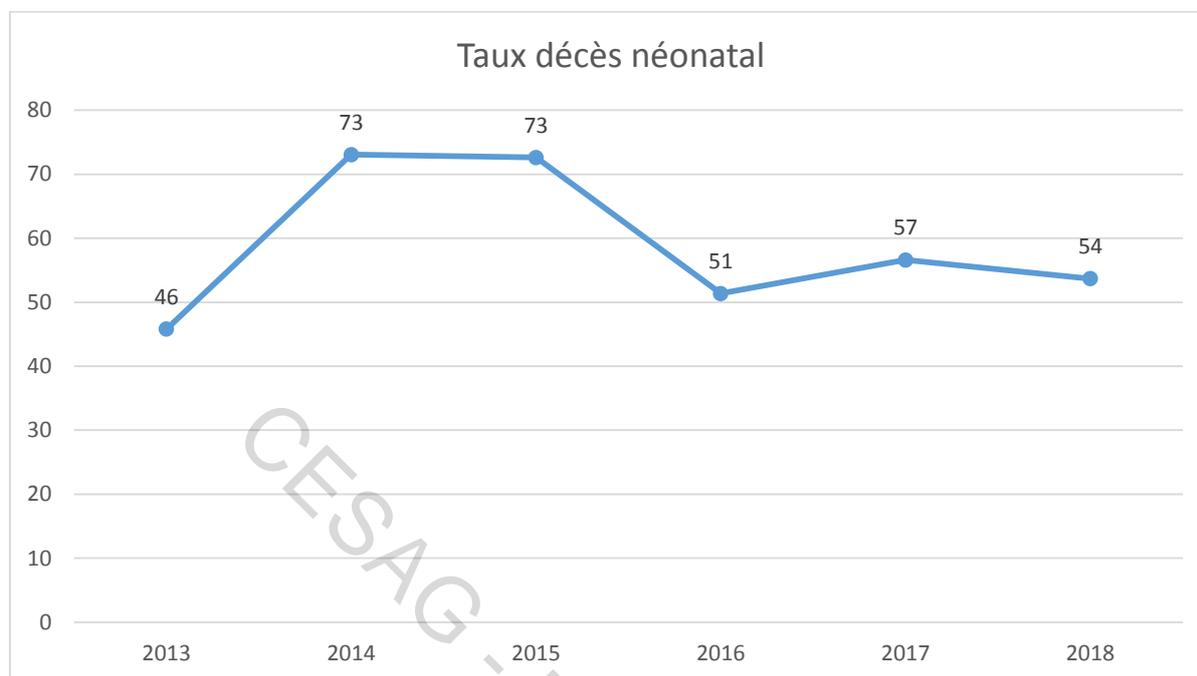
Source : auteur à partir des données d'enquête

Le taux de décès maternel a successivement baissé depuis 2013 jusqu'à s'annuler en 2016, passant de 56 décès pour 100 000 naissances vivantes à 0 décès pour 100 000 naissances vivantes. Mais en 2017 ce taux a subitement augmenté, atteignant les 271 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Compte tenu de la défaillance du système d'information médicale, nous ne tiendrons pas compte de ce graphique.

➤ Evolution du taux de décès néonatal

Figure 16 : évolution du taux de décès néonatal



Source : auteur à partir des données d'enquête

Entre 2013 et 2014 le taux de décès néonatal a connu une hausse, mais depuis 2014, ce taux a une tendance à la décroissance.

Compte tenu de la défaillance du système d'information médicale, nous ne tiendrons pas compte de ce graphique.

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

De nos résultats découlent les discussions qui seront suivies de recommandations.

4.1. Discussions

La discussion des résultats de notre étude va porter sur les points suivants :

- les caractéristiques socio-économiques et démographiques des bénéficiaires ;
- l'analyse des opinions des parties prenantes ;
- la situation du remboursement des prestations ;
- l'analyse des résultats de la gratuité.

➤ **Caractéristiques socio-économiques et démographiques des bénéficiaires**

Notre étude a été réalisée sur une période d'un mois au sein du Centre hospitalier Abass NDAO. L'enquête a été effectuée auprès de 80 femmes césarisées dont l'âge moyen est de 28,68 ans, pour une classe modale de 25 à 30 ans. Elles sont en majorité scolarisées dont 30% ont un niveau primaire, 23,8% ont un niveau secondaire et 22,5% ont un niveau supérieur. Cela corrobore les statistiques de l'Unicef qui trouve un taux d'inscription au primaire de 73% entre 2010 et 2014.²⁵

Le poids de la religion dans la société sénégalaise explique bien que 93,8% des femmes enquêtées soient mariées.

Le niveau économique des femmes ayant bénéficié de la gratuité est majoritairement élevé car 62,5% ont déclaré que le revenu mensuel du ménage est supérieur à 200 000 FCFA contre 16,3% en dessous de 100 000 FCFA, d'où une inéquité financière. Cela pourrait s'expliquer par le fait que nous sommes dans une structure sanitaire de niveau 3, situé au cœur de la capitale.

➤ **Analyse des opinions des parties prenantes**

De nos entretiens avec les autorités de la pharmacie centrale, il ressort qu'il n'y a pas de rupture de kit mais plutôt des ruptures de certains produits composant le kit. En plus de cela le kit tel que défini par l'ACMU ne permet pas d'effectuer une césarienne de qualité. La

²⁵ https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal_statistics.html

structure a mis en place un complément de kit qu'elle supporte entièrement. Malgré cela les prestataires souvent ont recours à des prescriptions supplémentaires.

Il se pose la question de savoir si l'ACMU a associé les praticiens à l'élaboration de la liste des produits composants le kit.

L'ACMU devrait procéder à l'harmonisation de la liste des éléments de composition du kit de césarienne et veiller à la disponibilité de ces produits.

Dans l'ensemble, tous les interviewés déclarent que le retard dans le remboursement des factures liées à la gratuité impacte négativement la viabilité financière de la structure. Cette situation explique les difficultés pour renouveler le matériel et embaucher des contractuels. Toutefois, ils sont satisfaits de l'organisation mise en place au sein de la structure.

En dépit de ce qui précède, 90% des bénéficiaires avouent être au moins satisfaits de la gratuité de la césarienne, bien que 68,8% aient payé des frais pour leur prise en charge et 56,3% aient acheté des produits pour compléter le kit.

Cette situation va à l'encontre de la politique de gratuité de la césarienne qui implique que les parturientes ne devraient rien payer pour leur prise en charge. Car, les parturientes sont censées bénéficier d'un kit complet comme préconisé dans le paquet de soins. Aussi, la question sur la qualité de l'accueil, de l'éloignement des toilettes par rapport aux chambres et surtout de la cherté des ordonnances ont été décriée par les bénéficiaires. De plus, 51,3% estiment que les populations ne sont pas suffisamment informées de la gratuité de la césarienne.

➤ **Situation du remboursement des prestations**

Le principal goulot d'étranglement au succès et à la pérennisation des politiques de gratuité demeure le retard et le faible taux de remboursement des factures liées à la gratuité des prestations. Comme le démontre la littérature, ces délais de remboursement ont une répercussion sur la qualité des soins et le fonctionnement des structures sanitaires.

➤ **Analyse des résultats de la gratuité**

Les résultats de notre étude sur les indicateurs tels que la mortalité maternelle et la mortalité néonatale paraissent alarmants. Pour ce qui est du taux de mortalité maternelle, il a connu une baisse au début de la mise en œuvre de la gratuité avant de s'accroître ces deux dernières

années. Et pour ce qui est de la mortalité néonatale, son taux ne semble pas baisser significativement. Ces données sont peu fiables compte tenu de la défaillance du système d'information médicale.

Le taux de césarienne a flambé dès la mise en œuvre de la gratuité passant de 18,81% à 34,73%. Ce constat est également fait par l'étude de Tonato Bagnan et al au Bénin, où le taux de césarienne est passé de 6 à 33,83%. Alors que l'OMS recommande un taux de césarienne entre 5 et 15%. Le niveau 3 de notre structure sanitaire expliquerait cette augmentation.

En ce qui concerne l'évolution du nombre d'accouchements assistés, la gratuité n'a pas entraîné une augmentation du nombre annuel accouchement. Ce nombre est pratiquement resté constant. Tandis que, dans la littérature, la plupart des études montrent une augmentation avérée après la gratuité du taux d'accouchements assistés par conséquent du nombre d'accouchement.

La constance du nombre d'accouchements assistés et l'augmentation du taux de césarienne pourraient suggérer que les prestataires prenaient plus de risques avant la gratuité ou que la gratuité a favorisé les césariennes de confort.

Ces résultats confirment notre hypothèse selon laquelle les effets de la gratuité de la césarienne ne sont pas suffisants pour atteindre ses objectifs.

4.2. Recommandations

Les résultats de notre étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

➤ Aux bénéficiaires

- pour lever la barrière administrative, se munir de leur Carte Nationale d'Identité, afin de bénéficier de gratuité de la césarienne dans les structures sanitaires publiques.

➤ Aux prestataires

- pour résoudre les plaintes des patients et le retard dans la prise en charge, il faudra améliorer le dispositif d'accueil et d'orientation des parturientes ;

- comme nous avons constaté que les prestations qui devraient être gratuites ne le sont pas toutes, il faudra appliquer en intégralité la politique de gratuité de la césarienne ;

➤ **A l'ACMU**

- pour permettre à l'hôpital de fonctionner sans difficultés, il faudra respecter les délais de remboursement ;
- pour éviter que les parturientes ne payent des produits pour compléter le kit, il faudra harmoniser la composition du kit de césarienne ;
- pour que les délais de remboursement soient tenus, il faudra mettre en place un système de préfinancement de la gratuité de la césarienne ;
- pour vérifier l'efficacité de cette politique, il faudra procéder de façon systématique et régulière à l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne.

➤ **Aux autorités politiques**

Afin de réduire la mortalité maternelle et ainsi progresser vers les ODD, il faudra :

- exiger l'exécution effective de la gratuité de la césarienne dans toutes les structures sanitaires publiques ;
- mettre en place un mécanisme de financement efficace de la politique de gratuité de la césarienne.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude a permis d'évaluer la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne. Initiée depuis 2005 au Sénégal et démarrée en 2014 à Dakar, elle vise à lutter contre la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, réduire les inégalités sociales et augmenter le nombre des accouchements dans les établissements de santé.

Les résultats de notre étude rétrospective menée au Centre Hospitalier Abass NDAO a concerné 80 bénéficiaires choisies de façon aléatoire et le personnel de santé et administratif. Elle nous a permis d'apprécier la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Il en ressort que :

- le nombre d'accouchements assistés demeure constant ;
- le taux de césarienne a augmenté ;
- la cible visée n'est pas celle atteinte comme le suggère les résultats.

Le retard de remboursement des factures et la composition actuelle du kit de césarienne font que les parturientes continuent de contribuer à leur prise en charge.

Globalement, la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne n'est pas effective même en ce qui concerne les prestations gratuites prévues. Car plusieurs goulots d'étranglement persistent, notamment le financement, le ciblage des bénéficiaires et le paquet de soins offert.

Ainsi, les résultats obtenus permettent de confirmer notre hypothèse selon laquelle, la politique de gratuité de la césarienne n'est pas mise en œuvre conformément aux textes.

Cependant, ces résultats ne peuvent pas faire l'objet de généralité puisque notre étude souffre de quelques insuffisances tels que le choix de la structure sanitaire et la restriction de l'étude à un seul centre hospitalier. Une étude couvrant toutes les structures sanitaires du pays serait judicieuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. (2016), *Lancet*, 387 (10017): 462-74.
2. ANDS et ICF (2018), *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)2017*, Rockville, Maryland, USA, 609 p.
3. Barbieri M., Cantrelle P. (1991), Politique de santé et population Politique africaine, ISSN 0244-7827 vol 44, p51.
4. Fataneh-Zarinpoush (2006), Guide d'évaluation de projet à l'intention des organismes sans but lucratif : méthodes et étapes fondamentales pour procéder à l'évaluation de projets, Toronto : imagine Canada.
5. Hercot D, Meessen B, Ridde V, Gilson L. (2011), Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change, *Health Policy and Planning*, oct 25;26(Suppl. 2): 5–15.
6. Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation, 1993, Guérin.
7. Mbaye E, Ka O et Ba C. T. (2012), « le plan sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectées par sa mise en œuvre », in V. Ridde, Kafando, capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest, Ouagadougou, CRCHUM/HELP/ECHO.
8. Meessen B, Gilson L, Tibouti A. (2011), User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation, *Health Policy and Planning*, oct 25 ;26: 1–4.
9. Mény Y., Thoenig J.-C., (1989), Politiques publiques, *Presses universitaires de France*, Paris, 249p.
10. OMS (1978), Declaration of Alma-Ata, International conference on primary health care, Alma-Ata, 79p.
11. Rapport Annuel 2017 Conseil National de Lutte contre le Sida 50p.
12. Rapport de la Revue Externe du Programme National de lutte contre la tuberculose PNT /Décembre 2012, 88p.

13. Ridde V., Meessen B. et Kouanda S. (2011), L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? *Santé publique* vol 23 : 61-67.
14. Ridde V, Sardan O, (2014), Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger
15. Sénégal – Plan Stratégique de lutte contre le Paludisme 2016 – 2020, 171p.
16. Snelling S., Meserve A. (2016) L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Évaluation des programmes de promotion de la santé : manuel d'introduction. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
17. 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 à l'hôpital de zone de suru-leré Cotonou Benin, *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin*, N° 024 : 94-97.
18. Witter S. & Adjei S. (2007), Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemption policy in Ghana, *International Journal Health Planning Management*, 133-144.
19. Witter S, Dieng T, Mbengue D, Moreira I, De Brouwere V (2010), The national free delivery and caesarian policy in Senegal: evaluating process and outcomes, *Health policy plan*, 384-92.

MEMOIRES

20. ADJOVI P. C. E. (2012), Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin de 2009-2012 : la politique a-t-elle réduit l'inégalité du système de santé ? Mémoire.
21. AHMED Baba (2008), Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie césarienne gratuite dans le district sanitaire de Fana au Mali de 2005 à 2007. Thèse de médecine.
22. BARADINE ISSA Nassouradine (2018), Evaluation de la mise en œuvre de l'initiative de gratuité de la césarienne au Sénégal : cas du centre de santé Gaspard Kamara de Dakar. Mémoire.

23. MELEDJE A. K. G. (2017), Evaluation de l'efficacité d'une politique de gratuité des soins médicaux pour les personnes âgées en milieu rural : cas du plan sésame à Niakhar. Mémoire.
24. SAMASSA F. (2012), Les politiques nationales d'exemptions des coûts liés à la césarienne : comparaison des expériences récentes du Burkina Faso, du Mali, du Maroc et du Sénégal. Mémoire.

WEBOGRAPHIE

1. <https://ffmuskoka.org>
2. www.sec.gouv.sn/présentation-générale
3. http://www.ansd.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=481:la-population-du-senegal-en-2018&catid=56:depeches&Itemid=264
4. http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES_2016_fin.pdf
5. www.banquemondiale.org/fr/country/senegal/overview
6. http://www.pnlp.sn/wp-content/uploads/2016/08/PNLP_PSN_VFF_03-02-2016.pdf
7. https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf
8. <http://perspective.usherbrooke.ca>
9. <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20EDS%202017.pdf>
10. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.CDRT.IN?locations=SN&view=chart>
11. <https://www.sec.gouv.sn/couverture-maladie-universelle-cmu>
12. <http://agencecmu.sn/presentation-faq>
13. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45336.html>
14. <http://www.agencecmu.sn/cesarienne-0>
15. https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal_statistics.html

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire adressé aux prestataires

Questionnaire adressé aux prestataires

Dans le cadre de mes recherches pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études " évaluation de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne au Sénégal : cas du centre hospitalier Abass Ndao " pour l'obtention d'un MBA en économie de la santé, je vous prie de bien vouloir m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui représente une étape importante dans ma collecte de données.

NB : vous pouvez ne pas répondre à l'une des questions en cas d'absence d'informa

1. Numéro de la fiche d'enquête

2. Quelle est la date de début de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne dans votre structure sanitaire?

3. Quelle est la date de début de la mise en place des kits césarienne dans votre structure sanitaire?

4. Quelles sont les prestations couvertes par la gratuité de la césarienne ?

5. Quelles sont les prestations que les femmes césarisées payent ?

6. Etes-vous souvent confronté à des ruptures de kits ?
 1. Oui 2. Non

7. Lors des ruptures de kits comment procédez-vous ?
 1. Paiement des parturientes 2. Paiement par l'hôpital
 3. Autres : précisez

8. Tenez-vous une fiche de stock ?
 1. Oui 2. Non

9. Le remboursement de 85 000 FCFA couvre-t-il la totalité des soins ?
 1. Oui 2. Non

10. Si non, comment compensez-vous les frais additionnels ?
 1. Subvention par l'hôpital
 2. Paiement direct par les patientes
 3. Autres : précisez

11. Le remboursement se fait-il totalement ?
 1. Oui 2. Non

12. Quel est le taux de remboursement des factures ? (en %)

13. Le remboursement se fait-il à temps ?
 1. Oui 2. Non

14. Quel est le délai moyen de remboursement ? (en mois)

15. Ce délai de remboursement affecte-t-il le fonctionnement de l'hôpital ?
 1. Oui 2. Non

16. Etes-vous satisfait de l'organisation mise en place dans votre structure sanitaire ?
 1. Oui 2. Non

17. Etes-vous satisfait du niveau d'équipement de la maternité de votre structure sanitaire ?
 1. Oui 2. Non

18. Si 'Non', pouvez-vous énumérer les équipements manquants ?

19. Pensez-vous que l'effectif actuel du personnel de la maternité est suffisant ?
 1. Oui 2. Non

20. Si 'Non', pouvez-vous énumérer le personnel manquant ?

21. Avez-vous reçu une formation sur les procédures de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne ?
 1. Oui 2. Non

22. Pensez-vous que la population est suffisamment informée que la césarienne est gratuite ?
 1. Oui 2. Non

23. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne ? Quelles sont vos suggestions ?

Annexe 2 : questionnaire adressé aux bénéficiaires

Questionnaire adressé aux femmes césariées

Dans le cadre de mes recherches pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études " évaluation de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne au Sénégal : cas du centre hospitalier Abass Ndao " pour l'obtention d'un MBA en économie de la santé, je vous prie de bien vouloir m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui représente une étape importante dans ma collecte de données.

NB : vous pouvez ne pas répondre à l'une des questions en cas d'absence d'informa

Identification

1. Numéro de la fiche

2. Age (années)

3. Quel est votre niveau d'instruction ?
 1. Non alphabétisé 2. Ecole coranique 3. Primaire
 4. Secondaire 5. Supérieur

4. Quelle est votre profession ?
 1. Sans emploi
 2. ménagère
 3. élève/étudiante
 4. commerçante
 5. fonctionnaire
 6. employé du privé
 7. Autres : précisez _____

5. Quel est votre statut matrimonial ?
 1. Célibataire 2. mariée 3. divorcée 4. veuve

6. Quel est le revenu mensuel de votre ménage ?
 1. 0 - 50 000 2. 50 000 - 100 000
 3. 100 000 - 150 000 4. 150 000 - 200 000
 5. 200 000 - 250 000 6. > 250 000

Connaissance de la gratuité

7. Saviez-vous que la césarienne est gratuite ?
 1. Oui 2. Non

8. Si oui, par quel moyen avez-vous été informé ?
 1. Radio
 2. Télévision
 3. Bouche à oreille
 4. Autres : précisez _____

9. Pensez-vous que la population est suffisamment informée que la césarienne est gratuite ?
 1. Oui 2. Non

Niveau de mise en œuvre

10. Avez-vous payé des frais pour votre prise en charge ?
 1. Oui 2. Non

11. Si oui, pour quelle prestation avez vous payé ?
 1. Acte chirurgical 2. kit de césarienne
 3. Hospitalisation 4. Transfusion sanguine
 5. Analyse de laboratoire 6. Autres soins/services

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

12. Avez-vous payé des produits pour compléter le kit avant la césarienne ?
 1. Oui 2. Non

13. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la gratuité de la césarienne ?
 1. Pas du tout satisfait 2. Satisfait
 3. Très satisfait

14. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de votre prise en charge ?

15. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes qui auraient les mêmes difficultés que vous ?

Annexe 3 : questionnaire adressé au responsable des statistiques

Questionnaire adressé au responsable des statistiques du centre hospitalier Abass Ndao

Période										
Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total des césariennes										
Total des accouchements par voie basse										
Total des accouchements assistés										
Total décès maternel										
Total décès néonatal										
Taux annuel										
Taux de césariennes										
Taux des accouchements par voie basse										
Taux décès maternel										
Taux décès néonatal										

Annexe 4 : questionnaire adressé à l'agence comptable

Questionnaire adressé à l'agence comptable du centre hospitalier Abass Ndao

Année	Montant à rembourser	Montant remboursé	Ecart	Taux de remboursements
2018				
2017				
2016				
2015				
Total				

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 5 : kit césarienne

Kit de césarienne : composition

Quantité	Produits	Conditionnement	
2	Compresses gazeuses stériles 40 x 40	P/10	
2	Vicryl 5/2	Unité	
1	Vicryl aiguille 30mm Dec 5	Unité	
1	Fil à peau nylon	Unité	
1	Sparadrap 5m x 5 cm ND	Unité	
1	Povidone 10 DR 10 % (Bétadine jaune)	Fl /125 ml	
1	Povidone 10 DR 10 % (Bétadine rouge)	Fl /125 ml	
2	Cathéter court 18 G	Unité	
2	Seringue 5-CC avec aiguille	Unité	
1	Lame de Bistouri N° 20	Unité	
3	Gant latex 7,5	Paire	
1	Perfuseur	Unité	
1	Sonde urinaire CH 18	Unité	
1	Poche à urines 2 L	Unité	
4	Glucose 5 %	Fl /500 ml	
2	Gélatine fluidifiée (Plasma gel)	Fl/500 ml	
4	Sodium chlorure 9 %	Fl /500 ml	
2	Eau pour préparation injectable	Unité	
2	Thiopental 1 g	Ampoule	
2	Céphacidal injectable 1 g	Ampoule	
10	Syntocinon 5 UI	Ampoule	
3	Valium 10 mg/2ml	Ampoule	
3	Atropine 0,25 mg	Ampoule	
3	Perfolgen perfusion	Flacon	
	Autres à préciser		

Annexe 6 : état récapitulatif des césariennes



REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE UN BUT UNE FOI
CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO
SERVICE ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

janv-18

FACTURE N°...../2018

FORFAIT CESARIENNE

N° Ordre	N° Ordre Dans Le Registre Opérateur	Prénoms Noms	Age	N° CNI	Adresse	Téléphone	Indication Précise	Date et Heure de Réalisation	Montant
1.	1	AWA FAYE	33	2 03 19900310 00035 8	CITE CAP VERDIENNE	778324963	SFA A PD + RPM DE 8JRS	01/01/2018	85000
2.	2	PENDA ANE	31	2762198600317	CAMBERENE	774379038	SFA A PETITE DILATATION	01/01/2018	85000
3.	3	NDEYE FATOU SOW	31	2 07 19860117 00025 1	CITE SENGHOR	779444805	UT TRICATRICIEL	01/01/2018	85000
4.	4	SYLVIE MARIE DELPHIN DIATTA	34	2 02 19820904 00003 4	OUAKAM	774137289	MACROSOMIE	02/01/2018	85000
5.	5	OUSSEYNATOU BARRY	39	2 14 19781023 00003 5	RUFISQUE	763413111	HRP GRADE II	02/01/2018	85000

Annexe 7: autorisation d'enquête

REPUBLICQUE SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

001713
N°.....MSAS/DGS/DES/CHAN/DIR/SRH

CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO

Dakar, le... 20 SEPT 2019

Objet : Autorisation d'enquête

Dans le cadre de la préparation de son mémoire de fin d'études, **Monsieur LASSI Habib Fabrice**, Etudiant en MBA en Economie de la Santé (MBA/ES) au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion, est autorisé à accéder au Service de la Gynécologie Obstétrique pour recueillir des informations relatives à son thème « évaluation de la mise en œuvre de la politique gratuite de la césarienne au Sénégal ».

Toutefois, les informations recueillies seront soumises à l'appréciation préalable du Chef de Service avant toute utilisation.

Cette présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

Le Directeur

Dr El Hadji Magatte SECK

Ampliations:

- Chef du Service des Ressources Humaines
- Chef du Service de la Gynécologie/Obstétrique
- Chef du Service de l'Hygiène et Sécurité
- L'intéressé

Avenue Cheikh ANTA DIOP - BP : 5066 Dakar-Fann - Tel. : 33 849 78 00 - Fax : 33 842 00 23

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX ET LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....	5
1.1.Présentation du Sénégal.....	5
1.1.1.Situation géographique.....	5
1.1.2.Situation démographique.....	5
1.1.3.Situation économique.....	6
1.1.4.Système de santé et politique de santé	7
1.1.4.1.Système de santé	7
1.1.4.2.Politique de santé.....	8
1.1.5.Profil sanitaire	9
1.2.Présentation du cadre de l'étude.....	10
1.2.1.Présentation de l'entité	10
1.2.1.1.Historique	10
1.2.1.2.Objectifs du CHAN	11
1.2.1.3.Missions.....	11
1.2.1.4.Contexte social	12
1.2.1.5.Statut.....	12
1.2.1.6.Conseil d'administration	12
1.2.1.7.Services existants et prestations offertes	13

1.2.2.Présentation de la maternité du CHAN	14
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE.....	17
2.1.Cadre conceptuel de l'étude et revue de la littérature	17
2.2.1.Cadre conceptuel	17
2.2.2.Revue de la littérature.....	23
2.2.Méthodologie de l'étude.....	25
2.2.1.Type d'étude.....	25
2.2.2.Population d'étude.....	25
2.2.3.Taille de l'échantillon.....	25
2.2.4.Critères d'inclusion et de non inclusion	26
2.2.5.Source de données.....	26
2.2.6.Technique et outils de collecte de données	26
2.2.7.Saisie et analyse des données	27
2.2.8.Difficultés rencontrées	27
2.2.9.Limites de l'étude.....	27
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	29
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	30
3.1.2.Analyse des opinions des parties prenantes.....	35
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	47
4.1.Discussions.....	47
4.2.Recommandations	49
CONCLUSION GENERALE	51
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	IV
TABLES DES MATIERES	XII