



Ministère de la Santé
et de la Prévention
Médicale



Fonds des Nations
Unies pour la
Population



initiative for maternal mortality
programme assessment



Centre de Formation et
de Recherche en Santé
de la Reproduction



EVALUATION DES STRATEGIES DE REDUCTION DES BARRIERES ECONOMIQUES, SOCIOCULTURELLES, SANITAIRES ET INSTITUTIONNELLES A L'ACCES AUX SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATAUX AU SENEGAL

- **POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES**
- **POLITIQUES DE DELEGATION DE COMPETENCE EN SOINS OBSTETRIKAUX D'URGENCE**

Remerciements

Cette évaluation a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, issue d'institutions partenaires du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal et grâce au financement de l'UNFPA. Pour mener à bien sa tâche, cette équipe a bénéficié du précieux concours de personnes et d'institutions auxquelles elle tient à exprimer ses vifs remerciements. Il s'agit :

- du Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale ;
- des Directeurs Nationaux des Ressources Humaines, des Etablissements Publics de Santé, de l'Administration Générale et de l'Équipement, de la Santé et de leurs collaborateurs ;
- du Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé, ;
- du Service National de l'Information Sanitaire ;
- des partenaires au développement : Banque Africaine de Développement (BAD), Banque Mondiale (BM), UNICEF, UNFPA, OMS ;
- des Elus locaux et des Gouverneurs des régions de Tambacounda, Kolda, Ziguinchor, Saint-Louis, Matam, Kaolack, Fatick ;
- des Médecins-chefs des régions de Tambacounda, Kolda, Ziguinchor, St Louis, Matam, Kaolack, Fatick ;
- des Médecins-chefs des districts de Tambacounda, Kédougou, Goudiry, Bakel, Kolda, Sédhiou, Vélingara, Ziguinchor, Fatick, Foundiougne, Gossas, Sokone, Kaolack, Nioro, Kaffrine, Kounghoul, St Louis, Kanel, Matam ;
- des directeurs des hôpitaux de Tambacounda, Kolda, Ziguinchor, Ourossogui ;

Au-delà de cette liste qui n'est pas exhaustive, l'équipe adresse ses sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette évaluation.

Liste des sigles et abréviations

AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-utérine
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi /Programme National de Développement Sanitaire
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CGO	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CS	Centre de Santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DIEM	Direction des Investissements, de l'Equipement et du Matériel
DS	Direction de la Santé
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DSSP	Division des Soins de Santé Primaires
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMMPACT	Initiative pour l'évaluation des programmes de mortalité maternelle
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
RM	Région Médicale
SNEIPS	Service National d'Education et d'Information Pour la Santé
SONU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Table des matières

Remerciements	i
Liste des sigles et abréviations	ii
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	vi
I. INTRODUCTION.....	1
II. EVALUATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES	4
II.1. Objectifs	5
II.2. Méthodologie	5
II.2.1. Type d'étude	5
II.2.2. Zone de l'étude	5
II.2.3. Cibles.....	5
II.2.4. Outils de collecte	6
II.2.5. Bilan de la collecte	6
II.3. Problèmes rencontrés	7
II.4. Résultats	7
II.4.1. Conception et exécution de la politique	7
II.4.1.1. Justification de la politique	7
II.4.1.2. Objectifs de la politique	7
II.4.1.3. Elaboration de la politique	8
II.4.1.4. Processus de mise en œuvre	9
II.4.1.4.1. Gestion du processus	9
II.4.1.4.2. Financement de la santé.....	10
II.4.1.4.3. Financement de la politique proprement dite	10
II.4.1.4.4. Mécanismes et le fonctionnement des paiements.....	12
II.4.1.4.5. Logistique	12
II.4.1.4.6. Communication	13
II.4.1.4.7. Vécu de la mise en œuvre de la politique par les acteurs et les bénéficiaires dans le domaine de l'allocation des fonds	14
II.4.1.5. Perceptions des acteurs et des bénéficiaires sur la politique.....	17
II.4.1.5.1. Perception de la politique de gratuité en terme d'inconvénients/contraintes.....	17
II.4.1.5.2. Perception de la politique de gratuité en terme d'échec/d'insuffisance varie selon le niveau.....	18
II.4.1.5.3. Perception de la politique de gratuité en termes de durabilité et de priorité	19
II.4.1.5.4. Perception de cette politique comme une priorité pour l'état.....	20
II.4.1.5.5. Perceptions sur les pratiques.....	20
II.4.1.5.6. Perceptions sur les perspectives de la politique de gratuité.....	20
II.4.1.6. Analyse de la conception et de l'exécution de la politique.....	21
II.4.2. Effets de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes	22
II.4.2.1. Evolution des financements	22
II.4.2.1.1. Au niveau des postes de santé	22
II.4.2.1.2. Au niveau des centres de santé	23
II.4.2.1.3. Au niveau des hôpitaux régionaux	25
II.4.2.2. Analyse de la subvention de l'état.....	25
II.4.2.3. Effet sur l'utilisation des services	26

II.4.2.4.	Effet sur la mortalité.....	31
II.4.2.5.	Perceptions des acteurs et des communautés sur les effets de la mise en œuvre de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes.....	33
II.4.2.5.1.	Perceptions et des acteurs et des communautés sur l'utilisation des services	33
II.4.2.5.2.	Perception des prestataires et des communautés sur les obstacles à l'utilisation des services sous la politique de gratuité.....	34
II.4.2.5.3.	Perceptions des acteurs et des communautés sur la qualité et la disponibilité des services.....	34
II.4.2.5.4.	Perceptions des acteurs et des communautés à propos des effets de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes sur les activités des accoucheuses traditionnelles et des matrones dans les cases de santé	35
III.	EVALUATION DE LA POLITIQUE DE DELEGATION DE COMPETENCES	36
III.1.	Introduction	37
III.2.	Méthodologie	37
III.2.1.	Type d'étude	37
III.2.2.	Zone de l'étude	37
III.2.3.	Cibles.....	38
III.2.4.	Outils de collecte	38
III.3.	Problèmes rencontrés	38
III.4.	Résultats	39
III.4.1.	Bilan de la collecte	39
III.4.2.	Résultats et analyse	39
III.4.2.1.	Conception et exécution de la politique	39
III.4.2.1.1.	Justification de la politique	39
III.4.2.1.2.	Objectifs de la politique	40
III.4.2.1.3.	Elaboration de la politique	40
III.4.2.1.4.	Processus de mise en œuvre	41
III.4.2.1.5.	Analyse de la conception et de l'exécution de la politique.....	41
III.4.2.2.	Perceptions des acteurs et des bénéficiaires	42
III.4.2.2.1.	Les avantages de la politique	42
III.4.2.2.2.	Les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de la politique	44
III.4.2.3.	Perception de la formation des prestataires selon les différents acteurs	45
III.4.2.3.1.	Niveau SONUB.....	45
III.4.2.3.2.	Perception de la formation SONUC.....	45
III.4.2.3.3.	Perception du vécu de la pratique des nouvelles compétences	47
III.4.2.3.4.	Perception des prestataires à propos de leur nouveau statut	51
III.4.2.3.5.	Perception des prestataires formés à propos de leurs relations avec leurs collègues et responsables hiérarchiques	52
III.4.2.3.6.	Effets du vécu de la compétence sur les relations humaines.....	53
III.4.2.3.7.	A propos des avantages financiers liés à la formation	56
III.4.2.4.	Perceptions des communautés sur la politique.....	58
III.4.2.4.1.	Niveau d'information sur la politique	59
III.4.2.4.2.	Perception des populations sur la qualité des services,.....	59
III.4.2.4.3.	Rapports des prestataires avec la communauté	60
III.4.2.5.	Obstacles liés à l'utilisation des services	60
III.4.2.5.1.	Sexe du prestataire	60
III.4.2.5.2.	Concernant l'âge du prestataire.....	62
	ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES.....	63

ANALYSE DES CARACTERISTQUES DE LA POLITIQUE DE DELEGATION DES COMPETENCES	66
IV. CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	68
IV.1. Conclusion générale	69
IV.2. Recommandations pour la politique de gratuite	70
IV.3. Recommandations délégation de compétences	71
PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE	74

Liste des tableaux

Tableau 1 : Bilan de la collecte de l'évaluation sur la gratuité.....	6
Tableau 2 : Situation des kits et subvention, pour les accouchements et césariennes en 2005..	11
Tableau 3 : Situation des kits et subvention, pour les accouchements et césariennes en 2006..	11
Tableau 4 : Ecart entre les kits et les accouchements et césariennes effectués en 2005 et 2006	13
Tableau 5 : Manque à gagner pour les comités de santé des CS.....	24
Tableau 6 : Solde des comités de santé des CS en 2006.....	24
Tableau 7 : Données d'activités au niveau régional.....	26
Tableau 8 : Bilan de la collecte des données de l'évaluation de la délégation de compétences.	39
Tableau 9 : Etude analytique des caractéristiques de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes	63
Tableau 10 : Etude analytique des caractéristiques de la politique de délégation des compétences	66

Liste des graphiques

Graphique 1 : Dépenses publiques de santé per capita de 2004 à 2006 (toutes les régions sauf Dakar)	10
Graphique 2 : Répartition du Budget des PS selon la source de financement	22
Graphique 3 : Répartition du budget des centres de santé selon la source de financement.....	23
Graphique 4 : Répartition du budget des HR selon la source de financement.....	25
Graphique 5 : Evolution des césariennes pour les patientes originaires du district de Kanel de 2004 à 2006 (réalisées à l'hôpital régional de Ourosogui)	27
Graphique 6 : Evolution des césariennes pour les patientes originaires du district de Bakel de 2004 à 2006 (réalisées dans les hôpitaux régionaux de Tambacounda et de Ourosogui, et aux centres de santé de Bakel et Goudiry)	28
Graphique 7 : Evolution des Césariennes pour les patientes originaires du district de Sédhiou de 2001 à 2006 (réalisées à l'hôpital régional et au centre de Kolda et à l'hôpital régional de Ziguinchor).....	28
Graphique 8 : Evolution de la couverture en accouchement dans la région de Tambacounda de 2003 à 2006 (accouchements réalisés dans les centres et postes de santé).....	29
Graphique 9 : Evolution de la couverture en accouchement dans les PS du district de Sédhiou de 2004 à 2006	30
Graphique 10 : Evolution de la couverture en accouchement dans les PS du district de Kanel de 2004 à 2006.....	30
Graphique 11 : Evolution du ratio de mortalité tardive dans les hôpitaux régionaux de 2004 à 2006 (année de référence 2004)	31
Graphique 12 : Evolution du taux de mort-nés frais suite à une césarienne pour les femmes originaires du district de Sédhiou de 2001 à 2006 (traitées dans les hôpitaux régionaux de Kolda et de Ziguinchor et dans le centre de santé de Sédhiou)	32
Graphique 13 : Evolution du taux de mort-nés frais suite à une césarienne pour les femmes originaires du district de Bakel de 2004 à 2006 (traitées dans les hôpitaux régionaux de Tambacounda et de Ourosogui et dans le centre de santé de Bakel et de Goudiry)	32

I. INTRODUCTION

Le Sénégal, confronté à une mortalité maternelle jugée trop élevée (510/100.000 naissances vivantes en 1992) (EDS II) a progressivement mis en place des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle.

L'analyse de situation montrait en 1992 une très faible couverture des besoins en interventions obstétricales majeures (taux de césariennes de 0,2% à Tambacounda à 1,2% à Dakar, en moyenne 0,6%) principalement due à un manque d'infrastructures et de ressources humaines (Bouillin et al. 1994). Un premier effort a concerné à la fois la création de formations sanitaires aptes à offrir des césariennes (passant de 12 maternités hospitalières en 1992 en dehors de Dakar à 17 maternités hospitalières en 2001) et l'amélioration de la distribution des médecins compétents en chirurgie (passant de 15 en dehors de Dakar en 1996 à 34 en 2001) (Faye E.O et al. 2003).

L'Enquête Démographique et de Santé 2005 (EDS 2005) a montré une baisse significative de la mortalité maternelle (401/100.000 naissances vivantes). Cependant, à ce rythme de décroissance, la mortalité maternelle atteindra environ 346 en 2015, ce qui est loin de l'objectif fixé dans la feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (objectif de 200) et encore moins des Objectifs du Millénaire pour le Développement (baisse de $\frac{3}{4}$ de la mortalité de 1990, soit 127). L'analyse de la mortalité maternelle (Faye E.O et al. 2003) montre que les causes directes dominent et que les causes indirectes sont principalement l'anémie et le paludisme, deux pathologies aussi contrôlables par les soins de santé. Ces causes sont imputables à la persistance des barrières géographiques, financières et socio culturelles à l'accès aux soins obstétricaux. En effet, les infrastructures de deuxième niveau et les ressources humaines tant au premier qu'au deuxième niveau semblent être – avec l'accès financier et les obstacles socioculturels - le goulot d'étranglement majeur.

La formation des gynécologues se fait à un rythme très lent (5 par an en moyenne) et les spécialistes n'acceptent pas de travailler dans des zones éloignées et dont le plateau technique ne correspond pas à leur profil. Les tentatives de redéploiement des sages-femmes ont eu peu de succès jusqu'à présent.

De plus, les aspects relatifs au genre peuvent, en association avec ces facteurs liés à la disponibilité des ressources humaines qualifiées, restreindre l'accès aux soins de santé (Bell et al, 2003; Ensor et al, 2004). L'objectif 3 des OMDs (promotion du genre, égalité et renforcement du pouvoir de la femme) vise à améliorer l'équité de genre. L'inégalité de statut entre l'homme et la femme, et la relation de pouvoir entre eux dans plusieurs sociétés, peuvent restreindre l'autonomie de la femme dans de nombreux domaines, y compris en matière de prise de décision. Ceci concerne également les restrictions sur sa mobilité en dehors de la maison (sans accompagnant ou permission), le bas niveau d'éducation (entraînant des connaissances limitées en matière de santé) et l'inaccessibilité aux ressources du ménage (Anderson et al, 2004; Ensor et al, 2004).

En réponse à ces barrières économiques, socioculturelles et sanitaires à l'accès aux soins obstétricaux, le ministère de la santé a défini et mis en œuvre une série de mesures.

La première a porté sur l'amélioration de l'accessibilité géographique à des soins qualifiés et la seconde sur la gratuité des accouchements et des césariennes.

A cette fin, une stratégie de délégation de compétences en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) a été mise en œuvre à partir 2000. Ce programme concerne deux niveaux du système de santé.

Au premier niveau (les postes de santé tenus par des infirmiers/ères), le programme visait à former les infirmiers/ères des postes de santé à cinq des six fonctions des SONU de base¹ (l'assistance à l'accouchement par ventouse n'a pas été enseignée à ce type de prestataire, mais aux sages-femmes des centres de santé et hôpitaux). Cette stratégie a débuté en 2002.

Au deuxième niveau (les Centres de santé de référence ou hôpitaux de district), la formation a concerné une équipe chirurgicale comprenant un médecin, un instrumentiste et un anesthésiste à la pratique des SONU complets (ce qui a compris – en plus des SONU de base - la césarienne, la ventouse, le forceps, l'intervention pour grossesse extra-utérine, les soins post-avortements par l'AMIU). En outre, au moins deux sages-femmes étaient formées à l'échographie obstétricale par site SONUC. Cette stratégie a débuté en 2000 et a permis de former une dizaine d'équipes SONUC.

Le Sénégal, selon le nouveau découpage sanitaire, comprend 63 districts dont 18 possèdent au moins un hôpital qui offrent des SONUC. Il y a donc potentiellement 45 districts à pourvoir en compétences chirurgicales. Si on veut assurer une permanence chirurgicale obstétricale au niveau de ces Centres de santé, il faut envisager la formation d'au moins deux équipes chirurgicales par centre, soit théoriquement un minimum de 90 équipes (sans compter les remplacements pour cause de maladie, de retraite, etc.). Compte tenu du fait qu'à ce jour, seules 10 équipes ont été formées, il y a donc un minimum 80 équipes à former si on veut couvrir l'ensemble des districts. La feuille de route élaborée pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2006) prévoit d'intensifier la stratégie de formation des médecins en SONUC et de passer à la formation de 7-8 médecins généralistes par an en moyenne de façon à avoir produit 39 nouvelles équipes SONUC pour 2015 (dont 21 pour fin 2008). Ce programme est ambitieux mais probablement insuffisant et, au moment d'accélérer son implantation, le ministère de la santé et de la prévention médicale souhaite évaluer les effets des premières expériences de délégation des compétences en SONUC.

En plus de cette stratégie de délégation de compétences, une politique de gratuité des accouchements et des césariennes a été mise en place depuis 2005 afin de réduire les obstacles financiers. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux services de soins maternels et d'augmenter ainsi le nombre d'accouchements faits dans des structures sanitaires, ce qui devrait réduire le nombre de décès maternels et périnataux. L'objectif de cette évaluation est de voir jusqu'à quel degré la stratégie a atteint ses objectifs et de tirer des leçons pour son amélioration dans le futur.

Une évaluation intermédiaire a été conduite en Juin 2005. En juillet de l'année suivante, un atelier a été tenu pour discuter des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la politique. Certains de ces problèmes sont mis en relief ci-après :

¹ 1. Administration d'antibiotiques IM ou IV ; 2. Administration d'ocytociques IM ou IV ; 3. Administration d'anticonvulsivants IM ou IV ; 4. Délivrance manuelle du placenta ; 5. Curetage ou curage et aspiration manuelle intra utérine en cas de restes placentaires ou de produits de conception (en l'occurrence pour les ICP c'est le curage qui a été enseigné); 6. Assistance à l'accouchement par voie vaginale.

- les niveaux de connaissance de la politique étaient inappropriés
- les structures sanitaires étaient surchargées
- des ruptures dans la mise en place des kits ont été notées
- les prestataires étaient réfractaires au système de vérification des partogrammes (qui permet le remboursement)
- des problèmes de supervision et de retard dans les remboursements existaient
- les soins du nouveau-né n'étaient pas inclus dans le paquet
- le mécanisme de suivi de l'utilisation des fonds était inapproprié
- les hôpitaux utilisaient les fonds de manières diverses
- l'initiative serait une menace pour le recouvrement des coûts (Initiative de Bamako)

C'est fort de tous ces éléments qu'à l'issue de l'atelier de juillet 2005, le Ministère de la Santé a retenu de procéder à l'évaluation de ces stratégies de réduction des barrières à l'accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence avec l'appui de l'UNFPA, du CEFOPREP et de IMPACT. L'objectif général de l'étude est de mesurer l'efficacité des politiques de gratuité des accouchements et des césariennes ainsi que la délégation des compétences sur l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

II. EVALUATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE

II.1. Objectifs

L'évaluation de la politique de gratuité des soins à l'accouchement et de la césarienne vise à mesurer l'amélioration de l'accès aux services ainsi que le coût de cette politique pour l'Etat.

Ce rapport présente les résultats de notre évaluation selon quatre axes d'analyse :

- 1) l'analyse du processus d'élaboration et d'implantation concernant les mécanismes institutionnels, les flux financiers, les aspects logistiques et la communication
- 2) l'évaluation des effets de la politique sur l'utilisation et la qualité des services et sur les rapports de genre
- 3) l'évaluation des perceptions des détenteurs d'enjeux et des acteurs opérationnels sur la pertinence, la durabilité, l'efficacité, et l'avenir de cette politique et
- 4) l'évaluation des perceptions des bénéficiaires sur la politique, son contenu et ses effets

II.2. Méthodologie

II.2.1. Type d'étude

L'évaluation de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes a été faite sous l'angle sanitaire, économique et socioculturel. Cette étude est une recherche quasi-expérimentale avec une comparaison 'avant – après' la mise en place de la gratuité et une comparaison 'ici et ailleurs' entre les districts où la gratuité était implantée depuis 2005 et des districts où elle venait d'être implantée. Pour ce faire, une approche quantitative et une approche qualitative ont été utilisées.

Le volet quantitatif a consisté à analyser de manière rétrospective, entre janvier 2004 et juin 2006, les flux financiers, la logistique et les activités des structures de santé en matière d'accouchements et de césariennes.

Le volet qualitatif a porté sur les perceptions et vécu des acteurs et des bénéficiaires.

II.2.2. Zone de l'étude

Pour mieux cerner ces questions de l'évaluation de la politique de gratuité, la zone d'étude a été découpée en 2 zones : les régions qui ont démarré la politique en 2005 (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Matam et Fatick) et une des régions ayant démarré en 2006 (Kaolack).

L'étude au niveau des régions ayant commencé en 2005 a permis de faire la comparaison "avant –après", et les données de la région de Kaolack ont servi pour la comparaison "ici ailleurs"

II.2.3. Cibles

Les cibles de l'étude qualitative sont réparties en quatre catégories. Au niveau national la collecte des données a concerné les services centraux du MSPM (la Division des Soins de Santé Primaires, la Direction de l'administration Générale et de l'équipement, Service National de l'Information et de l'Education pour la Santé, la Division de la Santé de la Reproduction, la Pharmacie Nationale d'approvisionnement), Le Ministère des finances et les partenaires au développement (OMS, UNFPA, UNICEF). Au niveau de ces institutions l'étude a recueilli les informations sur le processus de mise en place, le financement, le fonctionnement, ainsi que les perceptions en termes de priorité, de pertinence, d'efficacité, de durabilité.

Au niveau régional, l'étude a concerné les Médecins chefs de région, les coordinatrices régionales de Santé de la Reproduction, les responsables des Pharmacies régionales d'approvisionnement, les Gouverneurs et les Présidents du Conseil Régional ou leurs représentants. Ces cibles ont été identifiées afin de fournir en plus des éléments ci-dessus, des informations sur la mise en œuvre de la politique et ses effets.

Au niveau district, l'enquête a pris en compte les médecins chefs de districts, les coordinatrices SR ou les superviseurs de Soins de Santé Primaires, les Infirmiers Chefs de Poste, les sages femmes, les Présidents de Comité de santé. L'enquête auprès de ces acteurs du niveau opérationnel a permis d'analyser le vécu et l'impact de la politique sur les services de santé.

Au niveau communautaire, la collecte des données a concerné les femmes ayant bénéficié de la politique de gratuité, les femmes âgées, les hommes, les leaders communautaires. Les données collectées auprès de la communauté ont permis de mesurer leurs perceptions sur la politique, son contenu et ses effets.

Les données quantitatives sur les flux financiers et les données de routine des structures sanitaires ont été collectées au niveau du Ministère des Finances, du MSPM (DAGE, DSR, PNA), les hôpitaux régionaux, les PRA, les régions médicales, les districts, les CS et les PS.

Afin d'apprécier si l'Etat verse trop ou pas assez aux structures sanitaires pour la prise en charge des accouchements et des césariennes, une étude de coûts a été menée dans 2 hôpitaux régionaux pour les césariennes ; 1 centre de santé et 1 poste de santé pour les accouchements.

II.2.4. Outils de collecte

Quatre outils ont été utilisés dont 2 quantitatifs concernant les données financières et logistiques des structures et les données sur l'utilisation et la qualité des services. Deux autres outils qualitatifs ont été utilisés pour analyser les perceptions des acteurs et des bénéficiaires liées à cette politique. Il s'agissait principalement d'interviews des informants clés du niveau national au niveau local, des groupes de discussion dirigés au niveau communautaire.

Ces outils ont été testés dans le district de Sédhiou avant d'être utilisés dans les zones d'étude.

II.2.5. Bilan de la collecte

A l'issue de la collecte des données au niveau central et opérationnel et communautaire, les cibles suivantes ont pu être touchées.

Tableau 1 : Bilan de la collecte de l'évaluation sur la gratuité

Cibles	Nombre
Entretien avec le niveau central	12
Entretien avec les médecins chefs de région	3
Entretien avec médecin chef de district	4
Entretien avec les Présidents de conseils régionaux	6
Entretien avec les Présidents de Comité de santé	9
Entretien avec les Infirmiers chefs de postes	17
Groupe de discussions	10
Atelier communautaire	1
PS visités	11
CS visités	6
Hôpitaux régionaux visités	4

II.3. Problèmes rencontrés

Les problèmes rencontrés sont liés essentiellement à la collecte des données, en particulier la non disponibilité de certains informants, et l'incomplétude des données dans certaines structures, les PS en l'occurrence. Ceci a eu pour conséquence la restriction de l'exploitation et de l'analyse des données d'activité à 2 districts pour les accouchements dans les PS et à 4 districts pour les césariennes.

Du fait de contraintes de temps, la collecte de données quantitatives financières qui devait se faire dans les cinq régions pilotes et dans trois parmi les nouvelles, s'est finalement limitée aux cinq premières régions. Dans chacune de ces régions, l'hôpital régional, un centre de santé et deux postes de santé ont pu être inclus. De même, l'étude sur le coût de l'accouchement et de la césarienne qui avait pour objectif de comparer les zones avec et sans gratuité, n'a pu être faite que dans un seul PS rural dans la zone hors gratuité, dans deux hôpitaux régionaux et dans un centre de santé pour les mêmes raisons.

L'absence d'outils de gestion des kits d'accouchement et de césariennes a rendu la collecte des informations sur la logistique particulièrement difficile.

II.4. Résultats

II.4.1. Conception et exécution de la politique

L'analyse de la conception et de l'exécution de la politique, a été réalisée sur la base des documents officiels, des interviews des décideurs et des acteurs au niveau central et opérationnel, mais aussi du vécu de ces derniers et des populations.

II.4.1.1. Justification de la politique

La mise en place de la politique de gratuité est due à l'ampleur de la mortalité maternelle au Sénégal qui malgré une baisse significative reste encore trop élevée avec 401 pour 100.000 naissances vivantes selon les données de l'EDS IV de 2005. Cette mortalité est principalement due à la forte proportion des accouchements encore non assistés par un personnel qualifié (52% selon l'EDS 2005). Ceci entraîne un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales, aggravé par les difficultés liées à l'accessibilité géographique et financière du fait de la pauvreté, mais aussi des barrières socio culturelles.

Devant cette situation, une décision politique du Chef de l'état a été prise d'augmenter l'accès aux soins aux populations démunies à travers la mise en place d'une politique de subvention des accouchements et des césariennes entièrement supportée par l'état dans les cinq régions les plus touchées à savoir Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam dans un premier temps.

II.4.1.2. Objectifs de la politique

Dans les circulaires et notes techniques de la politique, les objectifs fixés étaient :

- d'accroître l'accès des femmes (démunies) aux services de santé de la reproduction
- d'assurer une offre de services de santé de la reproduction de qualité
- d'augmenter le taux d'accouchements par du personnel qualifié
- et de réduire, par conséquent, le taux de la mortalité maternelle

Cependant, certaines personnes interviewées dans la communauté ont pu citer les objectifs de la politique. Selon ces dernières, elle découle, d'une part, de la volonté de l'Etat de réduire la mortalité maternelle et néonatale et, d'autre part, de favoriser l'accès des populations aux structures sanitaires. En effet, ils ont justifié le taux élevé des accouchements à domicile par le faible niveau socio- économique ; de même, la faiblesse de la fréquentation des structures

sanitaires est responsable à leurs yeux du niveau élevé de la mortalité maternelle et néonatale. Ce qui ne diffère en rien des objectifs de la politique.

II.4.1.3. Elaboration de la politique

Les étapes suivantes ont été chronologiquement suivies pour la mise en œuvre de cette politique entre juillet et décembre 2004 soit durant les 6 mois précédant la mise en œuvre

1. Mise en place d'un comité de pilotage composé de la Direction de la Santé, la Division des Soins de Santé Primaires, la Direction de l'administration Générale et de l'équipement, la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS, le Conseiller technique N° 2 en charge du suivi/évaluation, la Division de la Santé de la Reproduction, la Direction des Etablissements Publics de Santé, la Coopération Française et le Médecin chef du District Centre de Dakar. Sous la présidence du Directeur de la Santé, les membres de ce comité ont eu plusieurs séances de travail à partir desquelles les éléments d'opérationnalisation de cette initiative ont été retenus ;
2. Identification des activités prises en compte par cette politique : les accouchements dans les postes de santé et les centres de santé, les césariennes dans les centres de santé à vocation chirurgicale (centres SONU) et dans les hôpitaux. Les accouchements dans les hôpitaux et au niveau communautaire ne sont pas pris en charge dans la politique ;
3. Estimation du coût des césariennes (55 000 FCFA avec 50 000 FCFA pour l'acte opératoire et 5000 FCFA pour les 5 jours d'hospitalisation) et des accouchements (5500 FCFA pour l'acte et 2000 FCFA pour les 2 jours d'hospitalisation réglementaires). La base de calcul de ces coûts n'est pas définie dans les documents disponibles.
4. Mise en place d'un financement au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement pour la confection de kits de médicaments et produits pour l'accouchement et la césarienne pour les structures qui seraient ciblées;
5. Estimation des besoins en kits sur la base du nombre d'accouchements et de césariennes enregistré dans les structures des zones ciblées durant la période de janvier à juin 2004 ;
6. Elaboration sous la coordination du comité de pilotage dès l'entame du processus d'un plan de communication budgétisé confié au SNEIPS mais dont les ressources n'ont pas été mobilisées. Cependant des spots publicitaires à la télévision nationale ont été diffusés régulièrement. Dans les régions de Tambacounda et de Kolda, des stratégies de communication ont été financées avec l'appui de l'UNFPA à travers le projet IEC d'appui à la SR. Les messages véhiculés par ce plan de communication portaient sur la date de démarrage, les zones ciblées, l'information sur la subvention totale par l'état des accouchements et des césariennes ainsi que les structures concernées par chaque type de services (PS, CS et EPS).
7. Sensibilisation des autorités administratives et politiques des agents de santé, des comités de santé, à travers des Comités Régionaux de Développement, Comités Départementaux de Développement et Comités Locaux de Développement et autres rencontres avant le démarrage de la politique dans chaque région.
8. Planification d'une évaluation dès le début du processus à faire au bout de 6 mois de mise en œuvre. Cette activité n'a pas été budgétisée et n'a pas bénéficié de mobilisation de ressources.
9. Validation du contenu du kit par la DSR avant la mise en place effective en fin Décembre 2004
10. Mise en place d'un système de contrôle à travers :
 - i. la création d'un groupe de travail chargé d'élaborer les procédures de gestion de la politique,
 - ii. l'implication souhaitée des assistants sociaux pour un "contrôle social"

- iii. l'approbation des rapports d'activités des structures par les élus locaux avant transmission aux autorités du MSPM
- 11. Mise en place des fonds, un mois avant le démarrage (décembre 2004), pour "la prise en charge des accouchements et des césariennes" au niveau de la PNA (310 249 000 FCFA) et des Etablissements publics de Sante (20 725 000 FCFA) [Décision autorisant le versement à la PNA et aux EPS pour les Kits n° 010111 et n° 010471 MSPM/DAGE]
- 12. Identification de certains problèmes par le comité de pilotage [Fiche technique du 20/12/2004] tels que :
 - i. La non définition préalable du paquet de prestations pris en compte dans la politique. La solution proposée était le préfinancement du paquet de services en dehors du kit (ticket modérateur de la prestation, prestations, autres médicaments et produits nécessaires en cas de complications par exemple) par les comités de santé avec un remboursement conditionné par l'utilisation du partogramme au niveau des maternités
 - ii. Le coût élevé de l'emballage rendant le coût des kits trop élevé par rapport aux prévisions
- 13. Mise en place d'un circuit de distribution parallèle (PNA – Région médicale – Districts) en attendant l'usage du circuit habituel du médicament (PNA – PRA – Dépôts de districts)

II.4.1.4. Processus de mise en œuvre

Lors du démarrage de la politique, des **modalités pratiques ont été prévues** au niveau des structures de santé. Il s'agissait de :

- l'identification complète de la cliente à l'admission avec une adresse exacte
- l'établissement d'un dossier médical complet
- le suivi de l'accouchement par partographe
- le préfinancement du paquet de services par le comité de santé (tickets, prestations, autres médicaments et produits nécessaires, etc.).

II.4.1.4.1. Gestion du processus

Il était prévu dans les documents exploités :

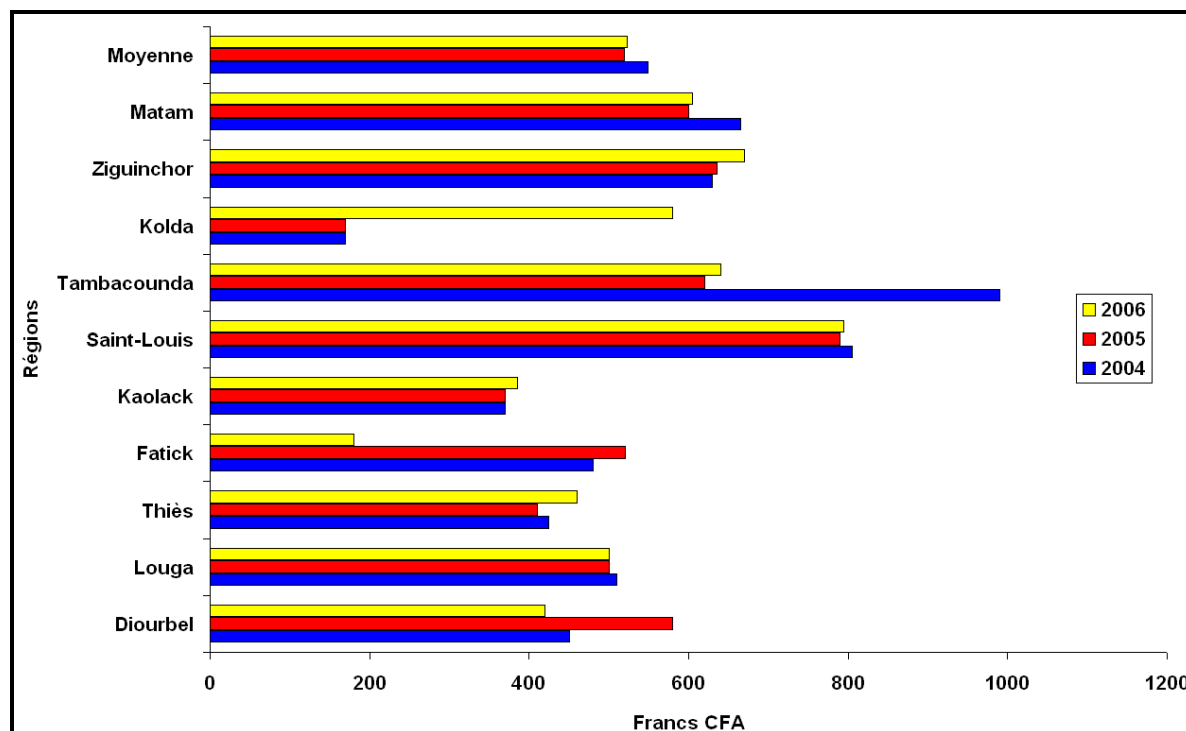
- l'établissement d'un rapport mensuel d'activités portant sur le nombre d'accouchements et de césariennes visé par l' élu local et transmis à la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement via le Directeur de la Santé.
- le remboursement du ticket modérateur et autres services en dehors du coût des kits estimé à 2 000 FCFA par accouchement et 32 000 FCFA par césarienne aux comités de santé par la PNA à travers la mise en place de médicaments essentiels au niveau de ces structures étant donné que le statut de ces structures ne permet pas un virement direct à l'instar des EPS.
- le suivi du mouvement des médicaments et des produits avec des fiches de stock évalué au cours des Monitoring.
- la supervision mensuelle des activités par les Equipes Cadres de District/Région
- des enquêtes de populations
- le réapprovisionnement en Kits, Médicaments Essentiels et autres produits suivant le circuit de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement/ vers les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement puis vers les districts.
- une évaluation trimestrielle, puis semestrielle en vue de généralisation de la politique

L'enquête au niveau central et régional a montré que **l'initiative a effectivement démarré** le 1er Janvier 2005 pour les régions de Kolda et Ziguinchor, courant Février 2005 pour les

régions de Tambacounda et Matam et en Mars pour Fatick. L'extension s'est faite à l'ensemble des EPS (sauf ceux de la région de Dakar) pour la prise en charge des césariennes au mois de janvier 2006 par arrêté ministériel.

II.4.1.4.2. *Financement de la santé*

D'une manière générale, le budget public per capita destiné à la santé est resté globalement constant au niveau national entre 2004 et 2006 malgré les besoins croissants. Par ailleurs, il existe des disparités entre les régions, et qui ne sont pas toujours en faveur de celles ciblées par la politique, en particulier les régions de Fatick, Matam et Tambacounda. Ces régions avaient été ciblées en raisons de leurs importants besoins en SONU.



Graphique 1 : Dépenses publiques de santé per capita de 2004 à 2006 (toutes les régions sauf Dakar)

II.4.1.4.3. *Financement de la politique proprement dite*

Au démarrage de l'initiative en 2005, l'Etat avait déjà transféré dès Décembre 2004 auprès de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement 310 249 000 FCFA pour l'approvisionnement des centres de santé et postes de santé en kits d'accouchement et de césarienne et versé 20 735 000 FCFA dans les comptes des Etablissements Publics de Santé de Ziguinchor, Tambacounda et Ourossogui, pour la prise en charge des césariennes. Dans les 5 premières régions ciblées au démarrage, 1970 césariennes ont été effectuées équivalant à un montant de 108 350 000 FCFA. Rapporté au montant effectivement décaissé, on observe un écart de 16 400 000 FCFA. Avec une prévision budgétaire supplémentaire de 100 000 000 FCFA, seulement 198 729 470 FCFA au 31/12/2005 ont été absorbés pour la prise en charge des accouchements.

Tableau 2 : Situation des kits et subvention, pour les accouchements et césariennes en 2005

Régions	2005									
	Dépenses						Ecart		Nombre d'accouchements	Nombre de césariennes
	Kits				Argent pour les EPS (CFA)		Accouchements	Césarienne		
	Prévu	Reçu	Prévu	Reçu	Prévu	Reçu				
Fatick	6 676	3 026		150	-	-	3 650	-	5 778	23
Tamba	0	5 469		227	26 830 000	26 830 000	- 5 469	-	9 246	358
Kolda	0	2 320		387	28 215 000	28 215 000	- 2 320	-	12 668	316
Matam	5 542	1 869			9 845 000	10 945 000	3 673	-1 100 000	4 705	158
Ziguinchor	6 838	2 213			48 015 000	25 960 000	4 625	22 055 000	8 411	564
Total	19 056	14 897	-	764	112 905 000	91 950 000	4 159	20 955 000	40 808	1 419

En 2006, les EPS ont reçu deux cent trente deux millions quatre cent vingt sept mille Francs (232 427 000 FCFA) en remboursement aux césariennes effectuées. Durant cette période, 7169 césariennes ont été effectuées équivalant à une somme de trois cent quatre vingt quatorze millions deux cent quatre vingt quinze milles francs (394 295 000 FCFA), soit un écart de cent soixante un million huit cent soixante huit milles francs (161 868 000 FCFA). Cependant, il faut noter que l'essentiel de ces paiements ont été effectués dans le second semestre de 2006 et même presque à la fin du semestre. En 2006, le même budget de quatre cent dix million deux cent quarante neuf mille francs (410 249 000 FCFA) a été maintenu pour la prise en charge des accouchements. Toutefois, il n'a pas été versé à la PNA qui a continué à fournir des kits aux structures sanitaires. A la date du 4/12/07, la Direction de la Santé devait à la PNA la somme de cent vingt quatre million cent quinze mille neuf cent soixante dix francs (124 115 970 FCFA).

Tableau 3 : Situation des kits et subvention, pour les accouchements et césariennes en 2006

Région	Population	Kits Reçu	Argent pour les EPS (CFA)		
			Prévu	Reçu	Ecart
Diourbel	1 209 510	2 165	6 600 000	6 600 000	-
Louga	744 955	1 856	12 265 000	12 265 000	-
Thiès	1 407 611	1 856	64 075 000	64 075 000	-
Fatick	653 184	10 988	-	-	-
Kaolack	1 149 759	-	37 707 000	37 707 000	-
St Louis	781 252	1 213	28 530 000	25 495 000	3 035 000
Tambacounda	684 366	12 196	35 000 000	35 000 000	-
Kolda	915 858	6 757	20 625 000	20 625 000	-
Matam	481 708	18 141	10 395 000	10 395 000	-
Ziguinchor	450 379	11 889	20 265 000	20 265 000	-
Total	8 478 582	67 061	235 462 000	232 427 000	3 035 000

Concernant les opinions sur le financement de la politique, au niveau central, sur les neuf décideurs interrogés, six ont répondu à cette question relative à l'allocation des fonds. Parmi eux, trois ont donné une réponse relativement complète. Il s'agit selon eux d'une ligne spécifique du budget de l'Etat. Pour les districts, les fonds sont virés sur les comptes de la PNA qui les fournit en kits. Pour les hôpitaux, il s'agit d'une subvention directe. Il revient alors aux

EPS de fournir les pièces justificatives en retour. Quant à la procédure de remboursement des tickets d'accouchement, elle reste un mystère selon les personnes enquêtées. Pour cette question comme pour toutes les autres plus techniques qui vont suivre, on a constaté un niveau de réponse plus faible qui montre que la politique, dans certains de ses aspects, dans ses détails, reste assez méconnue des acteurs du niveau central.

II.4.1.4.4. Mécanismes et le fonctionnement des paiements

La moitié des décideurs du niveau central qui ont répondu à la question ont pu décrire de façon complète les mécanismes de paiement pour les EPS comme pour les districts. Un enquêté a signalé que "*dans les documents le système de remboursement n'était pas explicite*" Un autre n'a parlé que du remboursement des accouchements. Ceci qui traduit un défaut de compréhension du mécanisme.

Des réponses obtenues, on peut dire que le schéma concernant les hôpitaux est clair, bien connu de nos interlocuteurs. "*Pour les EPS, les fonds sont pré-positionnés dans leur compte*" avec néanmoins des impairs dans le fonctionnement : "*l'absence de supports de gestion et de suivi régulier entraîne une lenteur dans la procédure et, en 2005 et en 2006, les virements n'ont été faits qu'au mois de novembre pour éviter la chute des fonds en fonds libres.*"

Pour les districts, la question du mécanisme de remboursement des tickets d'accouchement reste entière, car ce mécanisme n'était maîtrisé ni par la PNA ni par le niveau opérationnel. Ce qui fait que ces structures n'ont pu bénéficier de ce remboursement.

Si le schéma théorique semble clair pour certaines personnes interviewées au niveau central: "*Le système de remboursement était basé sur le dossier de la patiente contenant un partogramme*" qui devait permettre à la PNA de fournir les kits et des médicaments essentiels comme remboursement du ticket modérateur, en pratique, ce système a été inopérant par défaut de compréhension de la procédure par les différents acteurs.

II.4.1.4.5. Logistique

En 2005, un nombre total de 14 897 kits d'accouchement pour un nombre 40524 accouchements et 764 kits de césariennes ont été mis en place pour les centres de santé avec bloc opératoire. Cependant, parmi ces kits de césariennes, une quantité importante est allée à Hôpital régional de Kolda et celui de Tambacounda. On note également que dans la région de Fatick des kits de césariennes ont été distribués à tous les centres de santé même ceux qui n'ont pas ni bloc opératoire, ni compétent en SONU.

En 2006, 67 061 kits d'accouchement ont été distribués dans les 10 régions couvertes. Toutefois, on remarque que cette distribution ne s'est pas faite selon une planification bien définie. En effet, à titre d'exemple, la région de Ziguinchor a connu une rupture de kits allant du 12/09/05 au 5/07/06 puis un sur stockage en octobre 2006 alors que le district de Sokone reconnaît n'avoir pas connu de ruptures de kits.

En 2006, avec l'extension de la politique, des kits ont également été mis en place dans des EPS des régions nouvelles (Louga, et Saint Louis). Celles ci ne disposaient pas de blocs SONU et leurs EPS ne devaient recevoir qu'un remboursement comme en témoigne le tableau ci-dessous.

De plus, certains EPS comme Ziguinchor ont reçus le financement et des kits de césariennes destinés aux CS SONU. Tout ceci a eu comme conséquence un approvisionnement insuffisant en kits dans les régions prioritaires.

Tableau 4 : Ecart entre les kits et les accouchements et césariennes effectués en 2005 et 2006

Années	Districts	Nombre de kits distribués		Nombre d'accouchements effectués	Nombre de Césariennes effectuées	Ecart kits et accouchements	Ecart kits et césariennes
		Kits Acc	Kits Cés.				
2005	Sédhiou	338	187	1138	127	800	-60
	Sokone	350	26	536	23	186	-3
	Ziguinchor	156		4329		4173	0
	Bakel	13	157	976	37	963	-120
	Kanel			355	0	355	0
	Goudiry	82	118	544	10	462	-108
2006	Sédhiou	1914	137	471	49	-1443	-88
	Sokone	1663	0	355	24	-1308	24
	Ziguinchor	0		2077		2077 ²	0
	Bakel	24	0	402	16	378	16
	Kanel			252	0	252	0
	Goudiry	24	11	251	0	227	-11

Les EPS quant à eux, conçoivent leurs propres kits de césariennes à partir du stock de médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako (IB). Son contenu est généralement fonction des disponibilités de l'IB et le reste est prescrit pour achat aux patientes. La PNA avait une autre compréhension pour l'approvisionnement des kits de césariennes. Pour elle, les EPS devaient directement s'approvisionner auprès d'elle.

II.4.1.4.6. Communication

Les voies de diffusion et d'accès à l'information utilisées ont été variables selon le niveau.

- Au niveau national, les médecins- chefs de districts ont été convoqués par le Ministre de la Santé pour les informer du démarrage de la politique de gratuité et de sa mise en application immédiate. Les medias a travers la télévision et la radio nationale ont diffuse le spot réalisé par le SNEIPS.
- Au niveau régional, l'information a circulé grâce à une circulaire du Ministre de la Santé destinée à informer les gouverneurs et les MCR (Médecin Chef de Région) et grâce aux medias (télévision, radio).
- Au niveau district, des réunions de coordination, souvent élargies aux présidents des comités de santé, suite à la réception des notes circulaires du Médecin Chef de District pour l'information des Infirmiers Chefs de Poste on été tenues a cet effet, ainsi que des réunions spéciales des Comités locaux de développement (préfets, élus locaux) ; Les media ont également diffuse l'information
- Au niveau local, l'information a été diffusée par les ICP auprès des populations par les communicateurs traditionnels et les organisations communautaires de base à travers les comités de santé et le personnel (Agents de Santé Communautaire). L'information a été aussi véhiculée a travers la communication directe lors des causeries dans les quartiers, par les crieurs traditionnels, les relais communautaires. Cependant, certaines personnes interrogées au niveau de la communauté ont signalé avoir appris la politique par

² Durant le second semestre de 2006., un total de 3687 kits étaient en place.

"hasard" au cours d'une visite dans une structure de santé ou par un voisin ayant bénéficié de la politique. Les radios communautaires ont aussi relayé l'information.

Les canaux d'accès à l'information étaient donc essentiellement représentés par les acteurs institutionnels (prestataires et autorités) qui ont utilisé des notes de service et des réunions de coordination pour passer l'information sur la politique. Les médias à travers la télévision (un spot télé réalisé par le SNEIPS) et les radios communautaires ont servi de relais à cette politique.

Cependant une partie de la population n'est pas informée de l'existence de la politique : l'information a été bien mieux diffusée en milieu urbain qu'en milieu rural. Nombre d'enquêtés ne l'ont apprise que lors des focus groupes organisés par l'équipe d'enquête

En ce qui concerne l'interprétation du message reçu sur la politique, au niveau des *acteurs institutionnels (prestataires et autorités)*, le message retenu était très variable. Certains acteurs interrogés avaient compris qu'il s'agissait d'une gratuité intégrale de la santé maternelle et néonatale incluant les prestations et médicaments du nouveau-né, la prise en charge des complications et même des consultations prénatales; pour d'autres d'une semi- gratuité (acte accouchement et kits) et enfin pour certains autres d'une gratuité ciblée (cas sociaux, exclusion des accouchées à domicile et des non- nationaux).

L'interprétation du message par les acteurs au niveau communautaire était la gratuité intégrale pour les prestations et médicaments de la mère, du nouveau- né, ainsi que la prise en charge des complications et des CPN.

II.4.1.4.7. Vécu de la mise en œuvre de la politique par les acteurs et les bénéficiaires dans le domaine de l'allocation des fonds

Il ressort une ignorance totale des mécanismes de répartition des fonds par les autorités locales (Prestataires, CR, Gouv.) et une connaissance approximative des MCR des mécanismes d'allocation des fonds de la politique.

Tout comme pour les sources de financements, la plupart des acteurs du niveau opérationnel ignorent le mécanisme réel de répartition des fonds de la politique. A titre d'exemple, à Ziguinchor, certains parmi les professionnels de la santé qui sont peu informés confient avoir "entendu dire" que l'état, à travers le budget national a alloué une somme de 100 millions au Conseil Régional dont dépend l'hôpital régional. Cette information a été confirmée par certains membres du Conseil Régional. Une somme de 5 millions devait être tirée de ces 100 millions et remise à l'hôpital régional, somme jugée insuffisante par rapport à l'importance des charges des hôpitaux.

Cet exemple illustre la confusion que font les acteurs du niveau opérationnel entre le financement de la politique de gratuité et les fonds de dotation.

Concernant l'opinion du niveau central sur la logistique et en particulier sur **le contenu des kits**, tous les décideurs ont affirmé que le contenu des kits a été défini, de façon consensuelle, sur la base d'une étude de la Clinique Gynécologique et Obstétricale puis il a été réactualisé au cours de la rencontre d'évaluation à mi-parcours du mois de juillet 2006 entre les différentes parties prenantes du niveau central comme du niveau opérationnel.

Par rapport à l'adéquation du contenu du kit, les avis sont partagés au niveau central. Si certains (2) sont catégoriques quand à l'adéquation du kit aux besoins des prestataires, d'autres (2) sont plus prudents : "Les utilisateurs sont plus habilités pour dire si la composition est adéquate.", " Tout est relatif. C'est par rapport au budget". Un autre encore est franchement

critique : "A l'époque, les médecins se plaignaient de kits sans Syntocinon®." Par rapport à ce point précis, il faut rappeler que ce produit nécessitant une conservation particulière (respect de la chaîne de froid), n'avait pas été conditionné dans les mêmes emballages que le reste du kit. Pour le niveau opérationnel, la plupart des MCR interrogés jugent que les kits ne sont pas adaptés et restent incomplets par rapport aux complications obstétricales. Ils ont "entendu dire" que les kits ne sont pas adaptés d'après l'information reçue des prestataires ce qui les obligeait, soit à puiser dans la dotation en médicaments de la structure, soit à faire payer par les patientes les produits nécessaires à la prise en charge de ces complications.

Pour les prestataires au niveau des structures de SONUB, le contenu est à améliorer car il n'est pas adapté et la qualité de certains éléments tels que les clamps laisse à désirer.

Selon les prestataires rencontrés, le kit comprend les éléments suivants : dix compresses, un clamp pour le cordon ombilical, deux paires de gants, un paquet de garnitures, une ampoule de Syntocinon®, deux seringues de 5cc. Ceci qui est conforme au contenu du kit défini par la DSR au début de la politique.

La plupart des prestataires, notamment les ICP, pensent que les kits destinés à l'accouchement dans les postes de santé ne sont pas adaptés à leurs besoins. Ils suggèrent leur révision en vue de renforcer leur contenu. Les prestataires proposent également l'ajout de produits tels que des antibiotiques, de la Xylocaïne®, des fils de suture, des doigtiers, du fer, des intranules, du sérum glucosé, de la vitamine A et K, des anticonvulsivants, des antihypertenseurs, du Spasfon®.

Selon la DSR, le contenu du kit a été élaboré pour prendre en charge les accouchements normaux. Etant donné que la majorité des accouchements ne sont pas compliqués, il n'était pas pertinent du point de vue santé publique d'inclure dans les kits les éléments pour la prise en charge des complications.

Pour la prise en charge de ces complications le traitement doit être assuré à partir des crédits mis à la disposition des structures par l'Etat

Concernant la quantité des produits des kits, certains prestataires suggèrent l'augmentation du nombre de compresses, d'ampoules de Syntocinon®, de seringues et des gants. La suppression des bandes Velpeau est également demandée car elles ne sont plus utilisées conformément aux nouvelles recommandations.

Il en est de même pour les prestataires au niveau des structures de SONUC (CS à vocation chirurgicale et EPS), pour qui le contenu des kits de césariennes est incomplet et insuffisant en qualité et en quantité et non adapté aux besoins en particulier en cas de survenue de complications. Ils recommandent de confectionner des kits correspondant aux complications obstétricales. Ils soulignent cependant que le contenu a été "légèrement" amélioré suite à la rencontre d'évaluation à mi-parcours de juillet 2006.

La confection de types variés de kits adaptés aux différentes complications pouvant survenir lors des césariennes est également vivement sollicitée. En outre, les kits livrés par la PNA sont jugés incomplets selon certains prestataires et doivent être renforcés par des antibiotiques, de la Bétadine®, des aiguilles à rachi pour l'anesthésie locorégionale, du sparadrap adapté, pour les suites de couche.

Des propos recueillis, il ressort que les prestataires n'ont pas tenu compte, des antibiotiques et de la Bétadine® qui, pourtant, existent bel et bien dans les kits fournis par la PNA. Cependant, il semble que la PNA n'a livré que des kits pour l'anesthésie générale, sensiblement plus chers, d'après les factures qu'elle a établies à l'intention de la Direction de la Santé. Le nécessaire pour la rachi- anesthésie qui est cependant la plus pratiquée n'y figure pas.

Pour plus de qualité et/ou renforcement du contenu, les professionnels de la santé suggèrent l'augmentation du nombre de cathéter et de perfuseur pour pouvoir les remplacer au cas où " le

premier est raté" et le second défectueux. Ils ont, par ailleurs, invité au renforcement du nombre de boîtes de compresses : trois (3) au lieu des deux (2) contenues dans le paquet.

Les kits de césarienne ont été "légèrement" améliorés suite à la rencontre de juillet 2006. D'après les informants, cette rencontre qui a réuni les chefs d'hôpitaux, quelques institutions partenaires, le Ministre de la santé et des professionnels de la santé fut un cadre de réflexion sur la politique et son contenu. Elle fut également l'occasion de discussion sur le contenu des kits. Suite à cette rencontre, la PNA a confectionné une nouvelle génération de kits, prenant en compte le nouveau né pour accompagner la politique.

En ce qui concerne l'**allocation des kits**, les personnes interviewées au niveau central, n'ont été que cinq à répondre. L'allocation des kits se faisait sur la base des statistiques sanitaires selon trois enquêtés. Un autre a dit qu'elle se faisait à partir du budget alloué. On peut alors mesurer le degré de connaissance de la politique au niveau central ou se faire une idée des doutes et interrogations nés de ces nombreuses ruptures de stock observées en 2005.

Tous nos interlocuteurs ont reconnu les difficultés d'approvisionnement en kit avec des périodes de rupture de stock : "*Elles étaient hyper fréquentes.*"

Toutefois, à l'heure actuelle, la situation semble se normaliser selon deux d'entre eux et pourtant, paradoxalement, "*On a des problèmes de place ! Les kits ne sortent pas !*", selon la PNA. En effet, les kits de césarienne restent en souffrance au niveau des entrepôts de la PNA car elle ne reçoit aucune commande des EPS qui préfèrent confectionner eux- même leurs kits. Les acteurs institutionnels (Autorités locales, niveau Gouvernance et Conseil Régional) ignorent totalement les mécanismes d'allocation des kits par les autorités locales (gouvernance, CR) et sont peu informés sur le contenu des kits et ont "entendu dire" que les ruptures de kits étaient fréquentes.

Les autorités locales, notamment les agents des gouvernances et des conseils régionaux interviewés soulignent qu'ils n'ont qu'une notion vague du processus d'allocation des kits. Elles expliquent cette ignorance par le fait qu'ils ne sont pas directement impliqués dans la gestion technique de la politique. Leur rôle se limite à son accompagnement indirect.

Selon les prestataires des structures de SONUB et SONUC, l'approvisionnement du niveau régional est trimestriel au niveau de la Région Médicale (RM) en kit sur la base des prévisions de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA). Au niveau district, la répartition des kits est faite par la coordinatrice SR de la Région en fonction du nombre d'accouchements attendus par district. Au niveau des centres de santé, l'approvisionnement en kits est supervisé par la coordinatrice SR du District sur la base de dépôt des rapports d'activités mensuels des accouchements des structures sanitaires. Au niveau des postes de santé, l'approvisionnement est supervisé par la coordinatrice SR du district en fonction du nombre d'accouchements attendus. Les acteurs de ces structures ont reconnu que le rythme d'approvisionnement était irrégulier et non adapté au rythme des accouchements et que des ruptures de kits étaient fréquentes.

D'après certains ICP, l'insuffisance en kits au niveau district fait que l'arbitrage est souvent basé sur les données d'activités les plus récentes et non sur la base du nombre d'accouchements attendus.

Dans les normes, l'approvisionnement des postes de santé en kits est mensuel mais les interviewés dénoncent leur irrégularité. Ce qui justifie la fréquence des ruptures de kits liée à l'importance des besoins par rapport à l'insuffisance de l'offre. Ils ont également souligné que le temps d'approvisionnement est long et les dotations en kits insuffisantes.

Il est préconisé par rapport à ce problème, "*une amélioration du système d'approvisionnement notamment, par une dotation régionale qui respecte les normes de la logistique telle que l'estimation des besoins, le respect du seuil d'alerte, du délai d'approvisionnement et de l'acheminement jusqu'au dépôt régional*".

II.4.1.5. Perceptions des acteurs et des bénéficiaires sur la politique

La perception globale de la politique de gratuité par les acteurs du niveau central est positive. Selon 8 décideurs interrogés sur 9, "c'est une politique à saluer". C'est une stratégie qui peut permettre de réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes les plus démunies dans les coins les plus reculés, particulièrement en milieu rural avec un impact positif sur l'utilisation des services et la mortalité maternelle par l'accès aux SONU de qualité si elle est bien menée. Malheureusement, certains préalables n'ont pas été remplis et il y a eu des insuffisances dans la planification, la mise en œuvre, le suivi. Selon ces acteurs du niveau central, la stratégie est à améliorer car elle pose de nombreux problèmes sur le terrain :

- 1- toutes les femmes n'en bénéficient pas;
- 2- il existe un problème de communication énorme au niveau des femmes comme au niveau des acteurs de la santé car il ne s'agit pas d'une politique de gratuité à proprement parler comme l'ont pensé de nombreuses personnes mais plutôt une politique de subvention des soins ;
- 3- la pérennité de la politique n'est pas assurée.

Cependant, cinq (5) répondants sont tous unanimes à reconnaître la pertinence de la politique de gratuité.

La perception de la politique de gratuité en terme d'avantages/acquis
Elle est variable selon le niveau.

Au niveau central, selon quelques personnes enquêtées, la politique a suscité un engouement populaire et rassuré les populations. La barrière financière s'étant estompée, les femmes ont eu alors moins d'appréhensions à se rendre dans les maternités pour accoucher. "Il y a même des structures qui sont débordées par les utilisateurs" a constaté une des interviewées.

Elle a aussi amélioré l'accès à la césarienne dans certaines régions selon les répondants.

Au plan institutionnel, pour un de nos interlocuteurs, elle traduit un engagement politique fort de l'Etat. En effet, pour la première fois au Sénégal, elle a permis de mobiliser des ressources pour la lutte contre la mortalité maternelle. Elle a permis aussi de relayer le message de plaidoyer en faveur de la santé maternelle à d'autres secteurs et d'autres acteurs de la vie nationale tels que l'Assemblée nationale.

Pour les acteurs au niveau opérationnel, la rapidité dans la prise en charge des urgences, la forte baisse de la mortalité maternelle et néonatale liée à l'affluence des communautés vers les structures sanitaires pour les accouchements et les CPN, constituent des avantages majeurs de la politique.

Selon les communautés, la politique de gratuité contribue à la réduction de la discrimination économique qui provoquait chez la patiente dépourvue de moyens financiers une double frustration durement ressentie. Elles étaient à la fois marginalisées et atteintes dans leur amour propre car étant laissées à elles mêmes dans l'attente des fonds durement collectés pour le paiement du ticket et cela, au vu et su de tout le monde. Cette discrimination était vécu si difficilement que selon certains informants, certaines femmes préféraient se résigner aux risques de décès, à défaut de pouvoir vendre leurs biens ou de les hypothéquer (bœuf, bétail, terrains, etc.).

II.4.1.5.1. Perception de la politique de gratuité en terme d'inconvénients/contraintes

Elle est aussi variable selon le niveau.

Au niveau central, les contraintes identifiées par les décideurs interrogés sont liées :

- au manque de ressources humaines, de capacité technique au niveau de la structure en charge de la coordination : "Ils n'ont même pas de pharmacien, ni de logisticien." ;
- à l'absence d'évaluation initiale ;

- à la non commande de kits de césariennes par les hôpitaux à la PNA responsable d'un sur-stock avec risque de péremption des produits et consommables ;
- à l'absence d'uniformité du kit de césarienne à l'échelle nationale qui interpelle sur l'équité de la politique ;
- au préfinancement qui pèse sur les comptes d'une structure comme la PNA qui confie : "Depuis 2004, nous n'avons rien reçu de l'Etat et nous préfinançons. A la date du 10/11/2006, le compte est déficitaire de près de 124 millions."
- à la pression politique, manifestation excessive, qui n'a pas donné le temps et qui n'a pas permis aux techniciens et acteurs du terrain d'assurer une application correcte et efficace de la vision de ces mêmes autorités politiques. "Il s'agissait d'un dialogue à sens unique où les acteurs ont appliqué une volonté politique" ou encore "L'aspect politique a pris le dessus sur la mise en place de la politique" selon nos interlocuteurs.

Au niveau opérationnel, une partie des recettes générées par les accouchements servait à la motivation des prestataires ; ce qui n'est pas sans conséquence si l'on tient compte de la baisse de motivation chez les prestataires. Par ailleurs, les tensions provoquées par le manque de clarté quant aux aspects gratuits de la politique, affectent fortement les relations patientes/prestataires. Face à cette situation, l'Etat est invité à revoir le contenu de l'information.

II.4.1.5.2. Perception de la politique de gratuité en terme d'échec/d'insuffisance varie selon le niveau.

Au niveau central, cinq (5) de nos interlocuteurs ont souligné le déficit en communication, à tous les niveaux, de cette politique. Ce manque, au niveau central - entre la PNA, la DSR, la DSSP, le DAGE, ... - comme au niveau opérationnel - entre les comités de santé et les populations -, s'est traduit, par un manque d'adhésion du personnel et des comités de santé : "Il n'y a pas eu de compréhension commune de la politique."

Autre problème soulevé, c'est celui de la planification et du suivi : le système mis en place n'est pas opérationnel. Il n'existe pas de plan de mise en œuvre de cette politique. "Les outils de coordination, de suivi-évaluation sont inexistantes pour permettre à la Direction de la Santé d'attester de la fiabilité des statistiques fournies par les hôpitaux." Ce problème sous-tend le problème plus global de la remontée des données qui reste partielle. Les statistiques ne sont pas maîtrisées. Le mécanisme de contrôle pour la vérification des actes effectués reste à élaborer. "Par exemple, pour la première année, il y a eu une flambée de césariennes par rapport aux estimations." a dit un de nos interlocuteurs pour souligner la nécessité d'une bonne planification, gage d'une budgétisation adaptée aux besoins, et d'un mécanisme fiable de vérifications des données fournies par les structures sanitaires.

Par ailleurs, en liaison avec le manque de planification, les retards à livraison des kits sont imputables, selon un interviewé, aux délais accusés par la DS pour fournir un planning de sortie des kits à la PNA.

Le défi de la mobilisation des ressources reste constant car l'enveloppe budgétaire est insuffisante. Elle est passée de 339 millions en 2004 à 439 millions. Depuis lors, elle n'a pas évolué alors que de nouveaux hôpitaux régionaux ont été inclus en 2006. "La difficulté, c'est qu'on n'a pas reçu de feedback et que le budget n'est pas en place."

L'autre problème est celui du dispositif d'approvisionnement en kits qui a été défaillant à l'origine car la PNA a été prise au dépourvu. En effet, il lui a été demandé, par la tutelle, en début 2005, de fournir immédiatement les kits. Ces kits n'étaient évidemment pas disponibles. Finalement, ce sont les kits de la Coopération française et de l'UNFPA dont elle disposait en stock qui ont été fournis afin de répondre à cette demande pressante. Bien évidemment, ils étaient en nombre insuffisant pour couvrir les besoins, d'où les fréquentes ruptures de stock

observées. La situation s'est rétablie en 2006 après la réception de l'appel d'offre lancé en 2005 par la PNA. Il faut préciser que cette dernière ne travaille que sur la base d'appels d'offres annuels.

Une autre faille du système tel qu'il a été conçu : la non prise en compte des tickets modérateurs des accouchements. Ainsi qu'il était prévu dans la politique, il n'a jamais été appliqué car il n'existe pas de ligne à cet effet. Le remboursement est finalement devenu un préfinancement pour les structures non hospitalières (districts et postes de santé). Il n'y a donc pas eu de mesure d'accompagnement et les comités de santé ont du mal à rémunérer, à motiver leur personnel communautaire. "C'est ainsi que dans certains districts, il n'y a pas réellement eu de gratuité."

La problématique du remboursement sur la base du partogramme reste posée. Est-il judicieux, si on considère le cas des femmes accouchées à domicile ou celui des étrangères qui viennent accoucher au Sénégal ?

Pour se résumer comme l'a dit une des personnes interrogées : "C'était mal planifié, mal coordonné, mal suivi."

Au niveau opérationnel, les acteurs institutionnels et les prestataires réfutent l'idée d'échec. Pour eux, au stade où l'on en est, il est prématuré d'en parler. De plus, ils renforcent qu'un soutien n'est jamais négatif. En effet, ils considèrent que la gratuité ciblée agit sur la prise en charge qu'elle retarde au moment où "l'urgence restant une urgence", tout retard ou négligence peut conduire à un échec.

L'absence de mesures d'accompagnement adéquates (remboursement des subventions, désenclavement des localités à l'accès aux structures sanitaires difficile, réparation et développement des infrastructures routières) constitue une autre insuffisance qui interfère avec l'efficacité de la politique.

II.4.1.5.3. Perception de la politique de gratuité en termes de durabilité et de priorité

Pour ce qui concerne la durabilité, au niveau central, tous les décideurs interrogés sont unanimes pour dire que la politique dans sa version actuelle n'est pas viable. Les arguments évoqués sont l'absence de document de politique et procédures décrivant les bénéficiaires, les mécanismes de remboursement mais également la question de la disponibilité des ressources.

Au niveau opérationnel, les acteurs institutionnels (MCR et autorités locales) soulignent que la durabilité de cette politique dépend de la volonté de l'Etat et cette durabilité dépend des conditions suivantes que l'état devra mettre en place :

- ✓ équipement des structures de santé et dotation de matériaux suffisants pour l'amélioration des conditions de travail des prestataires et la disponibilité des services ;
- ✓ amélioration des conditions économique et matérielles des prestataires
- ✓ remboursement effectif des subventions afin de permettre aux structures de fonctionner normalement ;
- ✓ mise en place dans les structures de santé d'une instance de contrôle de l'effectivité de la politique et du bon usage des fonds et logistique ;
- ✓ renforcement des structures en personnel qualifié.

Cette durabilité dépend aussi de l'engagement communautaire dont les modalités restent à définir.

II.4.1.5.4. Perception de cette politique comme une priorité pour l'état

Au niveau central, toutes les personnes interrogées sur ce point la voient comme une priorité à continuer et sept (7) des huit (8) personnes interviewées estiment que la politique de gratuité fait partie des priorités nationales. C'est un élément de la stratégie de lutte contre la mortalité maternelle qui est une composante des OMD. La seule voix discordante dissocie la santé maternelle - qui, à son sens, est une priorité - de la politique de gratuité qui a ses yeux n'est pas essentielle.

Au niveau opérationnel, selon les acteurs institutionnels, elle est une priorité réelle car permet l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la réduction de la mortalité maternelle, qui est une priorité majeure de la politique de santé du pays. Elle est également source de motivation pour les agents de santé car, avec les kits, ils sont outillés pour la prise en charge plus rapide des urgences, dans la mesure où, avec le kit, ils ont tout le matériel nécessaire à cet effet. Cela participe à l'amélioration de la couverture médicale du Sénégal.

II.4.1.5.5. Perceptions sur les pratiques

Un dysfonctionnement dans la gestion financière des structures de santé par les Comités de santé a été souligné par l'ensemble des interviewés. Ils ont l'impression que ceci est dû à la perte des recettes que généraient les accouchements avant la gratuité. Ces recettes permettaient aux CS de supporter les charges du personnel (paiement des salaires et des motivations du personnel communautaire et paramédical) et celles d'ordre matériel (médicaments, produits et matériaux d'entretiens).

Les informants affirment qu'avec la politique, les comités de santé sont menacés de disparaître si le remboursement du pré-financement n'est pas effectif. Pour survivre au naufrage qui les guette, la plupart des comités de santé ont développé des stratégies de compensation des recettes perdues par la politique de gratuité. Il s'agit particulièrement de la hausse du coût d'autres services tels que le ticket pour les soins pédiatriques, la radiographie, les analyses de laboratoire au niveau des CS.

Concernant le remboursement du préfinancement, il devrait se faire sur la base d'un rapport mensuel portant sur le nombre des accouchements enregistrés durant le mois. D'après les prestataires et certains acteurs du niveau institutionnel, les rapports devraient contenir des informations précises et complètes sur la parturiente. Par ailleurs, la présentation du partogramme correspondant à chaque accouchement est une condition majeure du remboursement des subventions.

Le processus et les procédures administratives d'acheminement des dossiers pour le remboursement des subventions fait défaut car, selon les interviewés, les étapes à franchir ne sont pas précises et le contenu du dossier d'accompagnement du rapport mensuel reste encore flou. Ils ignorent les pièces à fournir réellement. Et, concernant l'accompagnement des dossiers par le partogramme de chaque patiente, des réticences sont observées car étant perçu comme une transgression des normes relatives à la confidentialité. Ce qui est d'autant plus vrai que selon ces détracteurs, "certains dossiers peuvent contenir des informations confidentielles sur la patiente".

II.4.1.5.6. Perceptions sur les perspectives de la politique de gratuité

Selon les acteurs, les avis sur l'avenir de cette politique sont très partagés. Certains ne se prononcent pas, d'autres sont plutôt optimistes et enfin, les derniers sont franchement pessimistes.

Pour les optimistes, "C'est une politique d'avenir mais il faut une approche holistique." d'autant que le contexte est favorable car "les autorités sont acquises aux OMD" et la SR a "l'attention d'autres secteurs par rapport mortalité maternelle : les Ministères des Finances, de la Famille, du Plan et l'Assemblée nationale."

Pour les pessimistes, la politique n'est pas durable parce que, dans sa conception, elle a été "beaucoup trop dépendante des aléas politiques" et de ses contingences. Selon eux, elle devrait être plus ciblée. L'un d'eux de conclure "C'est l'Etat qui perd de sa crédibilité." Sept (7) des huit (8) personnes interviewées estiment, cependant, que la politique de gratuité fait partie des priorités nationales. C'est un élément de la stratégie de lutte contre la mortalité maternelle qui est une composante des OMD.

II.4.1.6. Analyse de la conception et de l'exécution de la politique

Après exploitation des documents de la politique et des données collectées lors de cette enquête, cette politique était **largement justifiée** selon les acteurs à tous les niveaux dans la mesure où les barrières financières constituent un obstacle majeur à l'utilisation des services de soins Obstétricaux, qui est une des meilleures garantes de la réduction de la mortalité maternelle.

Les objectifs visés par cette politique étaient également très clairs et pertinents, bien qu'ils auraient gagné dans un souci de suivi et d'évaluation mais aussi de performance à être chiffrés et à avoir un échéancier.

En ce qui concerne le **processus d'élaboration de la politique**, la mise en place d'un comité regroupant l'ensemble des acteurs du MSPM autour de la question, a constitué un point fort. Cependant, du fait de la nature de la stratégie, la cible et les implications techniques en termes de planification et de suivi, le leadership de l'élaboration et du suivi aurait du revenir à la division en charge de la santé maternelle.

De plus, l'absence d'une évaluation préalable des coûts réels de l'accouchement et de la césarienne, mais surtout d'évaluation au bout de quelques mois de mise en œuvre n'a pas permis de corriger la sous-estimation des fonds à allouer.

Enfin, l'inexistence d'un document de procédures clarifiant les cibles, le paquet de services couverts par la politique, les modalités de remboursement, les rôles et responsabilités des différents acteurs a entraîné des confusions dans la mise en œuvre au niveau central et opérationnel.

Concernant la **logistique**, l'existence d'une centrale d'achat ayant les capacités d'approvisionnement et de mise en place a facilité la disponibilité des kits au démarrage de l'initiative. Cependant la non utilisation du circuit du médicament, les insuffisances dans la planification, l'absence de définition du seuil d'alerte et autres insuffisances de la gestion logistique ont été responsables des nombreuses ruptures de stocks entraînant une discontinuité de la politique au niveau des structures de santé.

En ce qui concerne la communication, l'existence d'un plan de communication souligne l'importance accordée à ce volet dans la politique. Cependant le manque de mobilisation effective des ressources ainsi que la définition de messages clairs sur le paquet de services a entraîné une discordance importante de l'information sur la politique auprès de l'ensemble des acteurs du niveau central au niveau opérationnel ainsi qu'au niveau des bénéficiaires.

On peut signaler néanmoins que la diffusion de l'information sur le démarrage de la politique a été bonne auprès des prestataires. Concernant l'interprétation du message reçu sur la politique, au niveau des acteurs institutionnels (prestataires et autorités, on note une absence de clarté et de précision de l'information dans son contenu. Cette situation est à l'origine des incertitudes quand à la nature exacte des aspects gratuits de la prise en charge.

Une absence d'accès égal à l'information entre les acteurs de la santé au sens large au niveau local a été observée. Ainsi, il a été constaté que tous les prestataires et décideurs n'étaient pas au même niveau d'information.

Au niveau communautaire, une large partie de la population n'était pas informée de l'existence de la politique et l'information a été bien mieux diffusée en milieu urbain qu'en milieu rural, nombre d'enquêtés ne l'ayant appris que lors des focus groupes organisés par l'équipe

d'enquête. Cet état de fait réclame une large diffusion de l'information et un renforcement de la sensibilisation au niveau de la communauté.

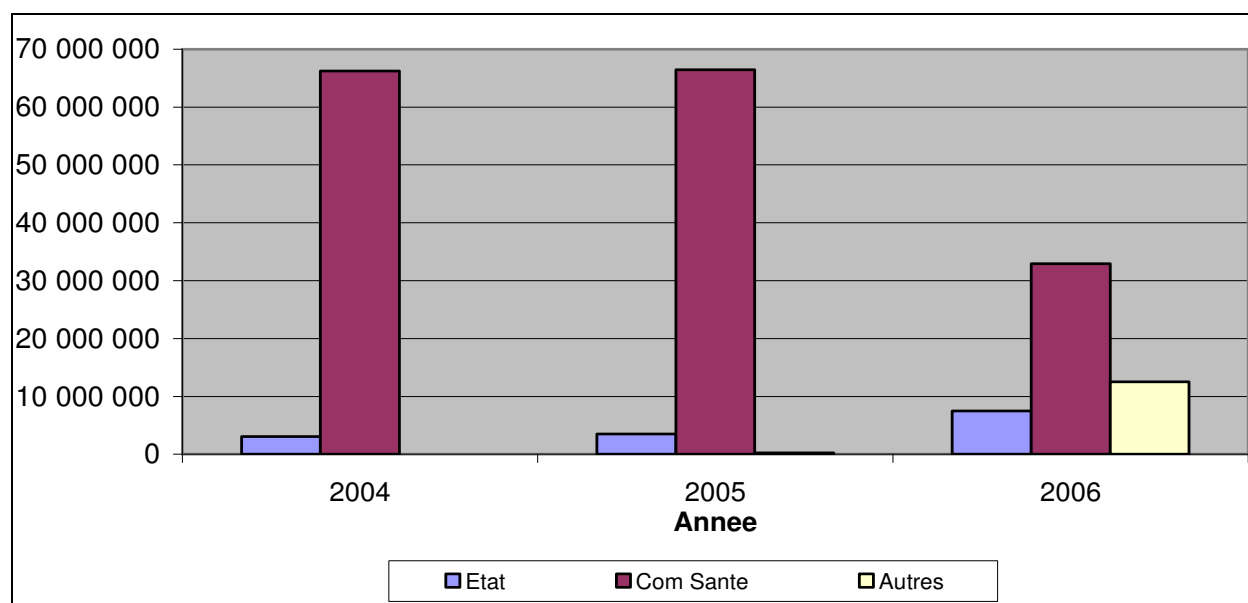
Concernant le contenu de l'information, la gratuité de l'accouchement et de la césarienne constitue le principal message retenu par les communautés. Cependant les autres aspects du contenu de la politique tel que le paquet de services et la cible (prise en charge des soins maternels y compris les CPN et l'accouchement et les soins néonataux) restent flous au niveau des communautés. Cette confusion peut se justifier par une disparité dans la prise en charge des parturientes au niveau des structures de santé. En effet, certains affirment n'avoir jusqu'à présent bénéficié d'aucune gratuité. D'autres disent avoir payé les médicaments administrés lors de l'accouchement et l'ordonnance de suite des couches mais pas l'acte de l'accouchement ou de la césarienne. A côté de ceux-ci, se distingue un petit groupe qui dit avoir bénéficié d'une gratuité intégrale. La coexistence de ces trois cas de figure crée une confusion non négligeable auprès des communautés qui s'interrogent sur l'effectivité, les conditions d'accès et les limites de la gratuité. Ce problème est d'autant plus crucial qu'il crée des tensions entre patients et prestataires dans la mesure où l'intégrité de ces derniers est parfois mise en doute.

II.4.2. Effets de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes

II.4.2.1. Evolution des financements

II.4.2.1.1. Au niveau des postes de santé

Nous constatons que la participation des populations, constitue encore la source la plus importante de financement avant et pendant la politique avec 66 220 392 FCFA des recettes en 2004 et 32 921 119 FCFA pour le premier semestre de 2006. La diminution des recettes des accouchements du fait de la politique a entraîné le recours à des sources de financements autres que celles de l'Etat (partenaires, ressortissants de la communauté ou des dons en nature ou en espèces) qui naguère étaient nulles ont atteint en 2006, 24% du budget des postes de santé visités. On note également une participation plus importante des populations par une augmentation dans certaines structures des tarifs des autres prestations sans pour autant compenser le niveau de recettes attendues.



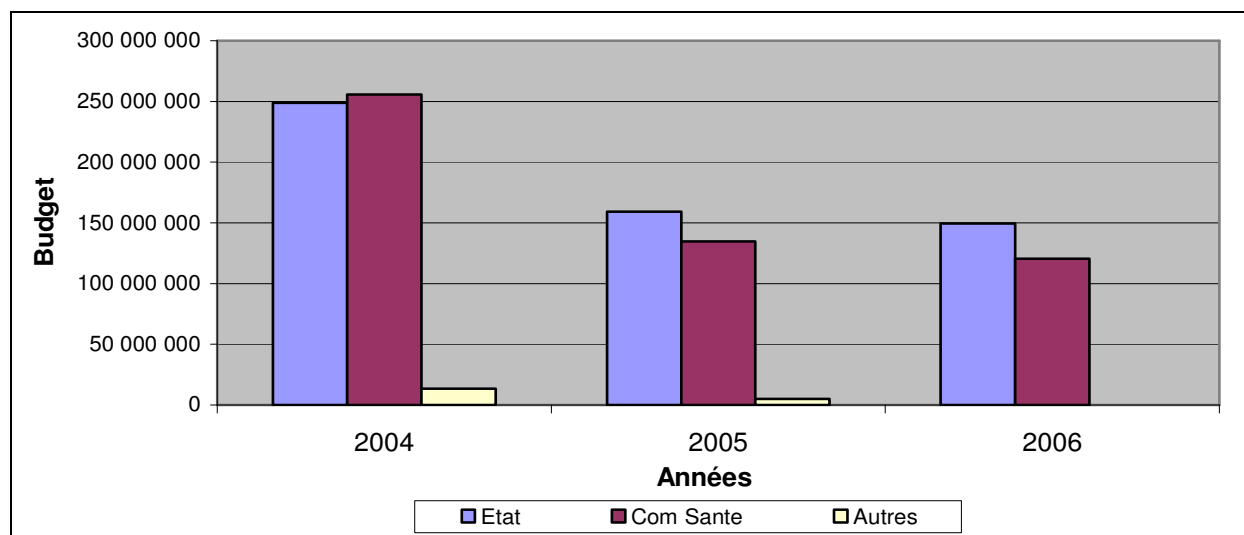
Graphique 2 : Répartition du Budget des PS selon la source de financement

Ainsi, de Janvier 2005 à la fin du 1er semestre 2006, les postes de santé visités ont enregistré un manque à gagner cumulé de 9 796 000F. Connaissant le faible niveau de mobilisation de ressources des postes de santé, on peut déduire aisément son impact. Certains postes ont même commencé à enregistrer des déficits. Ceci est le cas de Kandé dans le district de Ziguinchor et Diana Malary dans le district de Sédhiou. A Kandé vu la chute drastique des revenus qui sont passés de 6 437 204 FCFA en 2004 à 1 955 224 FCFA à la fin du 1^{er} semestre de 2006, le comité de gestion était obligé de revoir sa politique de motivation du personnel communautaire qui n'était pas basée sur les recettes.

Le budget public per capita (fonds décentralisés par habitant) destiné à la santé a augmenté dans les postes de santé, passant de 29 francs en 2004 à 73 francs CFA en 2006.

II.4.2.1.2. Au niveau des centres de santé

le financement est assuré presque à part égale par les comités de santé et l'Etat avec respectivement 49% et 48% en 2004. En 2005, il y a eu une baisse drastique de 47% des recettes et du budget alloué par l'état. Pour ce qui concerne le budget de l'état cette baisse est due à la création de nouveaux districts dans les zones de l'étude (Sédhiou, Goudiry). Ceci s'est traduit par la réduction du budget en fonction du nombre de districts créés.



Graphique 3 : Répartition du budget des centres de santé selon la source de financement

Avant la mise en œuvre de la politique, la part des accouchements et des césariennes dans les recettes des CS visités était variable mais globalement faible variant entre 3 et 14%. Dans les CS SONU, elle est un peu plus importante avec 6,8% à Sédhiou et 13% à Goudiry. En fonction de cette quote part, le manque à gagner calculé sur la base du tarif antérieurement en vigueur et du nombre de césariennes et d'accouchements réalisées dans l'ensemble des centres de santé visités depuis le début de l'initiative a atteint 44 785 000 FCFA pour les accouchements et 6 675 000 FCFA pour les césariennes.

A titre d'exemple, pour les CS ci-dessous le manque à gagner pour les accouchements est de 15 118 000 FCFA jusqu'à la fin du premier semestre de 2006.

Tableau 5 : Manque à gagner pour les comités de santé des CS

		2004		2005		1 ^{er} semestre de 2006	
		Recettes accouchements	Proportion du paiement des usagers pour les accouchements dans les recettes totales	Manque à gagner pour les accouchements effectués	Proportion du manque à gagner pour les accouchements dans les recettes totales	Manque à gagner pour les accouchements effectués	Proportion du manque à gagner pour les accouchements dans les recettes totales
Accouchements normaux	Sédhiou	1 820 000	2,7%	2 276 000	3,9%	942 000	3,3%
	Ziguinchor	3 664 000	14%	3 766 000	15%	1 814 000	5%
	Bakel	1 268 000	3%	1 952 000	4%	804 000	3%
	Kanel	1 392 000	9%	1 218 000	7%	756 000	8%
	Goudiry	1 190 000	9%	1 088 000	6%	502 000	5%
	Moyenne	1 866 800	8%	2 060 000	7%	963 600	5%
Césariennes	Sédhiou	2 760 000	4,1%	4 920 000	8,5%	1 120 000	3,9%
	Goudiry	480 000	4%	150 000	1%	0	0

Pour juguler ce manque à gagner, certaines structures ont tout simplement augmenté les tarifs de certains services. C'est le cas du CS de Ziguinchor où les accouchements représentaient une part importante des recettes (14%), le coût de l'échographie est passé de 2000 à 2500F.

D'une manière générale, le budget public per capita des districts visités destiné à la santé a également baissé passant de 880 en 2004 à 728 FCFA à la fin du 1^{er} semestre de 2006. Si on se rend compte que l'essentiel du budget de l'Etat a été déjà mis en place, le montant de la fin du 1^{er} semestre peut être considéré comme un montant définitif des allocations de l'état.

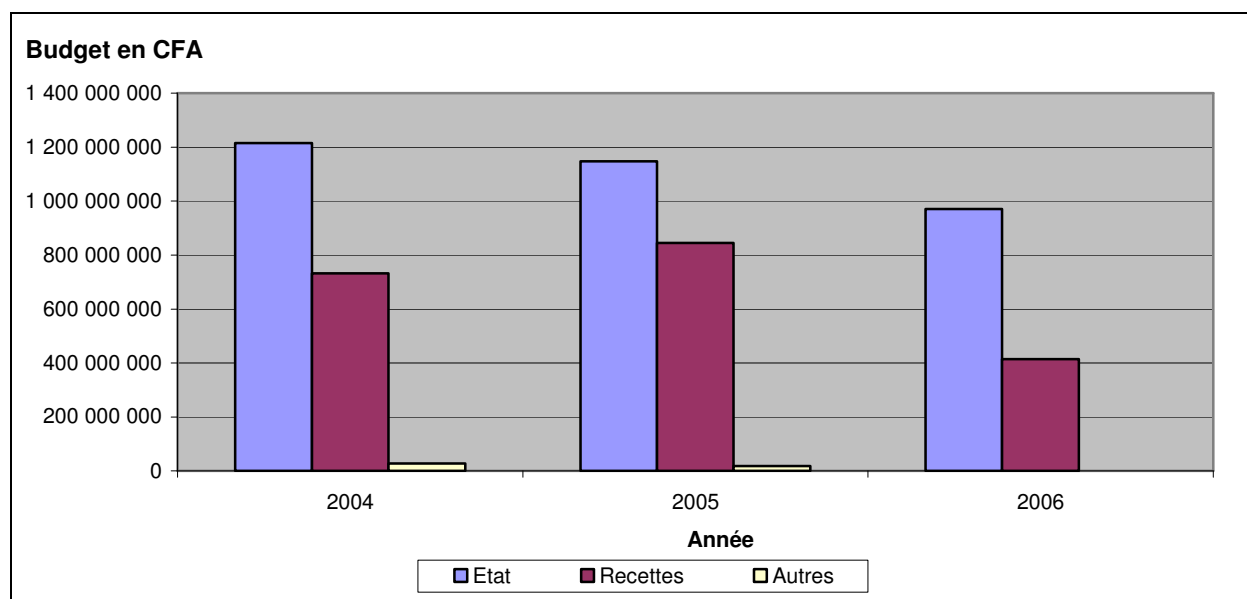
Cependant il faut noter que malgré ce manque à gagner les soldes des comités de santé des CS restent globalement positifs.

Tableau 6 : Solde des comités de santé des CS en 2006

District	Solde
Sédhiou	+ 2 045 000 FCFA
Sokone	+ 5 422 736 FCFA
Ziguinchor	+ 5 064 629 FCFA
Bakel	+ 1 841 505 FCFA
Kanel	+ 1 609 635 FCFA
Goudiry	+ 147 727 FCFA

II.4.2.1.3. Au niveau des hôpitaux régionaux

L'Etat demeure la principale source de financement malgré une baisse de 5,5% entre 2004 et 2005. Ceci s'explique par la mission de services publics des hôpitaux régionaux. L'Etat assure également la rémunération de l'essentiel des employés des hôpitaux régionaux. En 2004, l'Etat contribuait pour 62%, soit une valeur de 1 215 350 000 F. En 2005, pour 57% soit 1 148 200 000 FCFA. Durant le 1^{er} semestre de 2006, le budget alloué et déjà mis en place pour l'année en cours était de 971 000 000 FCFA. L'Etat a alloué en 2004, 483 FCFA per capita et 385 FCFA pour le premier semestre de 2006.



Graphique 4 : Répartition du budget des HR selon la source de financement

Les hôpitaux régionaux, bien qu'ayant un ratio de couverture recettes/dépenses supérieur à 1, traînent des dettes importantes. En effet, ils étaient tous déficitaires avant le démarrage de la politique. Ceci explique que tout retard observé dans le remboursement remet en cause l'effectivité de la politique. En effet, en cas de rupture dans l'approvisionnement de produits et consommables, les patientes sont obligées de les acheter en officine pour pouvoir bénéficier de la césarienne.

II.4.2.2. Analyse de la subvention de l'état

Dans les postes et centres de santé les tarifs de l'accouchement variaient entre 2000 et 3000 avant l'introduction de la politique de gratuite. L'étude des coûts (médicaments, personnel, charges courantes) a révélé un coût réel de l'accouchement est estimé à 2981 FCFA au niveau du poste de santé de Ida Mouride dans le district de Koungheul. Ce coût est de 2941 FCFA pour un accouchement normal dans le centre de santé de Ziguinchor et de 4347 FCFA pour les accouchements avec épisiotomie. Le kit d'accouchement simple qui était facturé à l'état par la PNA au démarrage de la politique à 7000 FCFA est aujourd'hui ramené à 3 054 FCFA et ne contient que les médicaments et les produits pour l'accouchement. Toutefois, nous remarquons que les charges de personnel liées à cette activité ne sont pas encore prises en compte par cette politique. En effet, le remboursement de ces charges n'étant pas encore effectif - seuls les kits qui sont mis en place au niveau PS et CS- le manque à gagner est à la charge des comités de santé. La différence entre le coût du kit et le montant reçu par la PNA n'est pas encore reçu par

les structures, ni en espèces (financement) ni en nature (médicaments) comme initialement prévu.

Ceci pose un problème de manque à gagner des structures dans cette politique mais aussi de réduction des motivations des matrones officiant dans les structures qui sont très impliquées dans les accouchements.

De plus concernant le contenu, d'après les infirmiers chefs de poste et certaines sages femmes, les femmes en zone rurale n'ont pas l'habitude de mettre des garnitures ce qui fait que ces dernières ne sont pas utilisées.

L'étude sur les coûts de la césarienne a montré que son coût réel (+ANNEXE) variait de 36771 FCFA à Ourosogui à 39 117 FCFA à Tambacounda. L'Etat rembourse 55 000 FCFA par césarienne. Si nous rapportons le montant que l'Etat a versé aux hôpitaux pour les césariennes au nombre de césariennes effectuées, on se rend compte que l'Etat avait payé pour 1438 césariennes alors qu'il y en avait 1689, soit un déficit de 13 805 000 FCFA en 2005. Cependant, à la fin du 1er semestre de 2006, l'Etat a versé 61 130 000 FCFA pour 680 césariennes effectuées soit un surplus de 23 730 000 FCFA, ce qui, du coup, résorbe le déficit de 2005. Toutefois, il est important de préciser que les HR confectionnent leurs propres kits de césariennes à partir de leur dépôt de pharmacie et ne s'approvisionnent pas au niveau de la PNA, qui elle, dispose de kits déjà confectionnés. Cela pose un problème car, lorsqu'il y a rupture de certains produits, la patiente est obligée de les payer auprès de officines privées. Ceci n'empêche pas l'HR de facturer à l'état la césarienne à 55 000 FCFA. De plus ce mode d'approvisionnement des EPS fait que la PNA se retrouve avec des stocks de kits césariennes invendus et des problèmes de péremption et de stockage.

II.4.2.3. Effet sur l'utilisation des services

Un accroissement des accouchements assistés et des césariennes

Tableau 7 : Données d'activités au niveau régional

Données agrégées des régions visitées (HR, CS et PS)	2004	2005	1 ^{er} semestre 2006
Total des accouchements	17 815	20 677	12 923
Total des accouchements à domicile, vus dans les structures	4 480	5 027	2 542
Nombre total de césariennes	1 431	1 689	986
Morts nés frais	630	688	412
Mortinatalité	35,4 ‰	33,3‰	31,9‰

De façon générale, au niveau des régions concernées par la politique, nous pouvons remarquer une augmentation du nombre d'accouchements réalisés dans les structures sanitaires avec un **taux d'accroissement de 16% entre 2004 et 2005 et de 25% entre les premiers semestres de 2005 et de 2006.**

Concernant les césariennes, on note aussi une augmentation du nombre d'actes réalisés avec un **taux d'accroissement de 18 et 17% entre 2004, 2005 et le premier semestre de 2006.**

Parallèlement, la mortinatalité a connu une baisse passant de 35,4 à 33,3 puis 31,9 ‰.

Cette situation a aussi concerné les accouchements à domicile reçus dans le postpartum immédiat dans les structures qui ont augmenté de 12% entre 2004 et 2005. Ceci pourrait

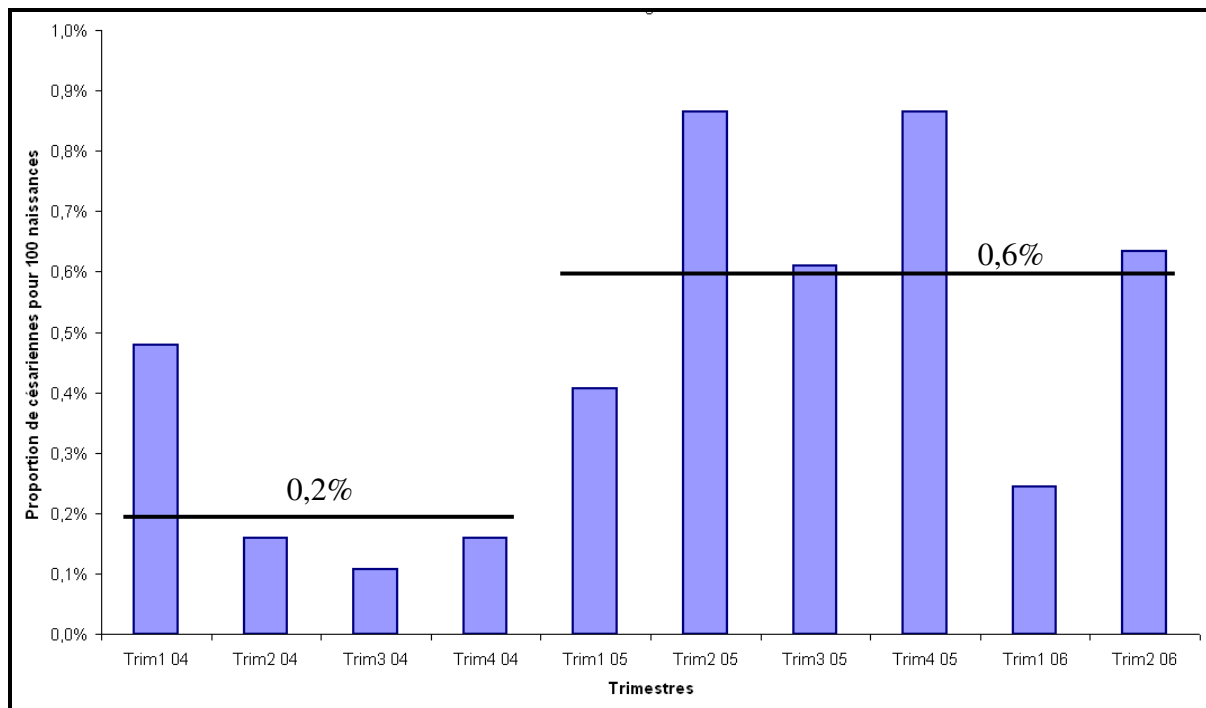
s'expliquer par le fait que depuis la gratuité, les femmes accouchées à domicile ont moins de réticence à aller dans les structures de santé après l'accouchement pour une prise en charge même tardive. Ceci pourrait avoir pour avantage de prévenir les hémorragies de la délivrance et les pathologies néonatales précoces.

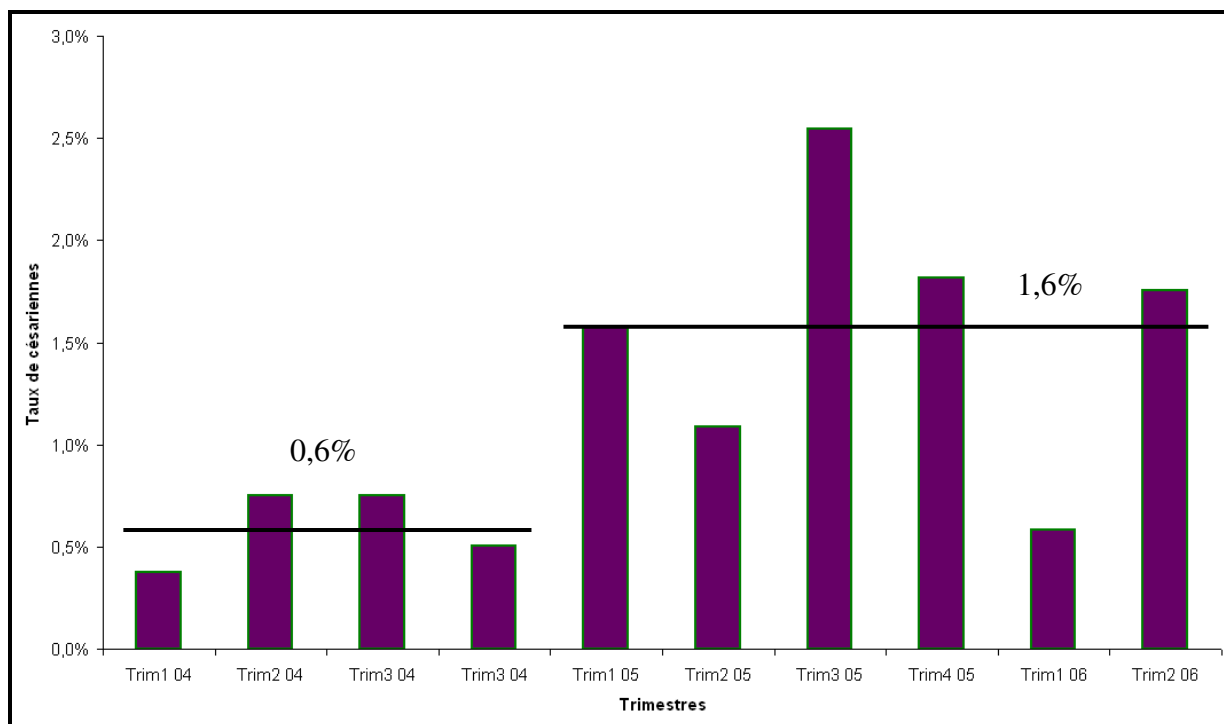
Cependant concernant la charge de travail, elle a connu une hausse du fait de l'augmentation de l'utilisation des services, alors que le nombre de prestataires est resté sensiblement le même, ce qui pourrait cependant avoir des conséquences à terme sur la qualité des services offerts.

De façon plus spécifique, les données du district de Kanel ci-dessous montrent une augmentation du taux de couverture en césariennes qui a triplé, passant de 0,2 % à 0,6 % avec la politique de gratuité. Dans la même période, la couverture en césarienne est passée de 0,6% à 1,6% dans le district de Bakel. Dans le district de Sédhiou, de 2001 à 2004, le taux de césarienne moyen était égal à 1,0%. Celui-ci a presque doublé entre 2005 et 2006, passant à 1,8%. Bien que ces taux restent encore faibles par rapport aux normes de l'OMS, le changement est perceptible.

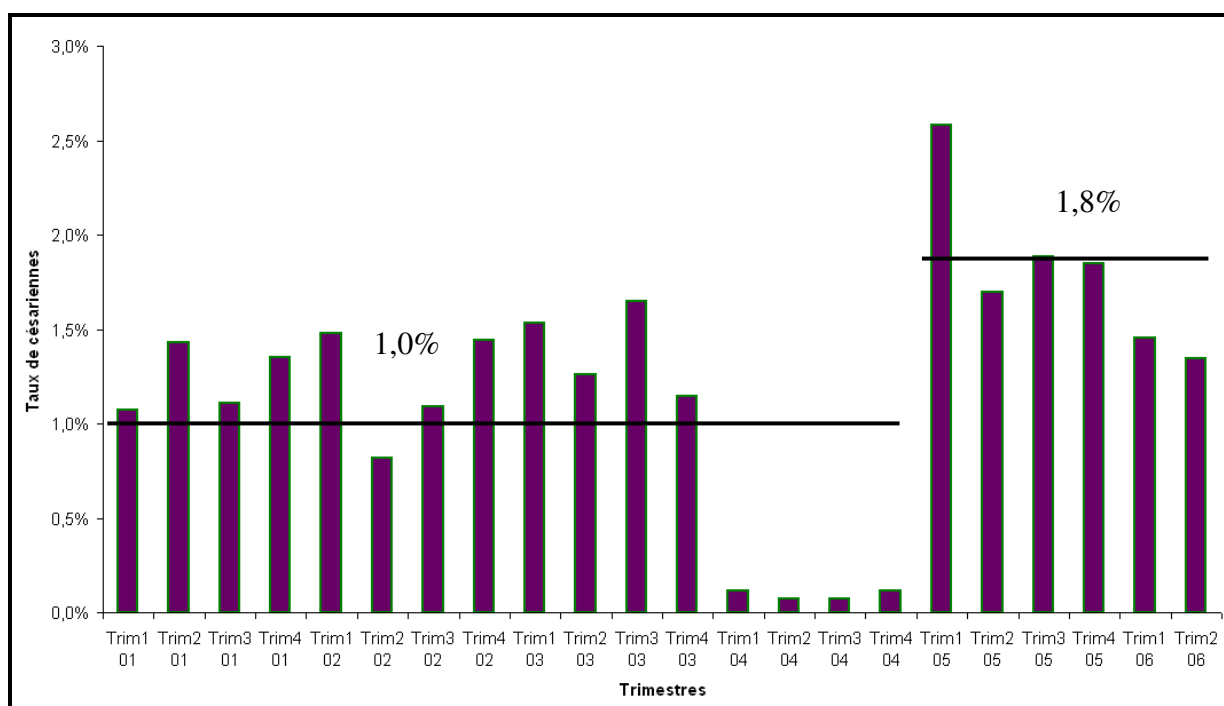
Cependant, les graphiques suivants permettent de constater des fluctuations importantes d'un suivant les trimestres. Celles-ci devraient être documentées en profondeur, afin d'en connaître les vrais raisons et leur apporter les solutions idoines. La non disponibilité du personnel technique en est une raison. Par exemple, le district de Sédhiou a eu une activité chirurgicale nettement ralentie, du fait des déplacements du médecin chef de district, qui est en même temps le chirurgien de ladite entité, pour les besoins d'une formation en santé publique.

Graphique 5 : Evolution des césariennes pour les patientes originaires du district de Kanel de 2004 à 2006 (réalisées à l'hôpital régional de Ourossogui)



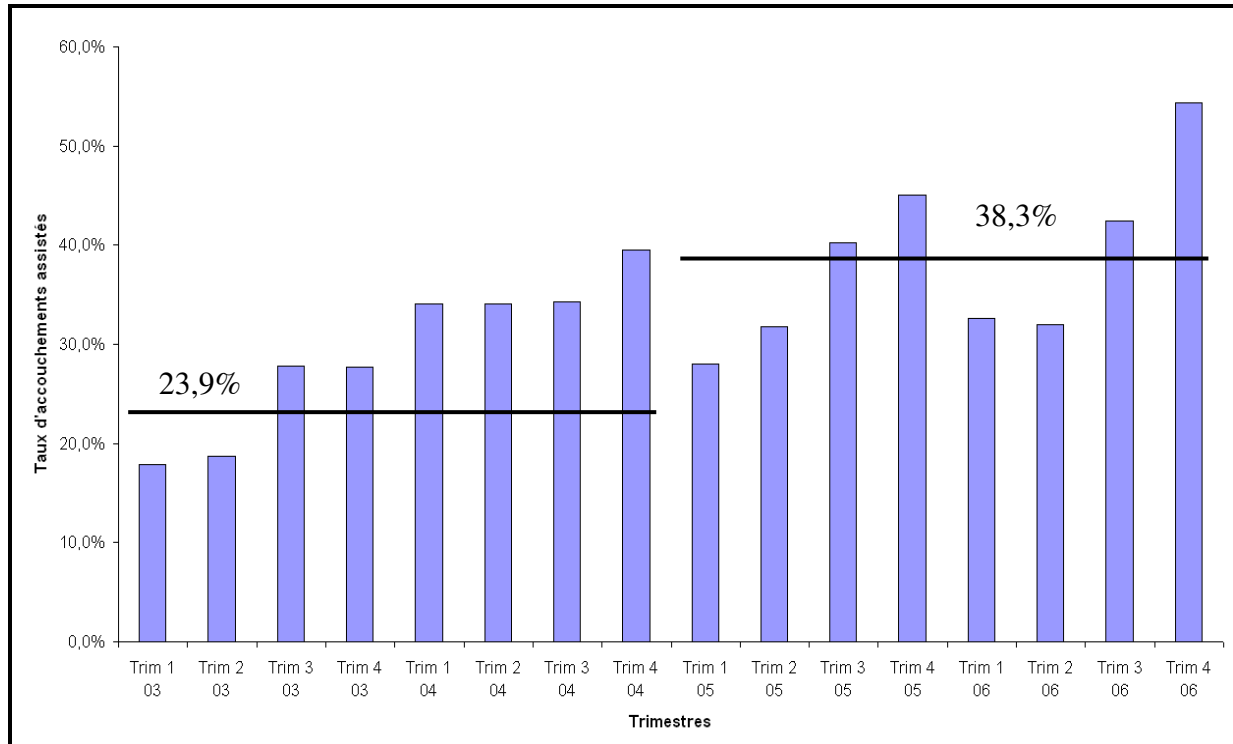


Graphique 6 : Evolution des césariennes pour les patientes originaires du district de Bakel de 2004 à 2006 (réalisées dans les hôpitaux régionaux de Tambacounda et de Ourossogui, et aux centres de santé de Bakel et Goudiry)



Graphique 7 : Evolution des Césariennes pour les patientes originaires du district de Sédhiou de 2001 à 2006 (réalisées à l'hôpital régional et au centre de Kolda et à l'hôpital régional de Ziguinchor)

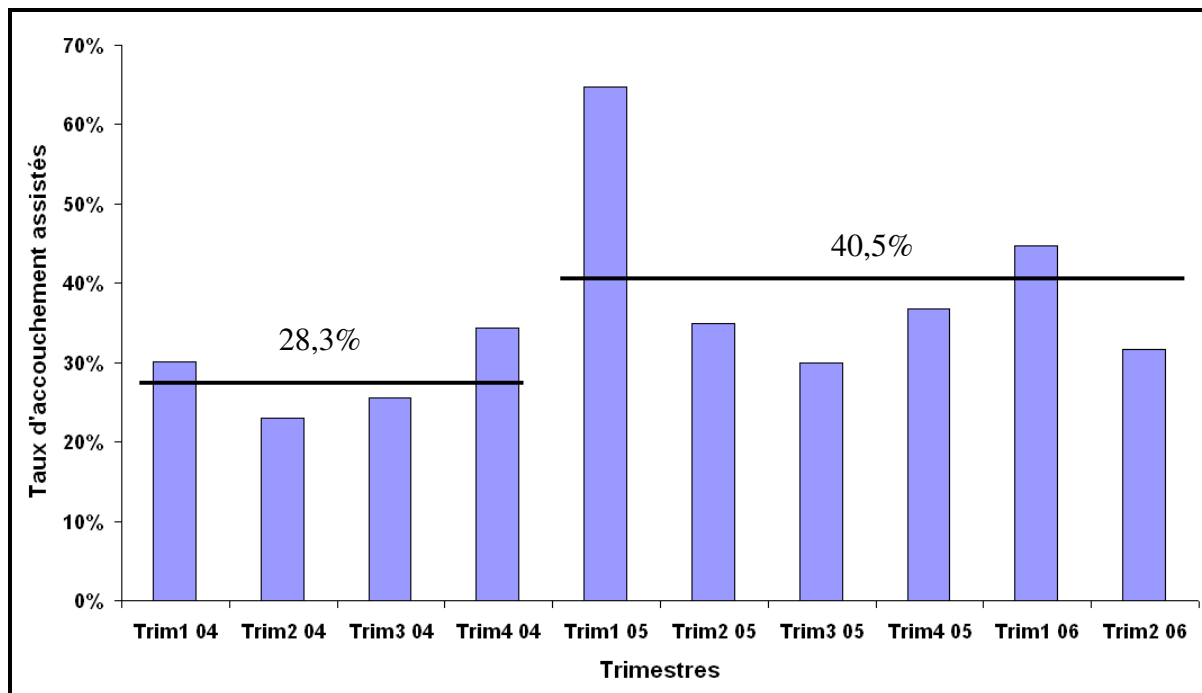
La couverture en accouchement a progressé de manière significative avec l'avènement de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes. Par exemple, la région de Tambacounda a enregistré une nette amélioration du taux d'accouchements assistés dans les centres et postes de santé, qui est passé de 23,9% dans la période 2003-2004 à 38,3% entre 2005 et 2006.



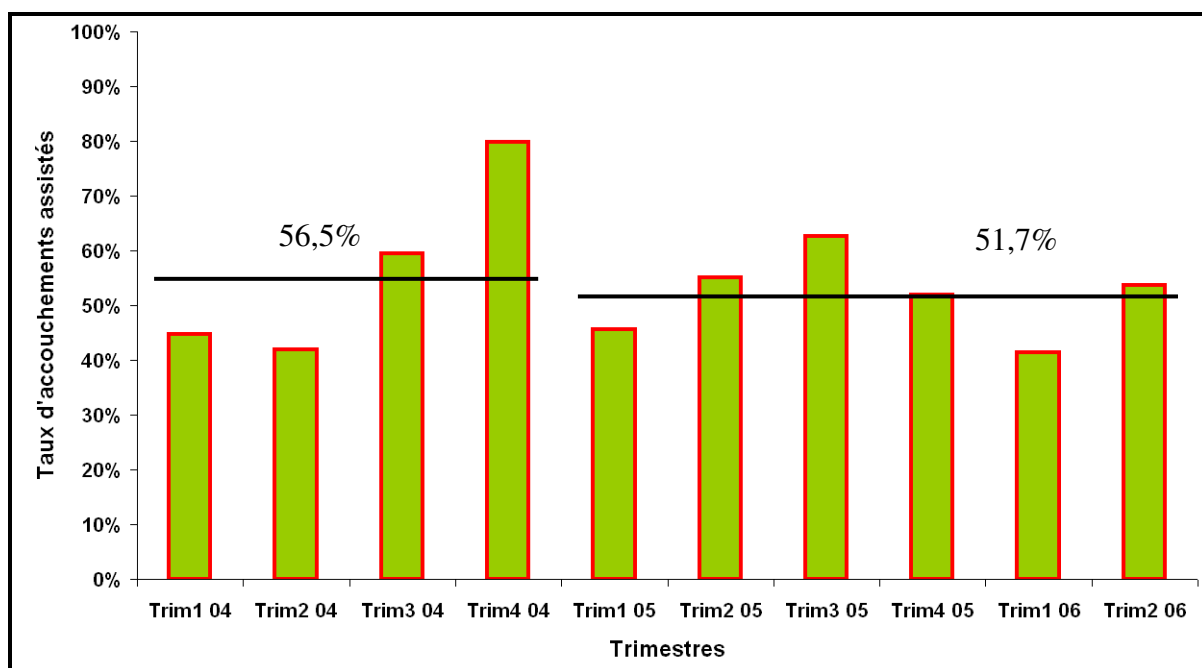
Graphique 8 : Evolution de la couverture en accouchement dans la région de Tambacounda de 2003 à 2006 (accouchements réalisés dans les centres et postes de santé)

La tendance observée dans la région de Tambacounda est la même au niveau de la plupart des districts, comme c'est le cas dans le district de Sédhiou. En 2004, 28,3% des accouchements ont eu lieu dans les postes de santé de ce district. A l'avènement de la politique de gratuité jusqu'à 2006, ce taux est passé à 40,5%.

Néanmoins, la même tendance n'a pas été observée dans le district de Kanel. En effet, le taux de couverture en accouchement est resté plutôt constant, dans la mesure où il était égal à 56,5% en 2004 et 51,7% en 2005-2006. Cette situation pourrait s'expliquer par le niveau relativement élevé du taux d'accouchements assistés dans les postes de santé du district, avant l'introduction de la gratuité. Niveau de l'indicateur qui pourrait signifier, que l'obstacle financier à l'accès aux soins obstétricaux, qui a justifié la mise en place de la politique de gratuité des accouchements, ne serait pas déterminant dans cette zone.



Graphique 9 : Evolution de la couverture en accouchement dans les PS du district de Sédhiou de 2004 à 2006

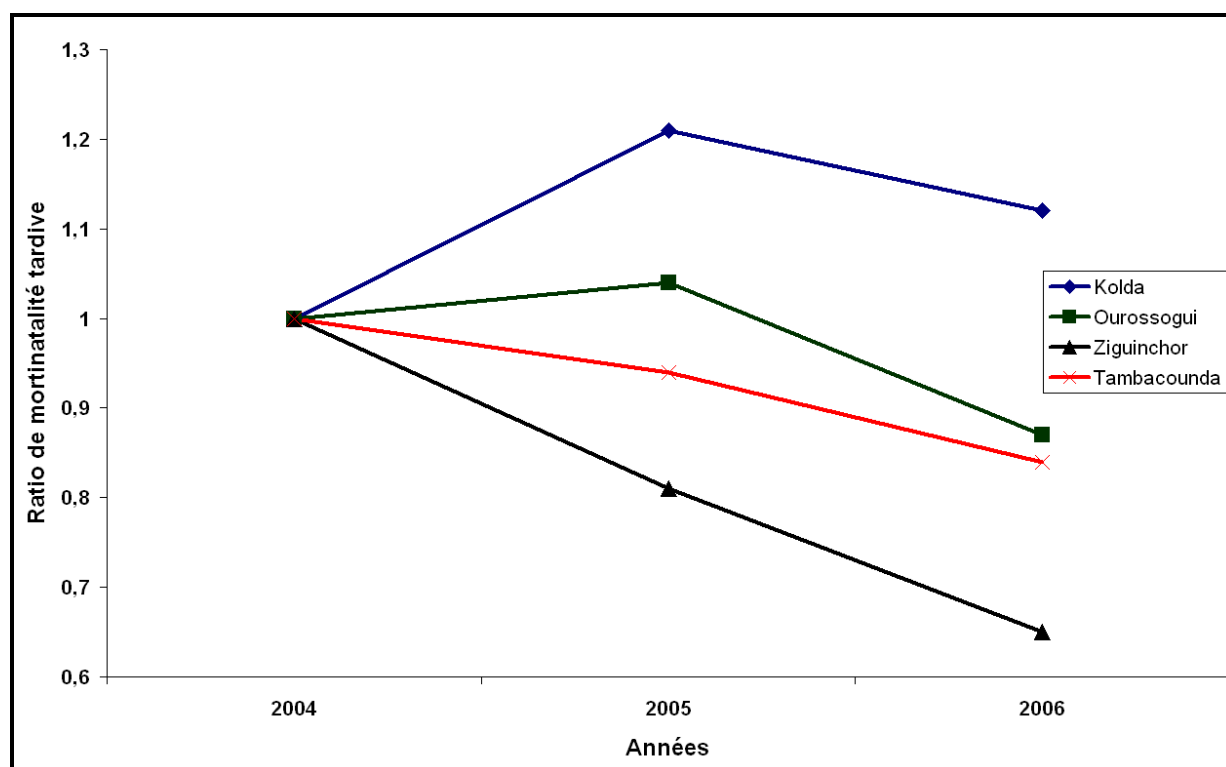


Graphique 10 : Evolution de la couverture en accouchement dans les PS du district de Kanel de 2004 à 2006

II.4.2.4. Effet sur la mortinatalité

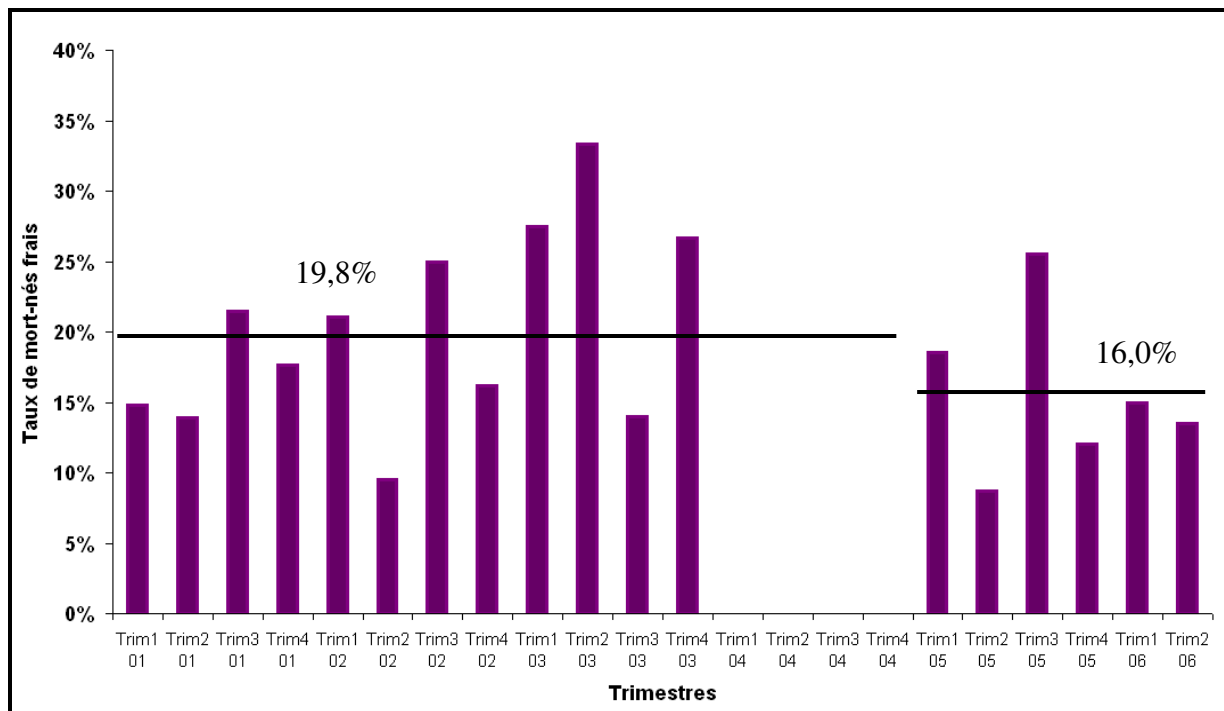
L'indicateur utilisé dans cette évaluation concerne les mort-nés frais ou mortinatalité tardive. Celle-ci regroupe tous les décès survenus in utéro ou pendant l'accouchement. Cette définition inclut donc toutes les expulsions de fœtus à partir de 28 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 1000 grammes. Le taux de mort-nés frais est généralement utilisé pour mesurer la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

De façon spécifique, les données des hôpitaux régionaux montrent une nette tendance à la baisse de la mortinatalité tardive lorsque l'on prend la situation de 2004 comme référence.

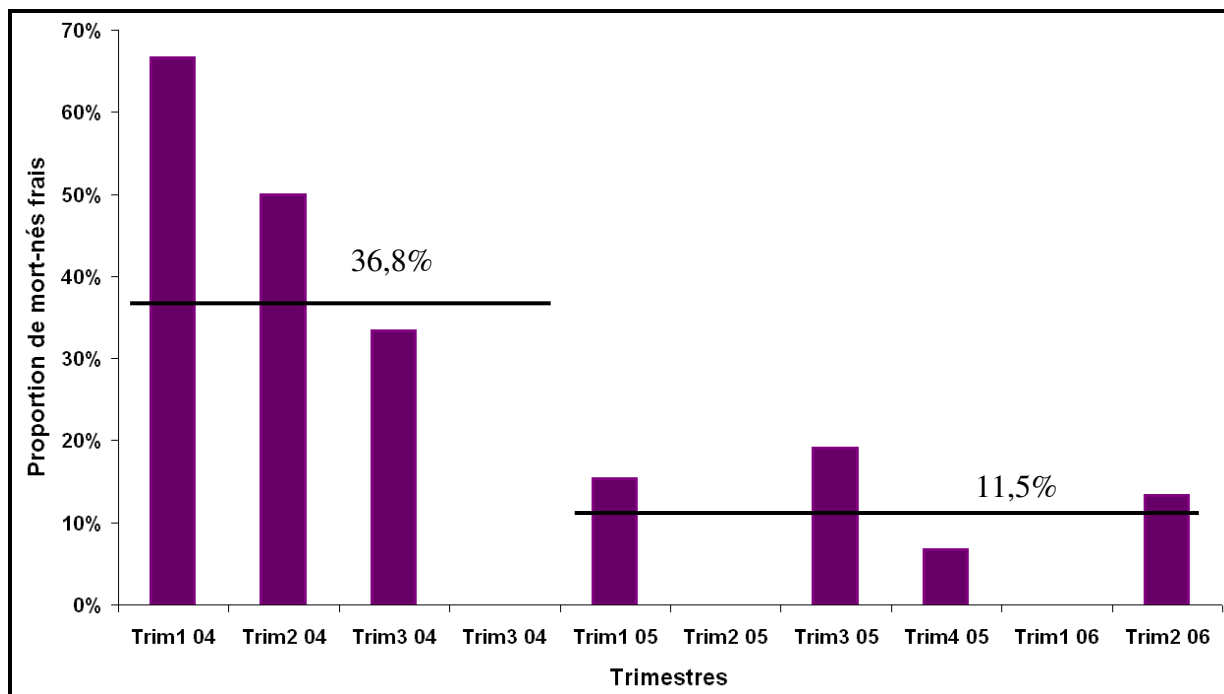


Graphique 11 : Evolution du ratio de mortinatalité tardive dans les hôpitaux régionaux de 2004 à 2006 (année de référence 2004)

Le constat fait dans les hôpitaux régionaux se confirme dans les districts sanitaires. En effet, en recensant l'ensemble des cas d'interventions chirurgo-obstétricales (IOM) faites pour les femmes résidant dans un district, en 2004, 2005 et 2006, dans différentes structures de référence, on constate que le pourcentage de mort-nés frais suite à ces opérations emprunte une tendance à la baisse. C'est le cas du district sanitaire de Sédhiou où le pourcentage de mort-nés frais est passé de 19,8% entre 2001 et 2004, à 16% entre 2005 et 2006. Il faut, cependant, noter que le ralentissement de l'activité chirurgicale dans le district a tendance à réduire le pourcentage calculé pour la période 2001-2004. L'évolution à la baisse est plus marquée dans le district de Bakel, où en 2004, le pourcentage de mort-nés suite à une IOM était égal à 36,8% ; celui-ci est passé à 11,5% en 2005-2006.



Graphique 12 : Evolution du taux de mort-nés frais suite à une césarienne pour les femmes originaires du district de Sédhiou de 2001 à 2006 (traitées dans les hôpitaux régionaux de Kolda et de Ziguinchor et dans le centre de santé de Sédhiou)



Graphique 13 : Evolution du taux de mort-nés frais suite à une césarienne pour les femmes originaires du district de Bakel de 2004 à 2006 (traitées dans les hôpitaux régionaux de Tambacounda et de Ourossogui et dans les centre de santé de Bakel et de Goudiry)

II.4.2.5. Perceptions des acteurs et des communautés sur les effets de la mise en œuvre de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes

II.4.2.5.1. Perceptions et des acteurs et des communautés sur l'utilisation des services

Pour le niveau communautaire, aussi bien pour les autorités locales que les populations, les indigents constituent les bénéficiaires réels de la politique. Pour eux, il s'agit précisément des familles démunies dont la femme et/ou le parent/soutien qui prend en charge les frais médicaux.

Les communautés vont plus loin dans la définition des bénéficiaires de la politique. Pour elles, les ruraux sont supposés être également de grands bénéficiaires de la politique mais à condition qu'ils puissent accéder aux structures de santé. Les communautés proches des postes de santé et les communautés urbaines et semi urbaines dotées d'infrastructures sanitaires constituent des bénéficiaires privilégiés. Car, l'éloignement constitue un facteur d'exclusion notoire à la politique de gratuité des services obstétricaux. Par ailleurs, les ruraux sont supposés être les véritables bénéficiaires de la politique, car leur ignorance de l'existence d'un service social dans les structures de santé destiné à aider les cas sociaux rend difficile leur accès aux services. Reconnus comme de réels indigents, les ruraux constituent la population qui rencontre le plus de difficultés à réunir des fonds pour le paiement des soins de santé. Nombreuses sont, selon les communautés, les femmes rurales qui ont perdu la vie dans l'intervalle entre la collecte des fonds et l'évacuation vers une structure sanitaire.

Les communautés comme les acteurs du niveau opérationnel ont souligné que l'augmentation de l'utilisation des services de santé a été fortement favorisée par la politique de gratuité. Il reste que selon les personnes interviewées, l'accès aux structures sanitaires reste difficile dans certaines localités du fait de l'enclavement, de l'absence de moyens de déplacement et du mauvais état des routes rendent difficile.

La prise de décision par rapport à la référence ou à l'évacuation est devenue plus rapide, voire systématique comme en atteste les propos des prestataires : "il y a une amélioration de la fréquentation" ICP région de Tambacounda
"la référence a augmenté, on reçoit plus de femmes du fait de la gratuité" ICP région de Fatick

Les populations ont maintenant moins de souci de recherche de fonds pour le paiement des frais de l'accouchement par rapport à la situation antérieure où elle perdait beaucoup de temps à solliciter la solidarité parentale à défaut de vendre ou d'hypothéquer des biens.

Les femmes et les enfants y gagnent par une prise en charge rapide mais aussi par des délais de consultation plus courts. La prise de décision pour aller chercher des soins n'étant plus suspendue à l'équation des moyens, la barrière financière est ainsi abattue. L'un des interviewés a, d'ailleurs, mis l'accent sur les femmes du milieu rural qui sont plus défavorisées. De cette manière, les ménages et, à travers eux, l'homme, le chef de ménage en sont également bénéficiaires : "La cellule familiale qui peut épargner." A une échelle plus large, c'est toute la communauté qui y gagne.

II.4.2.5.2. Perception des prestataires et des communautés sur les obstacles à l'utilisation des services sous la politique de gratuité

Malgré les nombreux avis favorables, les répondants n'ont pas manqué de relever certains obstacles à l'accès aux services obstétricaux gratuits. Parmi ces obstacles, quatre ont été particulièrement cités.

La distance par rapport à la structure sanitaire constitue avec le sexe et l'âge du prestataire trois facteurs d'exclusion cités. En effet, nombreuses sont les communautés qui se plaignent de ne pouvoir bénéficier de la gratuité à cause de leur éloignement du poste de santé ou du centre de santé. Ce problème se fait plus ressentir en cas de complications où l'évacuation est une nécessité alors que les routes sont dans un mauvais état et les moyens de transports inexistant, à l'exception de la charrette. Les populations confrontées à ce problème nous confient ne pas savoir l'utilité de la politique si toutes les femmes à qui elle est destinée ne peuvent pas en bénéficier ; d'où l'intérêt de l'accompagner par des mesures adaptées à la situation géographique de certaines localités (Kédougou, quelques localités de Sédhiou, etc.). Pour les cas d'accouchement sans complications, les communautés se rabattent sur les accoucheuses traditionnelles ou les cases de santé pour pallier au problème de la distance.

L'âge du prestataire constitue un autre facteur d'auto exclusion. Les communautés et les prestataires signalent que certaines femmes sont gênées d'exposer leur nudité à une sage-femme ou à une matrone plus jeune qu'elles. Cette gêne est encore plus forte quand il s'agit d'un ICP qui, en plus d'être un homme, se trouve souvent plus jeune qu'elles. L'absence d'éducation est la raison communément avancée par les communautés et les prestataires. La religion est également avancée par une minorité de la population comme argument justificatif de cette situation.

Le sexe du prestataire constitue selon les interviewés dans certaines localités un obstacle d'auto exclusion de la politique. Pour des raisons d'habitude et de tradition, certaines femmes et hommes préfèrent l'assistance d'une femme (la sage femme ou la matrone), ce qui explique que l'ICP est parfois sollicité qu'après l'accouchement pour les soins du nouveau né. D'autres préfèrent parfois évacuer la femme dans des conditions difficiles, vers une structure sanitaire dotée de sage-femme ou de matrone.

L'ignorance de l'existence de la politique est un quatrième facteur d'exclusion, mais d'ordre mineur. Elle justifie encore l'importance des accouchements à domicile, première source de décès maternel et néonatal, malgré les acquis mentionnés par les communautés en matière de fréquentation des structures sanitaires.

II.4.2.5.3. Perceptions des acteurs et des communautés sur la qualité et la disponibilité des services

Les appréciations sont divergentes en ce qui concerne l'accueil. Certains le jugent médiocre, tandis que d'autres le trouvent de bonne qualité. Par contre, à propos de la qualité et la disponibilité des services, en dehors de quelques rares cas qui les ont jugé la qualité des services juste acceptable, tous les répondants en ont donné une appréciation positive. La prise en charge est immédiate et les soins de qualité. Certains médicaments disponibles sont gratuits selon les informants. Cependant, c'est le coût élevé des services et l'insuffisance du personnel qui désolent. Il s'y ajoute l'absence d'entretien des infrastructures telles que les sanitaires ou le manque d'eau.

II.4.2.5.4. Perceptions des acteurs et des communautés à propos des effets de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes sur les activités des accoucheuses traditionnelles et des matrones dans les cases de santé

Deux tendances se dégagent de la question relative à **l'effet de la politique de gratuité sur l'activité des accoucheuses traditionnelles** qui assuraient l'essentiel des accouchements à domicile dans un contexte de difficultés financières pour accéder aux structures sanitaires. En effet, selon l'EDS le taux d'accouchement à domicile reste élevé (de l'ordre de 53%). La première tendance soutient que la politique ne peut nullement avoir un effet notable sur l'activité des accoucheuses traditionnelles tandis que l'autre maintient le contraire. Concernant la première tendance, une large part des communautés affirme que la politique ne peut pas avoir un effet sur le travail des accoucheuses traditionnelles pour la bonne et simple raison que leur activité est en voie de disparition. Beaucoup ont affirmé n'avoir jamais eu l'expérience de se faire assister par une accoucheuse traditionnelle. Ils ont également affirmé ne pas en connaître. Ils en parlent comme si elles appartenaient à un passé lointain. De plus, les répondants signalent que les matrones ont pris la place des accoucheuses traditionnelles. En outre, la spécificité de certaines localités est favorable à l'activité des accoucheuses traditionnelles. Il s'agit du cas de zones enclavées et dépourvues d'infrastructures routières (routes impraticables, absence de moyens de déplacement) dans lesquelles les accoucheuses traditionnelles sont plus accessibles que les cases et postes de santé, situés à de longues distances.

La seconde tendance soutient que le travail des accoucheuses traditionnelles a subi l'effet de la politique de gratuité dans la mesure où celles-ci constituaient une alternative à leur incapacité financière à accéder à des soins de santé spécialisés. En effet, les populations avouent qu'elles recouraient à leurs services par manque de moyens. Elles préféreraient plutôt les services de la sage-femme dont elles pensent qu'elles détiennent plus de compétences du fait de la formation reçue. En outre, elles ont ajouté que l'accouchement fait par des accoucheuses traditionnelles comporte plus de risque que l'accouchement assisté effectué par un personnel qualifié. Cela est d'autant plus vrai que, tel qu'elles le soulignent, les accoucheuses traditionnelles sont moins outillées pour détecter et prendre en charge à temps une complication inattendue nécessitant une évacuation. Pour cette tendance, en favorisant l'accès massif des populations aux services de santé maternelle et infantile, la politique finit d'enterrer l'activité des accoucheuses traditionnelles déjà en voie de disparition.

Concernant les effets de la politique sur les activités des matrones officiant dans les cases de santé, certains répondants de la communauté jugent que la politique ne peut pas avoir d'effet sur l'activité des matrones. D'autres répondants soutiennent le contraire. Pour la première tendance, l'enclavement et la distance par rapport au centre ou au poste de santé constituent un facteur démotivant qui favorise l'activité des matrones. Par ailleurs, l'habitude et la longue fréquentation qui permettent à la matrone et à la communauté de tisser des liens conviviaux constituent des facteurs favorables à la fidélisation de la "clientèle". Il s'y ajoute l'accueil et la qualité de l'assistance que la matrone offre à la patiente. Enfin, la politique est perçue comme ne pouvant pas avoir d'effet sur le travail de la matrone parce qu'elle est un agent de santé équipée et formée par le Ministère de la Santé.

III - EVALUATI

obstétrique, comme cela leur avait été promis. Selon l'un d'eux, il y aurait six bourses de la BAD pour l'année 2007 pour ceux qui seraient intéressés par la spécialité. La concrétisation des perspectives décrites pourrait rendre la politique de délégation de compétences plus attrayante pour les médecins non formés.

Un des médecins pense qu'il n'y a pas de plan de carrière pour le compétent SONU et cela n'encourage pas les non formés à s'y intéresser.

Propos des instrumentistes

Chez les instrumentistes, des avantages sont perçus en termes de prestige après la formation SONUB pour quatre interrogés sur cinq. En effet, il y a l'acquisition de connaissance par rapport aux non formés, la promotion dans le centre (on devient responsable du matériel du bloc), et la participation à des actes qui aident "*à sauver des vies*". Un des instrumentistes sélectionnés pour la majorité parmi les ASC se sent valorisé et pour ses pairs il devient "quelqu'un qui a appris".

Un instrumentiste pense, toutefois, qu'il n'y a pas de prestige à être formé comme instrumentiste SONU.

L'instrumentiste SONU est très utile selon quatre parmi les interrogés. Ils sont capités et participent à faire fonctionner les blocs. L'absence d'un instrumentiste peut entraîner l'évacuation de la patiente pour laquelle une césarienne ou une laparotomie pour GEU est indiquée. Ceci est bien compris par les instrumentistes qui sont conscients de leur importance et ils le soulignent : "*... c'est pas n'importe qui peut me remplacer*" ou "*... je ne suis pas là, il y a de fortes chances pour que la patiente soit évacuée*".

Le sentiment d'avoir un métier plus complet est partagé par la majorité des instrumentistes interrogés. Ce sentiment est exprimé à travers la comparaison que les instrumentistes font avec un non formé. L'acquisition de connaissances nouvelles est également magnifiée par les instrumentistes

Il n'y a pas d'avantages financiers selon 3 des instrumentistes. L'ASC ne reçoit pas de motivation de la BAD au même titre que les autres membres de l'équipe SONUC et le comité de santé n'a pas encore mis en place un système de motivation.

Pour les deux autres instrumentistes, il y a un avantage financier après la formation SONU. Ils reçoivent 35 000F CFA par mois de la BAD pour l'un et 2 931F CFA pour l'autre sur chaque cas de césarienne. C'est une motivation faible vu le nombre peu élevé de césariennes effectuées chaque mois.

Pour trois instrumentistes sur cinq, la formation SONU, ouvre des perspectives de carrière. Ils peuvent aspirer à la formation comme aide opérateur selon un des instrumentistes ou bénéficier d'un emploi permanent au niveau du centre de santé selon un autre. Cependant l'ambition pourrait les amener plus loin comme le souhaite un instrumentiste qui pense suivre l'exemple de son père : "*... mon père fut infirmier d'Etat, mais il est passé par le bloc, c'est après qu'il a fait carrière*" Un autre instrumentiste estime que la perspective d'un développement de carrière n'est pas pour lui car il est très proche de la retraite.

Propos des anesthésistes

Pour les anesthésistes interrogés, il n'y a pas de prestige à être dans un centre SONU (trois sur cinq), ils sont tous désœuvrés, et ont des activités peu diversifiées. Ils pensent toutefois que c'est noble de rendre ce service. L'avantage selon l'un d'entre eux, "*c'est de participer à faire reculer la mortalité maternelle et infantile*".

Le sentiment d'utilité est ressenti par trois des anesthésistes, tant pour "*aider à sauver des vie*" que pour faire de la réanimation pour des cas compliqués. Le grand problème des anesthésistes SONU c'est le désœuvrement dû à la rareté des cas d'intervention ou à la non fonctionnalité du

bloc. C'est la raison pour laquelle un des anesthésistes estime qu'il ne se sent pas utile "à faire une césarienne par mois ou tous les deux mois.

Quatre anesthésistes bénéficient d'un avantage financier. Si pour les trois cette motivation vient de la BAD, pour le quatrième, il s'agit plutôt d'un accord avec la BAD qui consiste en un pourcentage sur le nombre d'interventions réalisées. Cependant, dans les deux cas de figure, il n'y a pas de satisfaction. Les 35 000 FCFA mensuels de la BAD ne sont pas réguliers. De plus, le nombre de cas de césariennes réalisées ne permet pas un intéressement considérable.

Selon les quatre anesthésistes interrogés, l'anesthésiste SONU n'a pas de plan de carrière. Ils sont sortis de formation comme technicien supérieur et sont envoyés dans des zones où il y a très peu de travail, s'ils ne sont pas complètement inactifs... Loin de la capitale (centre de décision), des grandes structures sanitaires, ils n'ont aucune perspective. Aussi, l'affectation de nouveaux praticiens fraîchement sortis de l'école dans les centres SONU réduit la chance de ces derniers de diversifier leurs expériences. L'absence de plan de carrière prédéfini au bout d'un certain nombre d'années d'exercice risque de pousser les anesthésistes SONU à demander une affectation ou à monnayer leur savoir faire dans le secteur privé.

III.4.2.4. Perceptions des communautés sur la politique

Beaucoup d'interviewés ignoraient l'existence de la politique, car certains ont confié : *"Je n'ai été informé par personne de l'existence de cette politique". Un autre renforce : "Moi aussi je n'ai été informé par personne, ni par aucune structure sanitaire de l'existence de cette politique. Il se peut que des activités de sensibilisation aient eu lieu mais je n'en ai pas entendu parler".*

Pour ceux qui ont été informés, la plupart l'ont apprise par des rumeurs dont ils n'avaient pas confirmation, *"par hasard"* en amenant un parent devant être évacué vers les régions voisines à l'hôpital ou par l'intermédiaire d'une personne ou d'un proche de personne ayant bénéficié de la politique. L'un d'eux cite : *"J'avais entendu dire qu'on opérât dans le centre de santé les femmes enceintes mais je n'en ai eu la confirmation que, quand des parents venus des îles sont arrivés avec l'une des femmes de la famille qui présentait des complications. Quand on l'a consulté, on a conclu qu'elle devait subir une césarienne. Désespéré, je leur ai dit qu'il se posait un problème de moyens financiers pour l'évacuer sur Kaolack. On m'a alors dit que ce n'était pas un problème car il existait dans le centre de santé un "docteur" qui faisait des césariennes. C'est ainsi qu'elle a été opérée ici sans problème".*

Il a été observé que le niveau d'information des communautés varie d'une localité à une autre. Dans des zones comme Kédougou, les populations ont confié que l'information était assez bien diffusée tandis que dans d'autres zones comme Sokone, l'accès à l'information est assez mitigé. Les premiers districts à bénéficier de blocs opératoires sont naturellement ceux où l'information a le mieux diffusé. Ces résultats peuvent être mis aussi sur le compte du dynamisme des vecteurs et agents de communication communautaires tel qu'en témoigne le récit qui suit. *"Nous avons été informé de la politique de délégation par les radios et les sensibilisation par les animatrices et les communicateurs traditionnels qui sont allés de porte à porte passer l'information sur l'existence de la césarienne dans l'hôpital et aussi de la gratuité de l'acte" et à un autre de continuer : "noop amul kubeer (l'oreille n'a pas de bouchon !). Les agents de sensibilisation de l'hôpital ainsi que nous les communicateurs traditionnels avons beaucoup travaillé pour diffuser l'information dans la commune. De plus, si tu arrives fatiguée et démunie, qu'on te prenne en charge, t'opère, t'offre des médicaments sans te demander un sous, tu es toi-même un diffuseur de l'information. Tu en parleras à la première femme enceinte que tu croieras sur ton chemin".*

III.4.2.4.1. Niveau d'information sur la politique

Il est ressorti des entretiens avec les communautés que les communes sont plus informées et sensibilisées sur l'existence de la compétence que les zones rurales. Il a été également observé que dans la plupart des localités où les équipes SONU ont été mises en place, les communautés ignoraient leur existence. Et même pour les personnes informées de l'existence d'équipes chirurgicales dans leurs localités, l'information était floue au départ, car leur connaissance se limitait à l'unique fait "qu'on opérât" dans leur structure sanitaire ou "qu'il s'agissait d'opération générale". Quel type d'intervention effectuait le compétent ? La plupart l'ignoraient et c'est avec le temps que les communautés ont commencé à être progressivement informées sur la nature des interventions pratiquées. Les propos qui suivent illustrent cette réalité : ***"Quand on a entendu qu'on opère désormais dans le centre de santé, on pensait qu'il s'agissait d'opération générale comme la pédiatrie, la cardiologie et d'autres maladies. C'est petit à petit, avec les différentes césariennes effectuées que l'information a commencé à se préciser. On a fini par communiquer partout qu'il s'agissait d'opération pour sortir l'enfant quand la femme avait des difficultés à accoucher"***.

Les communautés suggèrent l'implication des prestataires, des agents d'éducation pour la santé ainsi que celle des leaders communautaires pour une plus large dissémination de l'information sur la politique.

III.4.2.4.2. Perception des populations sur la qualité des services,

Dans l'ensemble des zones où se sont tenus des ateliers, il a été signalé la disponibilité et le dévouement des équipes compétentes dont la qualité de l'accueil est bien appréciée par les communautés. En effet, selon les communautés, les compétents font preuve d'une conscience professionnelle notoire qu'un enquêté traduit par les propos qui suivent : ***"... Dr. X a le sens du travail bien fait"***. A un autre de confier : ***"L'équipe de X. est une équipe dynamique et disponible à tout moment. Elle est polie, courtoise et possède une conscience professionnelle..."***. Là où le bât blesse, c'est au niveau de l'effectif des équipes que les communautés suggèrent de doubler pour pallier aux problèmes de non fonctionnalité causées par l'absence d'un membre de l'équipe. Un informant déclare à ce propos : ***"c'est une équipe dynamique mais qui a besoin d'être renforcée en compétence et en nombre. Je pense qu'ils font entre 3 et 4. Quand l'un s'absente, c'est toute l'équipe qui est pénalisée. Il faut aussi renforcer le matériel car ils sont souvent confrontés à un problème de matériel et de rupture de stock qui les contraignent à évacuer sur Nénéfsha"***.

Si les équipes compétentes bénéficient d'une appréciation unanimement positive des communautés, c'est rarement le cas pour les sages-femmes et les matrones. Certains membres de la communauté ont dénoncé l'attitude déplorable de certaines sages-femmes et matrones dont la manière de traiter les patientes crée des frustrations. Un enquêté confie à ce propos : ***"On a sincèrement rien à reprocher à Dr. X et à son équipe. Par équipe, je parle des gens qui l'assistent pendant l'opération. Ceux-là, ils n'ont aucun problème. Nos reproches s'adressent plutôt aux matrones et à la sage-femme. Il se pose de gros problèmes au niveau de l'accueil. Nous connaissons tout ce qu'est la maternité et la douleur de l'accouchement n'est un secret pour personne d'entre nous. Elles sont également des mères et sont passées par là. Il faut donc un minimum de compréhension et de compassion pour celle qui se trouve en face de soit... Je fréquente cet "hôpital" (centre de santé) et je reçois des femmes de la commune qui viennent se plaindre de l'attitude de certaines sages-femmes et matrones... le respect et la considération sont des valeurs fondamentales dans une relation... il y a des femmes qui n'aiment pas qu'on leur manque de respect et d'autres qui n'acceptent pas qu'on les réprimande. Pourquoi ne pas témoigner alors à chaque personne respect et***

considération ? Si ces deux vertus font défaut, beaucoup de femmes peuvent être démotivées à aller à "l'hôpital...".

Toutefois, les communautés signalent que ces quelques sages-femmes et matrones constituent cependant l'exception car leur effort de vouloir satisfaire les patientes a été cité comme critère de disponibilité. Selon un membre de la communauté, *"[la communauté est satisfaite] des services fournis par les sages femmes et les matrones. Elles font de leur mieux pour [lui] fournir la plus grande satisfaction par rapport aux services qu'elles donnent à [ses] femmes. Vous savez, l'expression du visage du médecin suffit à guérir. Oui, le visage du médecin est une cure et ça, je pense qu'elles l'ont comprises et veille à l'accueil. On dit que "la manière de donner vaut mieux que ce que l'on donne" et "elles nous à 100% satisfaction"*.

Cependant, l'amélioration de la qualité des outils de travail des prestataires est vivement sollicitée par les communautés qui en jugent l'importance pour motiver les équipes à rester dans leur zone d'affectation. Les motiver d'une autre façon est également recommandé par les populations car, comme le dit l'un des interrogés, *"... pour maintenir une équipe, il faut la motiver. Le volontariat n'existe plus. Il faut donc les motiver davantage et changer régulièrement le matériel de chirurgie, car c'est démotivant de travailler avec un matériel vétuste"*. Dès lors, si les soins sont disponibles, il n'en demeure pas moins qu'ils nécessitent d'être renforcés en qualité, notamment par l'amélioration des conditions de travail par la fourniture d'un matériel adéquat et par le renforcement des équipes par un gynécologue.

III.4.2.4.3. Rapports des prestataires avec la communauté

Nous avons observé deux types entre les prestataires et les patientes. L'une des tendances soutient que les relations des prestataires avec les communautés sont jugées satisfaisantes dans l'ensemble. Pour cette tendance, le respect et la considération que leur témoignent les prestataires sont sources de rapports conviviaux. Le fait aussi que la communauté se montre exigeante peut justifier, pour certains, l'obligation des prestataires à se montrer "courtois".

Pour l'autre tendance, l'absence d'effort de compréhension de certaines prestataires, l'intérêt notoire qu'ils portent à l'apparence des patientes, ainsi que leur manque de motivation, constituent d'incontestables facteurs de frustration entre elles et les patientes. Les propos qui suivent en résument l'essentiel : *"De plus en plus, l'accueil dépend de l'apparence du malade. On te voit bien habillé et tu es bien accueilli, bien traité. Tu as une apparence un peu négligée et on te néglige. Pire encore, on va jusqu'à te voler tes médicaments. Si tu parles, on te refuse les soins surtout quand c'est la prestataire est la seule à être de garde. De ce fait, tu retournes chez toi avec ta souffrance. Ce sont des choses qui arrivent tout le temps. L'appartenance ethnique influe aussi comme l'apparence sur la manière dont on t'offre le service et sur la manière dont on s'occupe de toi..."*. Et un autre de continuer : *"...certains comportements déplaisants de certaines prestataires comme la sage femme ou la matrone tiennent du fait qu'elles ont peut être choisi le métier par contrainte. C'est donc un métier qu'elles ont choisi sans vocation, ce qui explique certains actes ou attitudes de négligence et de nonchalance qui créent des tensions entre ces sages femmes et les accompagnantes de la malade."*

III.4.2.5. Obstacles liés à l'utilisation des services

III.4.2.5.1. Sexe du prestataire

Pour l'ensemble des acteurs interrogés au niveau communautaire, la préférence va à la sage femme ou à la matrone. Toutefois, deux tendances se dégagent. Il y a ceux qui maintiennent fermement leur refus de l'assistance par un l'homme à l'accouchement qu'il s'agisse de l'ICP ou du gynécologue. Des raisons aussi variées que la gêne, la mentalité, la culture, la jalousie, la religion, sont avancées pour justifier la réticence par rapport au sexe du prestataire. Une

enquêtée déclare à ce propos : *"Pour moi, il n'y a pas de "différence" entre un accoucheur et une accoucheuse. Ce qui prime, c'est la compétence. Seulement, il y a des femmes qui sont gênées devant un homme devant leur faire une "visite" (CPN) ou les aider à accoucher. C'est pourquoi la plupart des gens préfèrent la sage-femme ou la matrone à l'ICP. Il y a d'autres femmes qui elles, refusent catégoriquement de se faire consulter par un homme. On voit aussi des hommes qui, par manque de confiance interdisent à leur épouse de se faire consulter par un homme. Pire, aussi "fatiguée" que puisse être leur épouse, ils préfèrent la transporter par charrette jusqu'à Sokone ou une autre localité". Un autre souligne, en outre : "Chez nous, le sexe du compétent a de l'importance. C'est purement culturel. En termes d'accouchement et de grossesse, la femme (sage-femme) est plus sollicitée que l'homme. Personnellement, je n'ai rien contre le fait qu'un homme assiste la femme à l'accouchement mais dans notre culture, on n'aime pas. Peut être qu'à Dakar ça peut passer mais ici certaines femmes n'aiment pas se "dévoiler" devant un homme. S'il y a davantage de femmes formées (en SONUC), cela permettrait à ces femmes d'avoir plus de choix si elles ne veulent pas se faire "examiner" par un homme."*

Le refus de l'assistance de l'homme est aussi mis par certains, sur le compte d'une insuffisante ouverture d'esprit que nos informants traduisent par de l'ignorance et/ou de l'insuffisance d'information tel qu'exprimé dans le récit suivant : *"... je n'ai pas de préférence. Pour ceux qui ont des préférences, par rapport au sexe du prestataire, c'est parce qu'ils sont très attachés à notre tradition. On voit dans les villages, des hommes qui recommandent leurs femmes de venir jusqu'ici à Sokone simplement parce que ce sont des hommes infirmiers qui font accoucher les femmes dans ces localités. Tout ça est lié à un manque de "sensibilisation et d'information" car si tout le monde était bien informé du fait que ce que la femme peut, l'homme le peut également, on aurait dépassé ce genre de problème. Si vous allez dans les postes de santé, ceux sont des infirmiers qui font accoucher normalement les femmes et dans les meilleures conditions. Il n'empêche que pour une question de "tradition", beaucoup de nos femmes en phase de travail préfèrent traîner chez elles jusqu'à ce qu'elles accouchent. Elles mettent ensuite leur enfant dans un bol ou une bassine pour l'amener auprès de l'infirmier pour les premiers soins du nouveau né. Tout ça n'est que le fait de l'ignorance. C'est pourquoi je pense qu'il faut beaucoup insister sur la sensibilisation pour qu'elles sachent que, entre l'infirmier et la sage femme, il n'y a pas de différence."*

Un autre groupe plus flexible soutient que la priorité va à la compétence. Pour ces populations, l'urgence dicte sa loi. Autrement dit, en cas d'urgence, la question du sexe du prestataire n'a pas raison de se poser. La priorité est accordée au prestataire qui détient les compétences requises pour la prise en charge de l'urgence : *"S'il s'agit de "visite" (CPN), c'est le domaine de la femme. Mais, s'il s'agit de sauver une vie, là c'est autre chose. C'est la personne indiquée qui s'en charge. Dès lors, si c'est l'homme qui est là pour le faire, laissons le faire son travail. Après tout, un organe reste un organe ("cër, cërla") et ces questions de gêne, de complexe restent secondaires dans les situations d'urgence. Certes, chacun a le droit d'exprimer ses préférences par rapport au sexe de la personne qui aide à accoucher mais en cas d'urgence, c'est l'urgence qui dicte sa loi".* Et d'autres de renforcer par les commentaires ci-après : *"Je ne suis pas une femme mais reste convaincu que la femme préfère être assistée par des femmes "comme elle", à l'accouchement. C'est par contrainte qu'elle accepte de se faire consulter ou accoucher par un homme."*

"La compétence prime en terme de santé. Le sexe est secondaire mais sur le plan traditionnel, on était tellement habitué à voir la femme se faire accoucher par une autre femme qu'on a fini par l'intégrer dans les mentalités et en faire une norme."

La religion est citée par certains informants comme un argument de rejet de la délégation de l'activité de l'accouchement à l'homme. Selon un imam interrogé, *"dans le domaine de l'accouchement, l'Islam a octroyé à la femme cette compétence. Cela est d'autant plus vrai*

que, quand un homme meurt pendant la grossesse de sa femme, celle-ci est obligatoirement assistée à l'accouchement par une femme. Aucun autre homme n'a le droit de l'approcher durant son deuil. C'est pourquoi cette compétence est confiée à la femme. Mais, à l'impossible nul n'est tenu. S'il n'y a aucun recours que l'homme, on s'en contente." Par rapport à la variable religieuse, il a été observé que les avis sont partagés. Autant pour les uns, l'islam est un argument de "*rejet*" fondamental de l'assistance à l'accouchement de la femme par l'homme, autant pour d'autres, "*à l'impossible, nul n'est tenu*", tel que précisé par cet imam. Les récits ci-après en expriment l'essentiel : "*Nous sommes dans une société religieuse qui nous oblige souvent à faire une distinction ...*" et à un autre de soutenir le contraire : "*La santé ne fait pas de distinction de sexe. La religion aussi dans certains cas critique, ne s'oppose pas à sauver une vie en danger*".

Poussant la réflexion, un enquêté invite l'Etat à promouvoir la formation des sages-femmes en guise de résolution de ce problème d'appréciation de l'assistance masculine à l'accouchement : "*Etant donné que le domaine de l'accouchement est une compétence typiquement féminine, j'invite le gouvernement, dans, ses initiatives de promotion de la scolarisation des femmes, à encourager les jeunes filles à s'orienter vers le métier de sage-femme que vers d'autres filières telle que la police ou la gendarmerie. Ce qui réglera le problème de l'insuffisance des sages-femmes qui, je crois explique le nouveau rôle des ICP.*"

III.4.2.5.2. Concernant l'âge du prestataire

Quelques femmes interrogées ont souligné l'âge des jeunes sages-femmes jugé très précoce par rapport à certaines patientes bien plus âgées qu'elles. Selon elles, "*...il est gênant pour une femme adulte d'exposer sa nudité à une femme plus jeune qu'elle et qui peut avoir l'âge de leur propre fille...*".

Les étudiants en médecine sont favorables à la formation car, selon eux, elle procure un sentiment d'utilité à l'idée de pouvoir contribuer à régler le problème de la mortalité maternelle et néonatale.

La plupart d'entre eux sont favorables à la formation mais restent prudents. Ils veulent qu'ont leur certifie la qualité de la formation, afin qu'une fois sur le terrain, ils ne se sentent pas limités face à certaines urgences. Cette réflexion rejoint l'appréhension qu'éprouvent certains compétents à prendre en charge des complications majeures. Certains, bien que favorables à la formation, expriment leur préférence pour la formation de spécialiste.

Concernant les obstacles à l'accès à la formation des étudiants de Médecine, ces derniers ne sont pas bien informés sur la politique ; quatre (4) d'entre eux ont avoué n'avoir jamais entendu parler de la politique. Le seul informant qui a pu en parler, dit avoir reçu l'information au cours d'un enseignement magistral à la faculté de médecine.

ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES

Tableau 9 : Etude analytique des caractéristiques de la politique de gratuité des accouchements et des césariennes

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	ENJEUX
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Clairs par rapport a la lutte contre la Mortalité Maternelle et l'accouchement assisté 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs non ciblés et non chiffrés dans le temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement des plus hautes autorités de l'état - Contexte du DSRP et OMD 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'engagement état 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérennisation
Elaboration de la politique	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un comité de pilotage de la politique - Utilisation des kits comme moyen d'assurer la disponibilité des produits et des services - Volonté de mettre en place un système de contrôle du mécanisme à travers un comité charge d'élaborer un manuel de procédures de gestion de la politique - Prévision d'un mécanisme de gestion du processus avec rapports par niveau, système de réapprovisionnement en kits, supervision et évaluation trimestrielle puis semestrielle 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de l'implication DSR au début du processus - Démobilisation du comité dans le suivi de la politique - Absence d'étude de base (étude des coûts par niveau pour une planification objective des besoins) - Absence d'élaboration du manuel de procédures - Non définition claire du paquet de services concernés par la politique - Mécanisme de gestion non mis en œuvre selon les prévisions : irrégularité de transmission et non exploitation des rapports, réapprovisionnement non basé sur les règles de logistique tel que le seuil d'alerte, pas de supervision, une seule évaluation réalisée au bout de 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une centrale d'achat ayant des capacités logistiques et financières pour la mise en œuvre de la politique - Appui technique des partenaires disponible pour l'élaboration et le suivi de la politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de la planification dans le processus d'élaboration 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un manuel de procédures pour la mise en oeuvre de la politique
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un plan de communication - Implication des prestataires, des ASC, des medias locaux et des collectivités locales dans la sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de communication non financé - Contenu du message incomplet et mal compris par les différents acteurs du niveau central au niveau opérationnel et communautaire (bénéficiaires, paquet de services, mécanismes de remboursement des structures...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de canaux et mécanismes de communication efficaces (SNEIPS, relais, medias, instances de coordination...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre variable de la politique par niveau et "décrédibilisation" de la politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un plan de communication budgétisé et financé pour les différentes cibles avec un message clair sur les bénéficiaires, le paquet de services, les mécanismes de remboursement des structures...

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	ENJEUX
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement de l'état et financement sur le budget de l'état 	<ul style="list-style-type: none"> - Planification financière des besoins non basée sur une évaluation financière des coûts - Ignorance du mécanisme d'allocation des fonds et surtout de remboursement par les acteurs - Mécanisme de remboursement des frais autres que les kits via la PNA non adapté et non encore opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'implication des collectivités locales dans le financement de la politique (personnel, kits...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demande supérieure aux prévisions financières de l'état pour couvrir les besoins des régions ciblées - Instabilité financière des comités de santé dont la maternité représente une part importante dans leurs financements (plus de 15%) du fait du non remboursement de leurs manques à gagner 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier un mécanisme de remboursement des frais autres que les kits aux comités de santé à l'instar du plan SESAME (remboursements en médicaments et produits essentiels mis en place par la PNA) - Revoir la pertinence du système de subvention directe des hôpitaux - Mobiliser des ressources additionnelles auprès du secteur privé et des collectivités locales
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une centrale d'achat et d'un circuit de distribution national des médicaments essentiels - Contenu du kit élaboré par la division technique (DSR) 	<ul style="list-style-type: none"> - Circuit de distribution parallèle des kits - Non respect des règles de logistique au niveau régional et central (gestion des stocks, seuil d'alerte...) - Ruptures de stocks de kits fréquentes - Approvisionnement des hôpitaux par d'autres circuits que la PNA et fréquentes ruptures de certains produits au niveau des Hôpitaux. - Incompréhension des prestataires du contenu du kit axé sur la prise en charge des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du circuit des médicaments essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptures de stocks 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les kits dans le système logistique des médicaments essentiels (planification des besoins, achat, stockage, distribution...)

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	ENJEUX
Effets sur la l'utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative (jusqu'à 25% de plus) des accouchements et des césariennes depuis le début de la politique - Recours préférentiel aux structures de santé et réduction du recours aux accoucheuses traditionnelles selon les populations 			<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs d'exclusion de la politique: ignorance de la politique, accessibilité géographique des structures, jeune age du prestataire et dans une moindre mesure, le sexe masculin du prestataire 	
Effets sur la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la mortalité dans les structures depuis le début de l'initiative - Appréciation positive des acteurs et de la population sur la qualité des services offerts 			<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation entre la charge de travail occasionnée par la politique et les ressources humaines au niveau des maternités 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer de ressources humaines adéquates pour accompagner la politique (gynécologues, pédiatres, compétents SONU, sages femmes, infirmiers compétents en SONUB...)

ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE LA POLITIQUE DE DELEGATION DES COMPETENCES

Tableau 10 : Etude analytique des caractéristiques de la politique de délégation des compétences

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	ENJEUX
Elaboration de la politique	<ul style="list-style-type: none"> - Basée sur des données objectives : évaluation des SONU, enquêtes dystocies, données hospitalières - Existence de modules de formation des équipes de compétents SONUC 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un document de stratégie pour la politique de délégation des compétences de SONUB et des SONUC prenant en compte tous les volets (formation, génie civil, équipement, supervision, gestion des ressources humaines) avec une vision a court, moyen et long terme. - Insuffisance de marketing de la formation SONU auprès des étudiants et des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une volonté politique de renforcer la disponibilité des SONU en particulier en milieu décentralisé - Appui de la CGO à la politique de délégation de compétence - Appui des partenaires (BAD, UNICEF, UNFPA) - L'existence de la feuille de route pour la réduction de la mortalité Maternelle et néonatale qui prend en compte cette stratégie 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la politique de motivation et autres mesures d'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un document stratégique et un plan de mise en œuvre sur la politique de délégation de compétence en SONU en tenant compte de la présente évaluation objective - Elargir le paquet d'activités des équipes SONU à d'autres urgences chirurgicales

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES	ENJEUX
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Bon niveau de qualification des équipes SONU - Bonne gestion du stress par les équipes SONU - Appréciation positive de la formation SONUB et niveau de confiance élevé des ICP et des équipes SONU - Sentiment d'utilité des prestataires SONU - Bonne appréciation des équipes SONU par les communautés - Bonnes relations dans le système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de coordination entre la formation, le génie civil, le matériel, l'équipement et la gestion des ressources humaines des blocs SONU - Insuffisance dans les stages pratiques des SONUB (durée, gestes techniques) - Insuffisance du matériel (boîtes de césariennes, matériel et équipement d'anesthésie, dépôt de sang, laboratoire) - Désœuvrement des techniciens anesthésistes et non intégration dans les autres activités des centres SONU - Absence de relations des prestataires SONU avec les accoucheuses traditionnelles qui assurent la plupart des accouchements en milieu rural - Insuffisance des avantages financiers de cette formation - Insuffisance de la communication en direction des populations 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de l'équipement de base pour les SONUB dans la majorité des PS - Appui des partenaires dans la mise en œuvre de la politique - Communication avec la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise de vocation des médecins compétents - Absence de vision à long terme et faiblesse du leadership dans la politique de délégation de compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure la formation dans le cursus universitaire afin que tout médecin sortant puisse prendre en charge certaines urgences obstétricales majeures.
Effets sur la utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'utilisation des services pour les SONUB et les SONUC (augmentation des IOM....) - Réduction des évacuations lors des périodes de fonctionnalité des blocs SONU 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrégularité de fonctionnement et de l'utilisation des blocs SONU liés le plus souvent à la mobilité des membres de l'équipe - Obstacles liés à l'âge et au sexe du prestataire 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des populations à la politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la gestion des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de cadres de collaboration avec les accoucheuses traditionnelles pour la référence et l'augmentation de l'utilisation des services de SONU

**CONCLUSION
GENERALE ET
RECOMMENDATIONS**

IV.1. Conclusion générale

L'évaluation de la politique de délégation des compétences et de la gratuité des césariennes et des accouchements, a permis de noter leur pertinence en réponse au problème de la mortalité maternelle et néonatale lié à la faiblesse de la disponibilité et de l'utilisation des SONU. Le renforcement de compétences des prestataires en SONU a été positivement apprécié par les différents acteurs du niveau central comme du niveau opérationnel, les équipes elles-mêmes, ainsi que par les bénéficiaires au niveau communautaire. Les effets de cette politique de délégation sont dépendants de la fonctionnalité des blocs opératoires liée en particulier à la disponibilité des ressources humaines. Les effets et les perceptions pour ce qui concerne les SONUB sont globalement positifs. Cependant des stratégies urgentes doivent être mises en œuvre pour palier au manque de vocation des médecins pour cette politique, augmenter les capacités de formation, renforcer la gestion des ressources humaines et améliorer leurs conditions de travail pour assurer une offre de services SONU permanents, gage de succès de la politique.

En ce qui concerne la politique de gratuité, les effets sur l'utilisation des services sont notables et positivement appréciés par les détenteurs d'enjeux, les acteurs opérationnels et les bénéficiaires. Cependant la présente évaluation a montré des difficultés et des insuffisances liées à la communication, la planification, la logistique, et à l'impact sur les finances des structures de santé en particulier des comités de santé.

C'est pourquoi des réajustements sont nécessaires, en prenant en compte les suggestions des décideurs, des acteurs du niveau opérationnel et des bénéficiaires afin de pérenniser ces politiques qui ont démontré leur efficacité pour la réduction des barrières économiques, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux.

IV.2. Recommandations pour la politique de gratuite

Pour le MSPM

- partager des informations recueillies par cette évaluation au cours d'une large concertation/ table ronde impliquant tous les intervenants afin de partager les recommandations pour améliorer la politique
- Elaborer un manuel de procédures pour la mise en oeuvre de la politique
- Identifier un mécanisme de remboursement des frais autres que les kits aux comités de santé à l'instar du plan SESAME (remboursements en médicaments et produits essentiels mis en place par la PNA)
- Adapter, budgétiser, financer et mettre en oeuvre le plan de communication pour les différentes cibles avec un message clair sur les bénéficiaires, le paquet de services, les mécanismes de remboursement des structures...
- Mobiliser des ressources additionnelles auprès du secteur privé, des collectivités locales, des mutuelles et des micro- assurances
- Revoir la pertinence du système de subvention directe des hôpitaux
- Intégrer les kits dans le système logistique des médicaments essentiels (planification des besoins, achat, stockage, distribution...) et améliorer la gestion actuelle en particulier procéder à une planification des besoins et une mise en place de kits pour une période de 4 à 5 mois, la suppression de la subvention directe aux hôpitaux, le versement à la PNA du budget des kits de césariennes des hôpitaux et l'approvisionnement direct des hôpitaux en kits de césarienne par la PNA.
- Renforcer les mécanismes de coordination et de suivi de la politique (comité de pilotage, évaluations)
- Procéder au passage à l'échelle au niveau des autres régions non encore concernées par la gratuite des accouchements

Pour les collectivités locales

Dégager des ressources pour appuyer la politique à travers un financement additionnel pour les ressources humaines et ou l'achat des kits.

Pour le Ministère des Finances

Mettre en place un système de financement pérenne de la politique avec ouverture de lignes budgétaires statutaires

Pour les partenaires

Apporter un appui technique au suivi et à la mise en oeuvre de la politique

IV.3. Recommandations délégation de compétences

Pour le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

- Elaborer un document stratégique et un plan de mise en œuvre sur la politique de délégation de compétence en SONU en tenant compte de la présente évaluation objective
- Elargir le paquet d'activités des équipes SONU à d'autres urgences chirurgicales
- Mise en place de cadres de collaboration avec les accoucheuses traditionnelles pour la référence et l'augmentation de l'utilisation des services de SONU

Pour l'Université

Inclure la formation SONU dans le cursus universitaire afin que tout médecin sortant puisse prendre en charge certaines urgences obstétricales majeures.

Pour les partenaires

Poursuivre l'appui technique et financier à la politique de délégation de compétences SONU

a. Suggestions des acteurs institutionnels du niveau opérationnel

- Par rapport à politique de manière générale
 - Augmenter le nombre de compétents et de sages-femmes qualifiées en fonction des besoins des populations.
 - Passer par l'université et les écoles de formation pour définir une stratégie de production de spécialités correspondant aux besoins des populations (sages femmes et compétents dont les anesthésistes et médecin formé en SONU) afin de doter en nombre suffisant les centres SONU.
 - Associer à la Clinique, la Prévention afin de sensibiliser précocement les étudiants en médecine, sur l'intérêt de la formation.
 - Créer des bourses pour ces spécialités et faire signer aux bénéficiaires un contrat d'engagement à servir l'Etat pour une durée précise afin de pouvoir les maintenir dans leur poste d'affectation
 - Développer les infrastructures routières et améliorer l'état des routes.
 - Former d'avantage de gynécologues pour résoudre la question de leur insuffisance.
 - Sensibiliser les populations sur l'intérêt de la politique.
 - Offrir aux compétents des opportunités d'évolution sur le plan de leur carrière.
- Par rapport à la pérennisation de la politique
 - Nécessité d'un engagement de l'Etat pour encourager l'appui des partenaires afin de pérenniser la politique.
 - Faire un plaidoyer auprès des prestataires et des étudiants de dernière année pour les convaincre à faire la formation en les emmenant à comprendre l'utilité de la compétence face à la prise en charge d'une urgence.
 - Impliquer les collectivités locales dans la gestion de la politique car "elles doivent prendre en charge les compétences qui leur sont léguées dans le contexte de la décentralisation".
 - Réviser les modules de formation afin de voir comment intégrer dans le cursus des étudiants un volet "prévention" sur les phénomènes de santé publique.
 - Renforcer la logistique de la politique en dotant les blocs fonctionnels d'ambulances suffisantes pour le transfert des urgences.
 - Motiver les compétents par une augmentation de leurs indemnités.

- Par rapport à la formation :
 - Délivrer une attestation de fin de formation
 - Décentraliser le service de formation (CGO) afin de permettre aux médecins formés d'augmenter leur pratique (nombre d'interventions effectuées).
 - Veiller à ce que les blocs soient fonctionnels à l'arrivée des compétents afin qu'ils ne perdent pas aussi tôt la main.

b. Suggestions des prestataires

Au niveau des SONUB

- Nécessité d'un feed-back sur l'évaluation
- Equipement en matériel adéquat
- Généraliser la formation SONUB à tous les ICP pour agir sur le taux de la mortalité maternelle.
- Faire des recyclages par rapport à la formation
- Supervisions formatives même local (par le compétent) "*c'est la connaissance qui permet de prendre en charge les difficultés*", "*nous sommes oubliés sur le plan de la formation*"
- Faire la promotion des stratégies avancées
- Motivation financière personnel pour les fixer par rapport à la distance et à la qualité routes
- Equipement plus logement
- Renouvellement logistique (moto plus pièces de rechange)
- Revoir la qualité des routes et doter les postes de santé d'ambulance adaptée par rapport à la saison des pluies et aux pistes
- Prévoir fiches techniques mémo pour l'après formation
- Durée formation et les supports de formation

Au niveau des SONUC

- **Selon les médecins compétents**
Pour l'amélioration de la politique de délégation de compétence, il faut :
 - Améliorer les conditions de travail
 - Donner des avantages financiers aux compétents (médecins)
 - Faire un encadrement rapproché pendant la formation
 - Revoir la motivation de 50 000 F CFA à la hausse et la régulariser
 - Augmenter la bourse de formation
 - Former des équipes pour la relève
 - Appuyer les districts en consommables pour alléger les comités de santé avec la gratuité
 - Améliorer la logistique des postes de santé pour les évacuations
 - Multiplier les supervisions formatives
 - Revoir la formation des anesthésistes tout courts et former plutôt des infirmiers anesthésiste
- **Selon les instrumentistes**
Les instrumentistes estiment que les décideurs doivent :
 - Augmenter la durée de la formation
 - Motiver les instrumentistes à travers des conditions de travail adéquates (salaire, intéressement mensuel au même titre que les autres membres de l'équipe) "Il

faut aussi essayer de régler pour de bon le problème de la motivation du personnel communautaire."

- Faire en sorte que certains blocs démarrent leurs activités
- Donner les supports pendant la formation et non à la fin

- **Selon les anesthésistes**

Selon les anesthésistes interrogés, il faut :

- Supprimer la filière directe des techniciens supérieurs en anesthésie et former à la place des infirmiers compétents en anesthésie
- Augmenter le quota d'anesthésistes à l'ENDSS ;
- Penser à la relève (notre contrat de 3 ans arrive à expiration).
- Achever la construction de la banque de sang
- Revoir les motivations SONU
- Loger les anesthésistes
- Organiser un système de rotation des anesthésistes à partir des pôles chirurgicaux régionaux avec tours des gardes d'1 mois
- Motiver financièrement les SONU et les aligner sur les techniciens supérieurs de l'hôpital régional
- Motiver matériellement ; il faut prévoir le logement de l'anesthésiste dans la structure. Actuellement, je loge dans le village, alors que je dois être prêt à intervenir avant, pendant et après l'intervention, alors que le chirurgien a fini. Il faut améliorer le confort et la qualité de vie.
- Affecter un gynécologue ou un chirurgien pour rentabiliser le bloc, augmenter les activités et les diversifier, diminuer le sous – emploi.
- Un équipement en matériel adapté.

c. Suggestion des communautés

- Par rapport à la dissémination de l'information promouvoir une décentralisation de l'information et identifier la cible rurale qui en a le plus besoin afin qu'elle en bénéficie.
- Renforcer les équipes par un gynécologue pouvant prendre en charge les urgences dépassant les compétences du compétent pour qu'on n'ait plus à évacuer vers d'autres zones.
- Pour la pérennisation de la politique :
 - Améliorer les conditions de travail des équipes SONU par une dotation en qualité et en quantité suffisante des matériaux d'exercice de leur compétence.
 - Construction par la communauté de bons rapports humains avec les équipes SONU.
 - Sensibiliser et/ou préparer les équipes SONU au moment de l'établissement de leur contrat avec l'Etat afin qu'une fois sur leur lieu d'affectation, elles puissent y rester.
 - L'Etat est invité à respecter ses engagements vis à vis des équipes en les mettant dans des conditions adéquates au plan financier, au plan infrastructure et équipement (logement, véhicule, etc.).

PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE

- Coordination Générale : Mr Amadou Hassane SYLLA, coordonnateur CEFOREP
- Coordination Scientifique : Pr Vincent De BROUWERE, Projet IMPACT, ITP Leader, Institut de Médecine Tropicale Anvers
- Equipe d'évaluation :
 - Mr Thierno DIENG, Responsable de la cellule de Recherche du CEFOREP
 - Dr Mohamed DIADHIOU, Cellule Recherche CEFOREP
 - Mme Sophie WITTER, Projet IMPACT
 - Dr. Anna Coates Projet IMPACT, Gender Research Leader, Gender Institute,
 - Mme Fatoumata Bintou DRAME MBENGUE, Sociologue
 - Mr Daouda MBENGUE, Economiste de la Santé
 - Dr Marguerite M. FERREIRA CRATO CISSE, Economiste de la Santé
 - Mme Thiam TOURE SARR, Assistante sociale, CGO
 - Mme Binta MBAYE, Monitrice Rurale
- Gestion Financière : Mme Hawa BARRY BA, Responsable Administratif et Financier CEFOREP
- Assistant : Mme Yaye Madeleine CISSE, Assistante de Direction CEFOREP
- Personnes Ressources :
 - Pr Jean Charles MOREAU, PCA CEFOREP, Chef de service CGO
 - Dr Isabelle MOREIRA, chargée de programme, UNFPA/Dakar
 - Dr Fatou Nar DIOUF MBAYE, Chef Division de la Santé de la Reproduction (DSR)
 - Dr El Hadji Ousseynou FAYE, Division de la Santé de la Reproduction
 - Dr Mariétou DIOP, Division de la Santé de la Reproduction
 - Mme Mariama MBAYE, Maîtresse d'Economie Familiale, DSR
- Opératrices de saisie :
 - Mlle Mbissine GUEYE
 - Mme Ndèye Anta SARR
 - Mme Khadiatou FALL
 - Mme Khady DIOUF
- Reprographie :
 - Mr Pierre PREIRA, CEFOREP
 - Mr Papa Malick SENE, CEFOREP