

« EN FAIRE PLUS, POUR GAGNER PLUS » : LA PRATIQUE DE LA CÉSARIENNE DANS TROIS CONTEXTES D'EXEMPTION DES PAIEMENTS AU SÉNÉGAL

Elhadji Mamadou Mbaye *et al.*

S.F.S.P. | Santé Publique

**2011/3 - Vol. 23
pages 207 à 219**

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-3-page-207.htm>

Pour citer cet article :

Mbaye Elhadji Mamadou *et al.*, « « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé Publique*, 2011/3 Vol. 23, p. 207-219.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal

'Doing more to earn more' : caesarean sections based on three cases of exemption from payment in Senegal

Elhadji Mamadou Mbaye⁽¹⁾, Alexandre Dumont⁽¹⁾, Valéry Ridde⁽²⁾,
Valérie Briand⁽³⁾

Résumé : Le taux de césariennes au Sénégal a augmenté en 2007 de 124 % par rapport aux taux observés avant la mise en place de l'initiative de subvention des césariennes en 2006. Cette augmentation est variable selon les régions et selon les hôpitaux dont certains affichent des taux supérieurs à 50 % des accouchements réalisés au sein de l'établissement. L'objectif est d'analyser les raisons des taux de césariennes institutionnels élevés et au-dessus de la moyenne nationale dans trois niveaux d'exemption des coûts des césariennes au Sénégal. Cette étude est basée sur une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs auprès des personnels administratifs et de santé et des femmes enceintes dans trois structures de santé ainsi qu'auprès des autorités sanitaires au niveau central. Ces taux de césariennes élevés ne sont pas directement liés à la politique de subventions des césariennes instituées en 2006. Au niveau des personnels de santé, la perception des taux de césariennes sont plus liés à l'image que les acteurs de santé ont des taux populationnels que des taux institutionnels. Ces taux populationnels étant très bas, les personnels ont tendance à effectuer davantage de césariennes. Au niveau du personnel de gestion, la rentabilité financière des taux de césariennes élevés (dans les trois niveaux d'exemption des paiements) constitue une motivation importante pour inviter les professionnels à pratiquer plus de césariennes. Malgré ces taux élevés, on assiste à un discours normatif des personnels de santé qui considèrent que leurs pratiques visent uniquement à sauver la mère ou l'enfant. Cependant, ces taux de césariennes élevés peuvent à terme augmenter les décès maternels et aller à l'encontre de l'objectif du millénaire pour le développement (OMD 5) concernant la réduction de 3/4 de la mortalité maternelle d'ici à 2015.

Mots-clés : Mortalité maternelle - OMD5 - perceptions professionnelles - subventions des soins - taux de césariennes.

- (1) IRD Dakar/Sénégal. UMR 216 - Route des Pères Maristes - BP 18524 - Dakar Sénégal.
(2) Université de Montréal Canada.
(3) UMR 216 IRD France.

Correspondance : E.-M. Mbaye

Réception : 25/01/2011 – Acceptation : 19/05/2011

Summary: *In 2007, the number of caesarean sections performed in Senegal increased by 124% compared to the number of caesarean sections recorded before the introduction of a C-section funding initiative in 2006. The rate of increase varies in different regions and hospitals, with some hospitals performing caesarean sections in over 50% of deliveries. The purpose of this paper is to analyze the main reasons for high hospital caesarean section rates (i.e. above the national average) based on three cases of exemption from payment. The study is based on a qualitative method involving semi-structured interviews with healthcare and administrative staff and pregnant women in three healthcare institutions and interviews with central health authorities. Research indicates that high caesarean section rates are not directly linked to the C-section subsidy policy introduced in 2006. The perception of caesarean rates is more closely linked to the perception of population rates among healthcare professionals than to the perception of institutional (hospital) rates. Since population rates are very low, healthcare professionals tend to perform more caesarean sections. Among management staff, the financial returns of high caesarean section rates (in the three levels of exemption) represent a significant motivation for encouraging healthcare professionals to perform more C-sections. Despite these high rates, a normative discourse was found to be held by healthcare professionals, who tend to consider that their practices are aimed exclusively at saving the mother or the child. However, in the long term, high caesarean section rates may result in an increase of maternal deaths and go against MDG 5, aimed at reducing maternal mortality by 3/4 by 2015.*

Keywords: maternal mortality - MDG 5 - professional perceptions - care subsidies - caesarean section rate.

Les taux populationnels de césariennes sont restés généralement très bas en Afrique en raison de la faible accessibilité financière et géographique aux services obstétricaux offrant ce type d'intervention. Cependant, elle constitue un déterminant majeur de la réduction de la mortalité maternelle. En vue d'améliorer la santé maternelle, l'objectif 5 du millénaire pour le développement (OMD) recommande l'accès universel à la médecine procréative. Néanmoins, en 2010, cet objectif était celui qui accusait le plus de retard parmi les huit OMD [1]. Dans plusieurs pays africains, des efforts sont ainsi consentis pour améliorer l'accessibilité des populations aux services obstétricaux, incluant la césarienne.

Le Sénégal a démarré en janvier 2005 l'initiative de subventions des soins de santé maternelle dans cinq régions pilotes choisies sur la base de la « cartographie de la pauvreté et de la prévalence du taux de mortalité maternelle » [2]. Cependant, un coût élevé de mise à l'échelle territoriale (1 890 085 000 FCFA pour ce projet) a entraîné l'abandon définitif de cette généralisation. Ainsi en 2005, la politique de santé de la reproduction était organisée selon trois niveaux :

- une politique de subvention totale des césariennes dans les centres de santé à vocation chirurgicale et dans les hôpitaux des cinq régions pilote de l'initiative (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick, Matam) ;
- une politique de subvention partielle concernant uniquement la césarienne [3] dans les autres régions du Sénégal à l'exception de Dakar ;
- une politique de paiements directs dans la région de Dakar.

L'enquête mondiale sur la surveillance maternelle et infantile réalisée entre 2004 et 2008 par l'OMS a montré un taux de césarienne de 25,7 % dont 0,01 % à 2,10 % de césariennes sans indications médicales [4]. Plusieurs travaux réalisés dans les pays du Nord se sont intéressés à l'explication des césariennes de convenance. Elles sont alors liées principalement à des

raisons financières notamment dans les cliniques privées [5], au confort des femmes [6], à une satisfaction professionnelle [7] ou à une perception erronée des antécédents obstétricaux [8].

Au Sénégal, les prévisions de césariennes ont été dépassées de 124 % depuis la mise en place de la politique de subvention [3]. Alors que « le taux idéal de césarienne » dans les hôpitaux de référence pourrait se situer entre 10 et 15 % [9], les données disponibles pour les hôpitaux de référence en 2007 [10] ont montré une variabilité importante des taux de césariennes parmi les 24 établissements de santé. Le taux moyen de césariennes dans ces hôpitaux est de 21 % au Sénégal. Cependant, il peut atteindre dans certains hôpitaux 50 % des accouchements [11].

Cet article vise à comprendre, les raisons des taux de césariennes élevés dans certaines structures de santé au Sénégal ainsi que le rôle des politiques de gestion hospitalières sur les pratiques professionnelles des personnels des maternités.

Méthodologie

Nous avons au préalable identifié dix hôpitaux au Sénégal parmi 24 dont les taux de césariennes ajustés sur les caractéristiques des hôpitaux et des patientes étaient très élevés (taux ajustés supérieurs à 21 %). Parmi ces dix établissements retenus, nous en avons choisi trois au regard de leur situation par rapport à la politique de subvention.

Deux raisons principales expliquent le choix des trois sites : (1) des taux de césariennes ajustés très élevés (tableau I), (2) ces trois sites représentent les trois niveaux de la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction au Sénégal. Ils permettent ainsi d'avoir des situations contrastées par rapport aux initiatives de gratuité des césariennes.

Pour mieux comprendre et analyser les perceptions des différents acteurs ainsi que les raisons profondes qui expliquent les taux de césariennes élevés, nous avons adopté une approche qualitative plus adaptée à comprendre ces réalités complexes. Dans chacun des trois sites nous avons ainsi effectué une série d'entretiens semi-directifs avec différents acteurs administratifs et sanitaires. Dans le site 1, nous avons effectué 14 entretiens et une séance de discussion avec un groupe de 7 femmes en rendez-vous de consultation post-césarienne. Dans le site 2, nous avons effectué 12 entretiens et deux discussions avec un groupe de 5 et 6 femmes. Dans le site 3, 12 entretiens ont été effectués ainsi qu'une visite dans deux salles postopératoire avec des discussions individuelles avec chacune des 8 femmes ayant subi une césarienne. Nous avons également effectué des entretiens au niveau du ministère de la Santé et d'autres acteurs de la santé de la reproduction au Sénégal (tableau II).

Les personnels de santé interrogés dans les trois sites et ceux du niveau central étaient informés de notre recherche avant notre arrivée. Les rendez-vous avec les femmes ayant subi une césarienne et sorties de l'hôpital furent pris par les sages-femmes qui continuaient à les recevoir dans le cadre de soins postopératoires. Les personnes interviewées ont toutes donné leur consentement verbal. Les entretiens d'une durée de 30 mn à 2 h ont tous été enregistrés. Ces entretiens semi-directifs avaient pour objectif principal de

Tableau I : Liste des sites étudiés et de leurs taux de césariennes

<i>Oct 07 – Oct 08</i>			
	<i>Taux ajustés</i>	<i>Situation par rapport à la subvention des césariennes</i>	<i>Types de structures</i>
Site 1	45,4 %	Subvention totale	SONUC*
Site 2	21,9 %	Subvention partielle	SONUC
Site 3	23,8 %	Pas de subvention	SONUC

* SONUC : soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.

Tableau II : Nombre et types d'entretiens selon les différents sites

<i>Sites et récapitulatif des entretiens</i>	<i>Site 1 (14)</i>	<i>Site 2 (12)</i>	<i>Site 3 (12)</i>	<i>Niveau central (6)</i>
Personnes enquêtées	3 directeurs à l'hôpital 1 pharmacien 1 assistant social 5 sages femmes 2 gynécologues 2 femmes enceintes	3 directeurs à l'hôpital 6 sages femmes 2 assistantes sociales 1 gynécologue	3 directeurs à l'hôpital 3 sages femmes 2 gynécologues 1 anesthésiste 1 agent du bloc	2 à la division santé de la reproduction 2 consultants (ONG) 1 directeur d'hôpital (autre) 1 directeur à la PNA *
Discussions de groupes	1 avec 7 femmes	2 avec 5 et 6 femmes	8 femmes et leurs familles	

* PNA : pharmacie nationale d'approvisionnement.

recueillir les perceptions et les représentations que ces différents acteurs avaient des taux de césariennes élevés dans leur hôpital et les raisons internes aux structures qui pouvaient expliquer ces taux. Pour comprendre l'impact des institutions hospitalières sur les pratiques professionnelles nous nous sommes intéressés à deux types de rationalité : la rationalité cognitive qui dépend de la perception que les acteurs ont d'un problème en fonction de leurs formations, de leurs expériences et des informations collectées et la rationalité institutionnelle liée aux influences qu'ont les organisations sur les acteurs qui les composent.

Nous avons également effectué une analyse documentaire à partir d'une sélection d'articles de presse (n = 8) et de rapports du ministère de la Santé (n = 3) sur les césariennes au Sénégal.

Résultats

L'analyse des différentes informations collectées a permis de mettre en évidence une différence de perception entre les acteurs en charge de la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction au Sénégal.

Les différences de perception entre les acteurs de la santé

Si la situation géographique des trois hôpitaux et les nombreuses évacuations des patients ayant des complications obstétricales constituent

selon les personnels de santé les déterminants majeurs des taux de césariennes élevés, d'autres facteurs institutionnels et organisationnels internes aux hôpitaux influencent directement les taux de césariennes particulièrement élevés dans les trois centres choisis pour cette étude. En revanche, les personnels de santé ne semblent pas percevoir cette réalité.

Perceptions des personnels de santé

Les enquêtes effectuées auprès des personnels ont montré qu'il n'existe pas selon eux d'incitations individuelles des agents à effectuer des césariennes plutôt que des accouchements par voie basse. Ils précisent que les taux de césariennes élevés dans les trois structures de santé ne s'expliquent pas par des pratiques rationnelles des prestataires d'autant qu'il n'existe pas selon eux, d'incitatifs financiers directs à effectuer plus de césariennes.

Selon un gynécologue du site 1, « nous on ne voit même pas la couleur de l'argent ni pour des primes, ni pour les médicaments. Pourquoi ferait-on alors plus de césariennes d'autant qu'on a souvent des ruptures de kits⁽⁴⁾ ? ». Un autre gynécologue précise : « Qui oserait venir me dire ici de faire plus de césariennes parce que l'hôpital en profite. Même le directeur de l'hôpital n'ose pas me demander de faire ça. Vous savez, il y va de la vie même des femmes. Ce n'est pas une activité banale de faire une césarienne ». En outre, dans ces trois sites, les personnels de santé interrogés refusent les explications liées aux facteurs institutionnels des taux de césariennes élevés. Selon un gynécologue du site 1, « il n'existe pas de raisons internes à ces taux de césariennes élevés. Nous sommes deux gynécologues dans la région et nous sommes très fatigués, trop fatigués même et si on peut faire moins de césariennes, c'est ce qui nous arrangerait. Si on en fait une c'est soit pour sauver la maman ou pour sauver le bébé. C'est tout ! ».

Le fait de travailler dans un hôpital de référence constitue le déterminant majeur qui, selon certains personnels, justifie les taux de césariennes élevés. Selon le gynécologue du site 1, « nous, nous sommes un hôpital de référence et comme vous savez nous recevons des femmes qui nous sont référées. Et donc si toutes les références étaient bien faites nous aurions 100 % de césariennes, d'accouchements dystociques et il ne devrait pas y avoir d'accouchement par voie basse, donc ce taux dont vous parlez n'est pas très élevé par rapport à cette logique ».

Sur le site 2, les sages-femmes admettent avoir surévalué les indications de césarienne du fait de l'absence de gynécologues sur le site en 2007. Cette contrainte obligeait les sages-femmes à poser les indications. Les chirurgiens se contentaient d'effectuer l'intervention. Cependant, le diagnostic de certitude n'est pas le même s'il est posé par un gynécologue, un chirurgien ou une sage-femme. Selon le gynécologue de ce site « certaines indications sont abusives car la sage-femme a sa compréhension de la chose. Elle ne veut pas prendre de risque et préfère demander au chirurgien une intervention chirurgicale ». Ce dernier ne discute pas l'indication de césarienne posée par la sage-femme et préfère lui aussi ne pas prendre de

(4) Ensemble de matériels, consommables et médicaments essentiels pour réaliser une césarienne.

risque. En outre, le manque de gynécologues en 2007 avait obligé la direction de l'hôpital à payer des heures d'astreintes aux chirurgiens qui étaient rémunérés à l'acte (nombre de césariennes effectuées). Cette réalité est confirmée par la maîtresse sage-femme qui affirme : « *il y avait beaucoup de césariennes parce qu'il n'y avait pas de gynécologues, mais depuis l'arrivée du gynécologue la situation a évolué. Si le gynécologue est de garde, il y a moins de césariennes mais c'est vrai que les sages-femmes ont tendance à augmenter les demandes de césariennes* ». Selon une autre sage-femme, « *en 2007, on n'avait pas de gynécologue et les sages-femmes étaient obligées de faire des forceps et des ventouses et dès l'instant qu'elles n'étaient pas formées pour ces pratiques, on se référait au chirurgien pour faire sortir le bébé ce qui a expliqué ces taux de césariennes élevés durant l'année 2007* ».

Cette réalité montre que les différences de qualification du personnel capable de prendre en charge les complications obstétricales peuvent influencer la pratique médicale et le recours à des interventions chirurgicales. Ces positions d'acteurs sont confirmées sur le site 3 où la présence de gynécologues en formation a contribué selon certains personnels à l'augmentation des taux de césariennes. Un personnel du laboratoire de ce site précise que « *les gynécologues en formation ont besoin de se faire la main ce qui peut les pousser à faire beaucoup de césariennes. Ils apprennent plus vite s'il y a beaucoup de césariennes* ».

Perceptions des gestionnaires et décideurs

L'étude a aussi montré que le contexte institutionnel et les contraintes des responsables de l'hôpital peuvent encourager des taux de césariennes élevés car cela permet d'augmenter les ressources financières des hôpitaux. Selon le responsable des infirmiers du site 1, « *le service de gynécologie-obstétrique est celui qui a l'activité la plus importante de l'ensemble des services de l'hôpital en termes de consultations et d'hospitalisations. Il contribue pour beaucoup à augmenter les recettes de l'hôpital* ».

En effet, pour les directions des hôpitaux publics, il est souhaitable d'avoir plus de césariennes pour recevoir plus de remboursements de la part de l'État. Le contrôle des cas de césariennes adressés au ministère de la Santé pour remboursement ne se fait pas de manière systématique. Les hôpitaux qui croulent sous le poids des dettes peuvent être tentés d'augmenter le nombre de césariennes pour recevoir plus de financements publics. Sur le site 3 par exemple, les césariennes contribuent pour une large part à l'équilibre budgétaire des comptes de la structure. En effet, la maternité et le laboratoire sont les deux piliers de l'hôpital en termes de recettes. Ils produisent selon les personnels plus de 70 % des recettes. Selon un personnel interrogé « *on dit généralement que la maternité est la vache laitière de l'hôpital. Ceci n'est pas faux vu le nombre de césariennes qu'on effectue ici et l'argent que ça doit apporter à l'hôpital. Nous sommes le service qui apporte le plus d'argent à l'hôpital et nous en sommes fiers* ». Dans cet hôpital, on observe d'ailleurs un monopole du bloc par les gynécologues.

Ce bloc SOU (soins obstétricaux d'urgence) a été institué à la création du centre. Même si entre 2004 et 2005, l'arrivée d'un nouveau médecin chef

avait ouvert le bloc opératoire à d'autres services (pédiatrie, neurochirurgie...), dès son départ, les gynécologues ont réussi à convaincre son successeur de retransformer le bloc opératoire en bloc SOU. Il faut savoir aussi que la maternité de ce site dispose de ressources humaines importantes. Il constitue le premier service de l'hôpital en termes de ressources humaines : 3 gynécologues, 12 sages-femmes et 5 à 7 gynécologues en formation, 2 anesthésistes, 3 instrumentistes et 3 aides-opérateurs. Cette ressource humaine leur donne davantage de pouvoir au sein de l'hôpital.

Selon un responsable du bloc, les gynécologues ont « *monopolisé le bloc et détiennent trop de pouvoir au sein du centre de santé* ». Il dénonce alors une « gynécologisation » du bloc et précise « *qu'un bloc opératoire est un service commun et doit bénéficier à toute la population qui a besoin d'opérations chirurgicales, il ne doit pas appartenir seulement aux gynécologues* ». Cette situation a engendré un conflit au sein du bloc entre les gynécologues et les autres personnels de santé. Pour accaparer le bloc, les gynécologues ont pu mobiliser plusieurs registres argumentaires notamment la ressource financière basée sur une rationalité instrumentale de défense de leurs intérêts au sein de l'hôpital. Ils y emploient le plus de personnels. En outre, le coût de la césarienne sur ce site est l'un des plus élevés dans les structures publiques de santé au Sénégal : il est de 90 000 FCFA. Cette maternité fournit les ressources financières de l'hôpital, non pas à travers les accouchements par voie basse (7 500 FCFA) mais surtout par l'importance du nombre de césariennes effectuées (653 en 2007) et les recettes annexes qu'elles génèrent (analyses, ticket modérateur, médicaments...) pour les caisses de l'hôpital (jusqu'à 100 000 FCFA/patient en plus). En outre, entre 2004-2005, le prix de la césarienne est passé de 45 000 FCFA à 90 000 FCFA.

Les bénéficiaires tirés de l'augmentation des taux de césariennes concernent également les deux autres sites de l'étude concernés directement par la politique de subventions des césariennes.

Dans le cadre de la politique de gratuité, les hôpitaux publics à l'inverse des centres de santé sont remboursés par transfert d'argent sur la base des césariennes effectuées l'année précédente. Le site 1 a particulièrement profité de la gratuité. Il a, contrairement aux dispositions réglementaires, reçu en dehors de dotations en ressources financières pré-positionnées, des kits au même titre que les centres de santé de districts en 2006 [3].

Sur les sites 1 et 2, seul l'acte est resté gratuit. La patiente paie l'hospitalisation à 10 000 FCFA sur le site 1 et à 7 500 FCFA sur le site 2. Les médicaments peuvent être achetés en revanche à la pharmacie de l'hôpital ou dans une pharmacie privée. En dehors de ses ressources, les patientes doivent également payer les coûts annexes de la césarienne (nourriture, transports, ordonnance...).

Les hôpitaux publics sont d'autant plus intéressés par les remboursements des césariennes qu'ils ne sont pas obligés de les dépenser ni pour les femmes enceintes, ni pour la maternité. En réalité, il n'existe pas de portefeuille spécifique dédié à la gratuité des césariennes dans les budgets des hôpitaux. Les remboursements sont directement reversés dans le budget global de l'agent comptable. Selon le comptable du site 1 « *Ils nous ont donné en tout 40 millions. 10 millions de remboursement et 30 millions de*

préfinancement. L'argent qui arrive, on l'utilise pour tout l'hôpital ! Même pour la cuisine. Moi, on me donne l'argent et je gère tout l'hôpital et vous croyez que je vais garder l'argent des césariennes alors qu'il y a des problèmes qui attendent ? ». Si le personnel de la maternité ne profite pas directement des taux de césariennes élevés et des ressources qu'ils génèrent, il faut savoir que les syndicats dans les hôpitaux régionaux exigent selon une sage-femme du site 1 que « 25 % de l'argent des césariennes soit mis à la disposition du personnel de l'hôpital ».

En fait, les hôpitaux ne sont pas les seuls à vouloir tirer profit de la politique de subventions des césariennes. Selon un personnel interrogé « *les postes ou centres de santé veulent vendre leur ticket de consultation d'abord avant de les évacuer. C'est pour ça que les femmes sont évacuées tardivement* ».

La politique de subventions profite davantage aux hôpitaux parce qu'en cas de rupture de stock des kits, les patients doivent acheter leurs propres médicaments, ce qui n'empêche pas l'hôpital de facturer à 55 000 FCFA le prix de la césarienne à l'État. Il faut savoir que depuis plus de deux ans les hôpitaux publics ne commandent plus de kits à la Pharmacie Nationale d'approvisionnement. La pharmacie de l'hôpital doit donc confectionner des kits pour les césariennes. Cependant, peu d'hôpitaux régionaux mettent encore à la disposition des maternités des kits césariennes. Pour ceux qui le font encore comme le site 2, les kits mis à disposition sont très limités et les ruptures d'approvisionnement très fréquentes.

Les personnels de santé doivent parfois acheter leurs propres kits pour pouvoir effectuer des césariennes et sauver selon eux « *la vie de la mère et de l'enfant* ». Selon un des gynécologues du site 1 « *nous sommes obligés de mettre à la disposition des femmes des kits de césariennes si nous voulons travailler. Sinon elles risquent de mourir ici par manque de kits ou kits non disponibles* ».

Discussion

Les effets inattendus de l'augmentation du personnel qualifié

Si la présence de personnels qualifiés à l'accouchement permet d'identifier et de traiter des complications obstétricales et de réduire la mortalité maternelle [12], ces mêmes personnels peuvent paradoxalement contribuer à produire des taux de césariennes élevés. Ces derniers peuvent avoir des effets contraires aux objectifs de santé publique et devenir contreproductifs en raison des taux de décès maternels importants qu'ils peuvent engendrer s'ils dépassent un certain seuil du nombre d'accouchements [13]. La pratique de la césarienne sans indication médicale augmente ainsi 5 à 7 fois la mortalité maternelle et périnatale surtout en raison des complications chirurgicales et anesthésiques [14]. En outre, le caractère informel de l'acquisition des fonctions et des compétences dans certains hôpitaux en Afrique ainsi que la banalité de certains actes au détriment de leur dimension clinique et thérapeutique [15] peuvent contribuer à l'augmentation de ces décès. Au Sénégal, si 4,7 % des femmes enceintes décèdent durant les

interventions chirurgicales, 67 % de ces décès interviennent durant la césarienne [16]. Cette situation a des effets directs sur les coûts de la prise en charge, sur les budgets des hôpitaux et sur l'image des maternités auprès des femmes enceintes.

De manière générale l'accouchement par césarienne est plus pratique pour les personnels qualifiés qu'un accouchement par voie basse. Il permet une prise en charge plus rapide car constituant un acte médical dont la durée est maîtrisée si les conditions sont réunies. Cependant, un accouchement normal n'est pas totalement maîtrisé et peut durer plusieurs heures. La pratique de la césarienne permet ainsi une meilleure gestion du plateau technique [17]. En outre, l'introduction de protocoles de soins occidentaux influe également sur l'augmentation des taux de césariennes dans les maternités sénégalaises : les indications de césarienne sont devenues plus fréquentes et les complications sont plus facilement repérées à l'échographie.

D'autres études ont montré que les taux de césariennes élevés sont liés à la présence d'un personnel de santé qualifié [18]. Au Sénégal, même si la réforme de la santé a transformé les hôpitaux en entreprises, l'intérêt institutionnel de la césarienne ne s'oppose pas à l'intérêt des personnels de santé. L'étude de Cissé *et al.* en 2004, avait mis en exergue deux autres facteurs qui influençaient l'augmentation des taux de césariennes : « *la crainte plus théorique que pratique des reproches des parents et des poursuites judiciaires* » et « *l'abandon de plus en plus par les gynécologues obstétriciens des manœuvres pour un accouchement par voie basse* » [9].

Néanmoins, plus le nombre d'obstétriciens par lit occupé est élevé, plus la probabilité de recours à la césarienne augmente [17]; les gynécologues obstétriciens ont de manière générale une tendance interventionniste plus importante que les autres personnels de santé. Par exemple, le site 3 de notre étude a profité de la fermeture de la maternité du CHU de Dakar pour renforcer son personnel. En raison de sa proximité avec la faculté de médecine de Dakar, le site bénéficie de 5 à 7 internes (médecins en formation spécialisée) en stage chaque année. Ces internes doivent pratiquer le plus de césariennes possible dans le cadre de leur formation d'autant qu'ils sont généralement de garde le soir au moment où les accouchements sont plus importants. Déjà au CHU de Dakar, Cissé *et al.* avait montré leur rôle sur l'inflation des taux de césarienne [9].

En outre, il faut savoir que la pratique de la césarienne par les personnels de santé est davantage influencée par l'image que les acteurs de santé se font de la santé maternelle dans leur région que par l'analyse de leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Cette image est alors liée à leur formation à l'université, à leurs responsabilités, aux informations reçues de la presse sur la mortalité maternelle, aux pressions des autorités, aux séminaires auxquels ils participent, etc. Dans ces différents lieux, le *leitmotiv* général est que les taux de césariennes sont très bas et qu'il faut œuvrer pour leur augmentation. Depuis la fin des années 1990, le débat « *n'est pas de voir comment réduire les taux de césarienne, mais plutôt comment les augmenter* » [19]. Les pratiques professionnelles sur la césarienne sont alors liées à un habitus professionnel et aux dispositions communes que les acteurs de santé ont de la césarienne dans leur pays. La rationalité du

médecin est limitée par l'idée qu'il se fait de la césarienne au niveau populationnel, c'est-à-dire, des taux très bas et inférieurs aux recommandations de l'OMS. Ces pratiques sont également liées à des dysfonctionnements des services de santé maternelle et à une répétition des décès maternels qui banalisent les drames [20].

L'argent des césariennes : une bouffée d'oxygène pour les hôpitaux

De manière générale les hôpitaux publics inclus dans la politique de subvention ont des incitations financières et organisationnelles à effectuer des césariennes plutôt que des accouchements par voie basse et à avoir un nombre de césariennes élevé. Le mode de rémunération des établissements de santé influe directement sur les taux de césariennes [17]. L'endettement des hôpitaux avides d'entrée d'argent liquide comme celui que procurent les taux de césariennes élevés influence la gestion des hôpitaux à travers les pressions sur les personnels, les primes, les récompenses, les salaires, les promotions, les mutations, la supervision du staff, les réunions, les notes de services, etc. [3]. Au Sénégal, les services de la maternité ne font pas exception à ces types de pressions. Les institutions exercent de manière générale une action contraignante sur les acteurs de santé. Cette action est intégrée dans la vision du monde et les priorités que les directions ont de leurs hôpitaux. Les personnels de santé cherchent parfois à s'en détourner, à les contourner ou bien à les accepter pour les mobiliser en tant que ressource dans le jeu des acteurs au sein de l'hôpital. Ainsi, les moyens financiers qu'apportent les taux de césariennes élevés constituent une ressource politique que peuvent mobiliser les personnels de la maternité pour faire pression ou réclamer des avantages sur d'autres services de l'hôpital.

Les maternités « vaches laitières des hôpitaux »

Indépendamment de la politique de subvention des césariennes, les maternités apportent des recettes importantes aux hôpitaux. C'est le cas des recettes que procurent les césariennes et qui sont généralement supérieures aux frais réels engagés par les hôpitaux. Selon Sène, le coût du personnel directement impliqué dans la prise en charge d'une césarienne est de 14 347 FCFA en 2005 au CHU de Dakar. À cela l'auteure ajoute l'ensemble des coûts directs et indirects que sont l'hospitalisation, la consommation de gaz, les fournitures de bureau, les produits d'entretien, etc. qui ne dépassent pas 63 864,53 francs [21]. Cependant, la césarienne est facturée 90 000 FCFA dans le site de recouvrement des coûts et que dans les deux autres, les hôpitaux sont remboursés 55 000 FCFA sans compter l'hospitalisation prise en charge par les patientes et le personnel ainsi que les frais d'entretiens payés par l'État. Ces deux catégories d'hôpitaux gagnent donc financièrement à avoir des taux de césariennes élevés.

Sur le site 3, la logique de l'initiative de Bamako [22] est rigoureusement appliquée et génère des fonds importants. Ceux-ci sont destinés particulièrement aux salaires et à la motivation des personnels de santé. Ils permettent aussi de financer les réfections de bâtiment, du matériel et l'amélioration de la qualité des services.

En raison de ces ressources, les personnels de ce site considèrent généralement que « *la santé ne peut être gratuite et que les populations doivent aussi payer et participer au recouvrement des coûts. Il faut qu' ils sachent que la santé a un coût* ». En effet, plus elles paient, plus les recettes de l'hôpital augmentent et plus les personnels espèrent des avantages financiers plus importants des directions des hôpitaux. Ces représentations influent directement sur leurs pratiques professionnelles. Il en est ainsi de la circulation des idées et des représentations que les personnels ont de la césarienne et des recettes qu'elles procurent à l'hôpital. Même si selon les gynécologues, les taux de césariennes sont en rapport direct avec les indications médicales, ils savent également que ces taux élevés procurent des recettes importantes aux hôpitaux et par la même occasion aux personnels à travers les salaires, les primes et l'augmentation de leur qualité de travail. Cet ethos institutionnel conduit à des rationalités cognitives où les acteurs de santé agissent davantage en fonction de leur situation de salariés et de leurs connaissances des sources de financements du centre de santé que de leur éthique professionnelle.

L'intérêt des hôpitaux à déclarer plus de césariennes

Plusieurs travaux ont déjà montré comment les subventions des soins peuvent entraîner des fournitures de services au-delà du nécessaire médicalement recommandé [23] et comment les hôpitaux gagnent en faisant des accouchements par césarienne dans des contextes de paiements directs [24] et la manière dont les déterminants non médicaux et notamment financiers influent sur les taux de césariennes [25].

Selon Witter *et al.*, les hôpitaux régionaux au Sénégal gagnent financièrement dans la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne : « *ils reçoivent en espèces quelques 61\$ US [environ 40 000 FCFA] de plus que ce que leur coûte une césarienne et 77\$ [50 000 FCFA] de plus que ce qu' ils avaient l'habitude de facturer pour ces dernières* ». En plus de cela, les patientes doivent payer elles-mêmes les soins annexes. Toujours selon ces auteurs « *plus de financements que nécessaires ont été distribués pour les césariennes : couverture excédentaire de 18 % pour 2005. Entre 2005 et 2006, plus d'argent que le nombre de césariennes effectuées a été versé aux hôpitaux. Ces surplus sont de 18 % en 2005 et 30 % en 2006* » [26].

Ces recettes que procurent les césariennes sont d'autant plus opportunes que la majorité des hôpitaux sénégalais sont proches de la cessation de paiement. À la fin 2007, le montant total de l'endettement des établissements hospitaliers atteignait plus de 12 milliards de FCFA. Selon le ministère de la Santé, « *l'inefficience et les difficultés financières des hôpitaux sont très largement liées à un accroissement des dépenses de personnel, lui-même le produit d'une augmentation des effectifs sans rapport avec la production, et d'un accroissement du coût salarial moyen. Les responsables de cette situation sont les directions des hôpitaux et les anciens comités (qui ont régularisé les personnels payés par les comités) et l'État qui a obligé les EPS à payer les mêmes primes que les étatiques pour éviter des remous sociaux* » [2].

Le fait de rembourser les hôpitaux publics plus que ce que ne leur coûte la césarienne a pu entraîner des surdéclarations de césariennes. Cependant, 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. En outre, les directions ne sont pas obligées d'affecter ces remboursements à la gestion des césariennes ce qui entraîne une invisibilité de ces ressources au sein des hôpitaux. Cette forme de mise en œuvre réduit ainsi l'efficacité de la politique de subvention des césariennes et retarde l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle.

Conclusion

Les taux de césariennes élevés sont généralement avantageux pour les structures de santé quel que soit leur niveau dans la pyramide sanitaire et dans l'exemption des paiements. En n'améliorant pas nécessairement la santé des mères et de leurs enfants, les taux de césariennes élevés influent aussi sur l'image que les populations ont de l'hôpital. Si les femmes enceintes ne sont pas directement intéressées par ces taux de césariennes élevés et n'ont pas d'avis sur la question des taux élevés, elles considèrent cependant les hôpitaux de référence comme des « mouirois » non pas en raison de l'incompétence des personnels mais des taux de césariennes élevés qui entraînent par la même occasion des taux de décès maternels importants. Les femmes sont davantage préoccupées par les coûts de ces césariennes, officiellement « gratuites » mais qui entraînent des dépenses supplémentaires non prévues⁽⁵⁾.

En outre, la charge de travail importante qu'entraînent les taux de césariennes élevés influe également sur la qualité des soins. Les mesures d'accompagnement de la politique de subventions des césariennes ne concernent pas le renforcement du personnel pour gérer l'augmentation de la charge de travail engendrée par l'accroissement de l'utilisation des services. Même s'il est nécessaire d'augmenter les taux au niveau populationnel, la césarienne ne doit pas représenter un acte banal pour les personnels de santé. Qu'il s'agisse de paiements directs ou d'exemptions des coûts, les césariennes doivent davantage prendre en compte les besoins des femmes plutôt que les intérêts des hôpitaux et de leurs personnels.

L'analyse de ces taux de césariennes élevés appelle alors à repenser en profondeur la politique de santé de la reproduction au Sénégal. Elle nous éclaire sur le fossé abyssal entre les représentations des différents acteurs en charge de la gestion de la santé de la reproduction au Sénégal. Chacun de ces acteurs a sa propre vision des soins de santé maternelle. Le travail de base doit alors consister à produire un référentiel commun de cette politique pour que les différents acteurs aient une même compréhension de la politique et les mêmes visions de la santé maternelle. Il constitue l'un des seuls moyens d'avoir une mise en œuvre uniforme de cette politique, de limiter l'augmentation des taux de césariennes aux seules indications médicalement justifiées en vue de renforcer les efforts en matière d'atteinte de l'OMD 5 sur la réduction des taux de mortalité maternelle de 3/4 d'ici à 2015.

(5) Ces perceptions des différents acteurs vis-à-vis de la politique de gratuité des césariennes sont analysées dans le cadre d'un autre article à paraître.

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.un.org/fr/mdg/summit2010/>
2. Ministère de la Santé et de la prévention médicale. Évaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal. Dakar, 2007 ; 74 p.
3. Ndiaye O, Dieme E. Évaluation des initiatives de subventions et du fond social. Rapport final. Ministère de la Santé et du fonds social, direction de la santé, Projet ABT, Comité de pilotage de l'étude, 2007 ; 175 p.
4. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf
5. Gregory KD, Ramicone E, Chan L. Cesarean deliveries for Medicaid patients: A comparison in public and private hospitals in Los Angeles County, *Am J Obstet Gynec* 1999;80(5):1177-84.
6. Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;94:262-8.
7. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996;347:544.
8. Souza JP, Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medecine* 2010;8:1186-1741.
9. Cissé CT, Ngom PM, Guissé A. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1925 et 2001. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2004;32:210-7.
10. Dumont A, Fournier P, Fraser P. QUARITE (quality of care, risk management and technology in obstetrics): a cluster-randomized trial of a multifaceted intervention to improve emergency obstetric care in Senegal and Mali. *Trials* 2009;10:85.
11. Briand V, Watier L, Abrahamowicz M, Traore M, Fournier P, Dumont A. Déterminants individuels et institutionnels du recours à la césarienne au Sénégal et au Mali – Congrès de l'ADELF (Association Des Épidémiologistes de Langue Française), septembre 2010, Marseille, France.
12. DuBay L, Kaestener R, Waldman T. The impact of mal practice fears on cesarean, *Journal of health economics* 1998;49:522.
13. GruBer J, Klm J, Mayzln D. Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery, *Journal of health economics* 1999;8:473-90.
14. Belizan JM, Althabe F, Barros C F. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study, *BMJ* 1999;319:1397-402.
15. Jaffré Y, Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans des services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey). *Journal International de Bioéthique* 2003;14(1):101-19.
16. Bouillon D, Fournier G, Gueye A, et al. Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. *Cahiers Santé* 1994;4:399-406.
17. Milcent C, Rochut J. Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France, *Revue économique* 2009;2:489-506.
18. Cissé CT, Faye EO, De Bernis, et al., 1998, Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. *Cahiers santé* 1998 ; 8, p. 374.
19. Murray SF, Pearson SC. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. *Social science and medicine* 2006;62:2205-15.
20. Jaffré Y, Diallo Y, Vasseur P et al. La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétriques d'Afrique de l'ouest. Tours : Faustroll, 2009, 283 p.
21. Sène CS, Le Kit de césarienne à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar : utilisation, effets sur le pronostic materno-fœtal et perspectives de pérennisation. Mémoire pour le certificat d'études spéciales en gynécologie obstétrique, 2005 ; 50 p.
22. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. UN agenda inachevé. *Health nutrition and population*, Discussion paper, octobre 2004 ; 54 p.
23. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Survival Series steering group (inc Campbell, OMR) Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006;368(9542):1189-200.
24. Shah A, Fawole B, et al. Cesarean delivery outcomes from WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Inter J Gynec and Obst* 2009;1-7.
25. Deneux-tharax C, Carmona E, Bouvier-colle M-H., Bréart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery, *Am J Obstet Gynec* 2006;08(3):54-548.
26. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2008;25:185-221.