



Article Original

Satisfaction des Prestataires des Soins Vis-À-Vis de l'Implémentation des Kits Obstétricaux d'Urgence dans les Districts de Santé de Maroua – Cameroun

Satisfaction des prestataires des soins vis-à-vis de l'implémentation des Kits obstétricaux d'urgence dans les districts de santé de Maroua – Extrême Nord Cameroun

Nguefack Félicitée^{1,2}, Fouejio Jeanne Hotence^{1,3}, Fodoung Wamba Danny Stève⁴, Djoumessap Djoyou Christine Marquise⁵, Fouelifack Ymele Florent³, Dongmo Roger⁶.

RÉSUMÉ

Introduction. L'implémentation de la politique des kits obstétricaux (KOU) démotiverait certains personnels de santé dans les formations sanitaires dès lors que les recettes sont affectées et qu'il y a un manque à gagner. **Méthodes.** Une enquête a été conduite auprès du personnel impliqué dans la mise en œuvre des KOU dans les districts de santé de Maroua afin d'apprécier leur satisfaction vis-à-vis de cette stratégie. **Résultats.** Presque tous les personnels interviewés (93,2%) reconnaissaient l'utilité des KOU. Certains (70,2%) affirmaient qu'ils renforçaient la confiance des populations vis-à-vis des prestataires de soins; cependant, 39,7% se plaignaient de la surcharge en travail et 61,4% de la baisse des revenus. Plus de la moitié de ces personnels (53,0%) réclamait une augmentation de leur rémunération « motivation », 68,6% suggéraient que soient allouées des primes de performance basées sur le nombre d'accouchements réalisés. Une minorité (23,0%) proposait l'abandon des kits au profit de l'ancien système de paiement des soins obstétricaux. **Conclusion.** La mise en place d'un mécanisme d'intéressement des intervenants dans l'opérationnalisation de la politique des KOU est une nécessité. Il est crucial de renforcer la redevabilité du personnel vis-à-vis des utilisatrices et du système de santé afin de fiabiliser et de pérenniser le processus d'implémentation des KOU ; condition pouvant conduire à une réduction appréciable de la mortalité maternelle et néonatale.

ABSTRACT

Introduction. The implementation of Emergency Obstetrical Kits (E.O.K.) policy will lead to lack of motivation of some health personnel in health services, given that the revenue is affected with the loss of gain. **Methods.** A study has been carried out with some health personnel involved in the implementation of the E.O.K. policy in Maroua health districts. This was to evaluate their satisfaction with respect to this strategy. **Results.** Almost all the personnel interviewed (93.2%) recognized the utility of the E.O.K. Some (70.2%) approved its role in strengthening the confidence of the population towards the health care providers; however, 39.7% complained of work overload and 61.4% of the drop in revenue. More than half (53.0%) claimed an increase in their revenue "motivation", 68.6% suggested an allocation of subsidies based on the number of deliveries realized. A minority (23.0%) proposed withdrawal on the E.O.K. policy in favour of the former system of payment for obstetric care. **Conclusion.** The putting in place on a profit-sharing system among stakeholder involved in the implementation of the E.O.K. system is a necessity. It is crucial to reinforce the accountability of the personnel with respect to the users and the health system in order to increase the reliability and sustainability of the E.O.K. implementation process; a condition which could lead to a considerable decrease in neonatal and maternal mortality rate.

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ; BP. 4362

³Hôpital Central de Yaoundé

⁴Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamedia

⁵Institut Supérieur de Technologie Médicale

⁶Hôpital de District de Efooulan Yaoundé,

Correspondance: Nguefack

Félicitée : Faculté de

Médecine et des Sciences

Biomédicales, Université de

Yaoundé I, BP 1364,

Yaoundé, Cameroun

Tel: 00 (237) 99 59 14 08.

Email dongfel@yahoo.fr

Mots clés. Kits obstétricaux d'urgence, accouchement, paiement des soins, satisfaction, motivation, personnels.

Keywords. Emergency obstetrical kits, delivery, user fees, satisfaction, motivation, health worker.

INTRODUCTION

D'après les résultats des enquêtes de démographie et de santé au Cameroun, les ratios de mortalité maternelle et surtout néonatale restent élevés, bien que l'on note une baisse ces dernières années (1,4–6). La zone septentrionale qui loge le district de santé de Maroua plus particulièrement à l'Extrême-Nord enregistre le plus grand nombre de décès maternels et néonatal (9). La majeure partie des décès serait évités avec des moyens simples (2). Il est établi que le renforcement des mécanismes favorisant les accouchements par un personnel qualifié dans une formation sanitaire, est une stratégie permettant de réduire significativement cette

mortalité (3). Cependant, seuls ces mécanismes en place, ne suffirait pas pour permettre d'atteindre les résultats escomptés (4). D'importants obstacles à l'accès aux soins, au rang desquels le financement direct des soins par les utilisateurs ont été rapportés (5). A cause des difficultés financières, la prise en charge immédiate des complications des accouchements est limitée. Le gouvernement Camerounais s'est engagé comme le recommande l'OMS, à ne plus faire partie des pays qui ont un fort taux de mortalité maternelle et néonatale, c'est-à-dire des taux situés au-delà du double de la moyenne mondiale (2). Une campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle (CARMA) a ainsi été lancée en 2010 et la mise en œuvre des kits

obstétricaux d'urgence (KOU) constituait l'une des stratégies retenues pour l'atteinte de ses objectifs. La genèse des KOU découle aussi de l'expérience empruntée à d'autres pays africains, où leur implémentation a permis d'enregistrer des baisses substantielles de la mortalité maternelle et néonatale (6,7). Au Cameroun, la stratégie de pré-positionnement des KOU s'était faite initialement dans le cadre du Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique (PASSAGE) implémenté dans les régions du Septentrion depuis 2011. Cependant, sa mise en œuvre ne bénéficiait surtout qu'aux utilisatrices car, en dehors de la contribution financière juste pour l'acquisition des KOU, aucun autre frais ne devrait plus leur être exigé à l'exception de celui inhérent à une éventuelle transfusion sanguine. Dès lors, les kits sont donc devenus une menace pour les recettes affectées des formations sanitaires. A l'opposé des précautions que les autorités ont prises ailleurs (8), l'implémentation de la politique des KOU n'était pas accompagnée des mesures incitatives et d'un recyclage du personnel de santé sur ses directives dans le contexte local. Une insuffisance de maîtrise des KOU associée à une insatisfaction engendrée par le manque à gagner occasionné par la diminution des cote-parts du personnel pouvait ainsi altérer la qualité des soins offerts aux mères. Au Malawi, une insuffisance du développement des ressources humaines était à l'origine de la mauvaise performance du personnel de santé ; ce qui a entraîné une faible rétention dans le système de soins obstétricaux (9). Dans notre milieu, les rapports des supervisions relèvent les abandons du travail depuis la mise en œuvre de la politique des KOU ; d'où la présente étude qui visait à décrire la satisfaction du personnel impliqué dans sa mise en œuvre.

MÉTHODOLOGIE

L'étude transversale descriptive s'est déroulée dans 10 maternités des formations sanitaires des trois Districts de Santé de Maroua. L'une, l'Hôpital Régional (HRM) offre les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) et les 9 autres les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB). Les personnels soignant de la maternité, du bloc opératoire et de la pharmacie ont participé à l'étude. Nous avons compté le nombre d'accouchements simples dans la maternité et les césariennes réalisées durant la période antérieure à l'implémentation des KOU, c'est-à-dire entre 2006 - 2008 et, durant les années 2012 - 2014, période de mise en œuvre de la politique des KOU à l'HRM. Il s'agit ici de la structure représentant la plus grande maternité de la région. Nous n'avons pas recensé les données de 2009 à 2011 période que couvrait le projet PASSAGE et durant laquelle le suivi dans les registres obstétricaux n'était pas valablement assurée.

Structuration de l'entrevue du personnel soignant

Les données quantitatives récoltées portaient sur la fréquentation des formations sanitaires concernées par l'étude. Quant à l'enquête qualitative, elle a été conduite à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré permettant

d'apprécier la satisfaction des prestataires de soins. La série d'entretiens effectués avec ces derniers abordait l'utilité des KOU, la pertinence de la pérennisation de la mise en œuvre des KOU, les problèmes occasionnés par les KOU ainsi que la satisfaction du personnel impliqué dans leur mise en œuvre. C'est ainsi que les répondants devaient dire si les kits amélioraient la prise en charge des accouchements et quelles étaient leurs suggestions pour l'amélioration de la politique des KOU.

Analyses statistiques

Les variables quantitatives étaient estimées selon la fréquence. Le récit des répondants était enregistré et secondairement, il était transcrit exactement à l'aide du logiciel Microsoft Word.

RÉSULTATS

Fréquence des accouchements et de césariennes avant et pendant l'utilisation des KOU

Le taux d'accouchements dans les formations sanitaires avait augmenté de plus de 70% six mois après le démarrage de l'implémentation des KOU (figure 1).

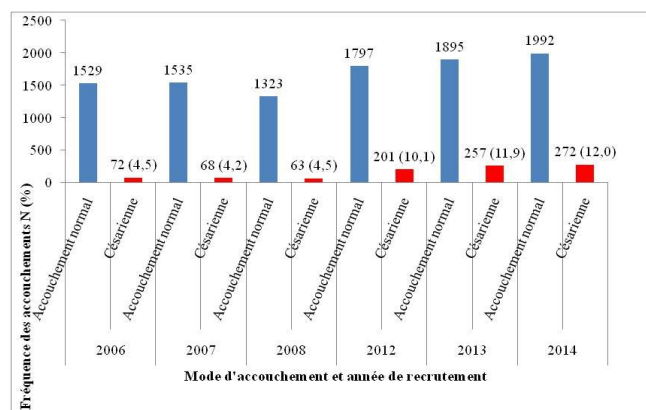


Figure 1 : Fréquence annuelle des accouchements simples et des césariennes à l'Hôpital Régional de Maroua avant (2006-2008) et pendant l'implémentation des KOU (2012-2014).

Appréciation de la pertinence et la pérennisation des KOU : enquête de satisfaction

Presque tous les répondants (93,2%) reconnaissaient l'utilité des kits, certains (70,2%) avaient affirmé qu'ils renforçaient la confiance de la population. Cependant, 39,7% se plaignaient d'une surcharge de travail ; tandis que 61,4% avaient mis en avant une baisse des revenus. Par ailleurs, 38,2% faisaient valoir une dégradation de la qualité des soins. Une faible proportion (18,6%) signalait qu'ils abandonnaient parfois leur poste de travail tandis que, 24,1% révélaient que par moment, les soins en principe gratuits étaient monnayés. Quant à leurs attentes, 37,0% des personnels souhaitaient que les kits soient maintenus à leur état ; 74,0% suggéraient d'en augmenter le contenu ; 68,0% réclamaient l'instauration d'une prime de performance et 53,0% un intéressement qu'ils désignaient par une « motivation ». Une minorité (14,3%) était en faveur de la gratuité des soins obstétricaux (Figure 2).

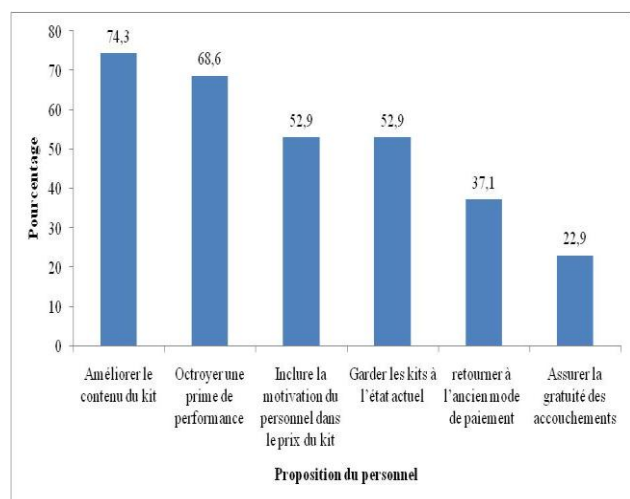


Figure 2 : Suggestions faites par le personnel de santé pour l'amélioration de la mise en œuvre des Kits obstétricaux et néonataux d'urgence.

Synthèse du récit de certains personnels de santé : étude qualitative

Il en découlait de la question qui permettait de savoir si les kits amélioreraient la prise en charge des accouchements, des propos suivants.

« Les kits ont amélioré la fréquentation des formations..., mais, il y a aussi une augmentation en volume de travail ; la motivation des accoucheurs et du chirurgien doit être revue » un gynécologue.

« A mon avis, les kits obstétricaux ont apporté un plus à notre structure ..., sauf que beaucoup reste à améliorer surtout en ce qui concerne les médicaments ... » un infirmier IDE.

« Nous ne sommes pas satisfaits des kits ... la mauvaise gestion et de l'insuffisance des produits » un IBA.

« La fréquentation du centre ... s'est améliorée depuis l'introduction du kit, mais elle baisse à cause de l'insécurité ... empêchant l'équipe de garde de continuer le travail » un IDE.

« Le kit est utile..., mais le sulfate de magnésium est périmé et nous sommes obligés de le faire payer par la parturiente Il faut améliorer le contenu en supprimant la Bétadine et en y incluant le Cyteal, le fer et l'acide folique pour les accouchés qui n'ont jamais fait de CPN » un IBA.

« Les accouchements sont plus pratiqués dans les centres de santé ne disposant pas les kits, ...ils sont moins coûteux (1000 frs à 2000 frs par accouchement). A l'Hôpital Régional on reçoit plus de cas de complications » un IBA.

« ...on peut améliorer la motivation du personnel en accordant les primes de performance » un IBA.

« ... le kit n'aide pas, car certains contenus sont inutiles et chers. Les kits ne sont pas à la portée du camerounais qui vit avec moins de 500 frs par jour. Cela met les accoucheurs en conflit avec les accouchés » un IBA.

« ...il faudrait rendre gratuits les accouchements et les césariennes et augmenter ... le matériel » un AS.

« Il n'y a pas de motivation ... avec les kits, même après 100 accouchements » un AS.

« La motivation est minable par rapport au travail fourni » un AS.

DISCUSSION

L'étude visait à rechercher si les personnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de la politique des KOU y adhéraient et éventuellement leurs intentions après son implémentation. La politique des KOU vise à améliorer la prise en charge des accouchements (7). Elle a été développée dans le but de réduire la mortalité dans les groupes à risque, en agissant contre le troisième retard aux soins (12). En effet, la situation de la pauvreté dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun serait particulièrement déplorable. Cette région concentraient en 2014, près de 30% de la population du Cameroun, avec un taux de pauvreté de près de 60% (8). Le gouvernement camerounais s'est engagé à atteindre les objectifs de développement durable pour la réduction du taux de mortalité maternel et néonatal au-dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes (2). En 2010, il a lancé la mise en œuvre des KOU au début de la campagne accélérée de réduction de la mortalité maternelle (CARMA). Cependant, leur implémentation a pu constituer une source de d'insatisfaction du personnel de santé, dès lors que les recettes affectées font l'objet d'une baisse et qu'il est apparu un certain manque à gagner du fait de la diminution des quotes-parts.

Avant l'implémentation des KOU, les parturientes payaient leurs médicaments et consommables ainsi que les frais d'accouchement qui s'élevaient à 3000 francs dans les centres de santé intégrés (CSI) et 6000 francs à l'Hôpital. Les frais de césarienne s'élevaient pour leur part à 80 000 Francs hors mis les médicaments et consommables. Dans la plupart des formations sanitaires, les familles payent les actes de leurs poches (13). Cette situation engendrerait des dépenses plus qu'importantes (dites catastrophiques) en soins obstétricaux d'urgence (5). Dans le contexte de l'étude, les recettes générées par les actes étaient totalement utilisées pour le fonctionnement des formations sanitaires. A l'hôpital par exemple, 30% des frais d'accouchement et de césarienne étaient redistribués aux personnels sous forme de quote-part mensuellement. Chaque accouchement simple ou chaque césarienne rapportait à un personnel une somme d'environ 1800 francs et 24000 francs respectivement. Avec la politique des KOU, il ne perçoit plus que 1500 francs ou 4450 francs respectivement, soit un manque à gagner de 300 francs par accouchement et de 19550 francs par césarienne. Cette situation démotiverait certains anciens agents de santé, à l'instar de ces aides soignant qui déclaraient qu'« Il n'y a pas de motivation ... avec les kits, même après 100 accouchements » ou que « la motivation est minable par rapport au travail fourni ». Néanmoins, 77% pensaient qu'il fallait maintenir ce système de KOU; ce qui traduirait un certain degré de satisfaction. Toutefois, plus de la moitié (68,6%) suggérait qu'il était nécessaire d'accorder une prime de performance au vu de l'augmentation du volume de travail.

Dans notre contexte, comme dans la plupart des pays qui ont réformé le secteur santé en instaurant la gratuité des

soins, les faiblesses sont importantes dans l'implémentation de la politique des KOU à la cause de l'insuffisance de sa maturité (14). La gratuité des soins augmenterait significativement l'utilisation des services obstétricaux (15). Par contre elle aurait des effets négatifs sur l'intéressement financier et la motivation des personnels de santé, et altérerait aussi la qualité des soins (16). En Uganda, la gratuité des soins a été accompagnée d'une réflexion et d'une mise en place de mécanismes de motivation des prestataires de soins dans le cadre du passage à la gratuité des soins (17). La motivation ne serait pas seulement financière, il s'agirait d'une situation complexe qui fait appel à une composante intrinsèque comme il a été démontré en Tanzanie (18). Cette motivation, à la fois intrinsèque et extrinsèque, permettrait d'améliorer la qualité d'accueil des personnels et de susciter même la demande des utilisatrices des soins. Il a été démontré que la subvention des paiements des soins détériorait les relations soignant-soignée (19). Dans un contexte de gratuité des soins, les auteurs ont relevé également que 65% des utilisatrices payaient encore pour certains aspects des soins, y compris les médicaments et les consommables (20). Sur notre site d'étude, les normes disposent entre autre qu'aucun autre frais ne soit exigé aux familles en dehors des frais de remboursement des KOU, bien que certains composants y manquent. Cette situation a le mérite de restreindre les dessous de table. Les soignants dans ce cas, remettent des ordonnances aux bénéficiaires pour l'achat du produit manquant à la place d'un bon qui servirait à l'acquiescer dans le compte du subsidé. Plusieurs études ont montré que les directives de la politique des soins gratuits ne sont pas toujours respectées (21,22). Au Burkina Faso, l'insuffisance des fonds alloués pour les subsides avait constitué une entrave à l'implémentation de la politique de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale (15). Il serait important dans ces circonstances, de prendre d'autres mesures afin de réduire les écarts dans l'offre de soins si le gouvernement veut limiter les dépenses des utilisatrices (10). Une bonne gestion des ressources humaines améliorerait néanmoins leurs performances (24). Elle passerait entre autre par la mise en place des mécanismes d'émulation du personnel, le complément salarial, le sens de l'obligation du changement (24).

CONCLUSION.

La mise en place d'un mécanisme d'intéressement des intervenants dans l'opérationnalisation de la politique des KOU est une nécessité. Il est crucial de renforcer la redevabilité du personnel vis-à-vis des utilisatrices et du système de santé afin de fiabiliser et de viabiliser le processus d'implémentation des KOU devant conduire à une réduction appréciable de la mortalité maternelle et néonatale.

Conflit d'intérêt : aucun

Contribution des auteurs

NF a initié le travail de thèse qui a donné lieu à ce travail, elle a élaboré le draft du manuscrit ; FJH, FWD,

DDCM, FYF, et ont relu le manuscrit, DR a supervisé la rédaction du document.

Remerciement. Les auteurs remercient le staff des formations sanitaires du district de santé de Maroua pour leur collaboration.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization, UNICEF. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015;
2. OMS. Mortalité maternelle [Internet]. WHO. 2014 [cité 29 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>
3. De Brouwere V, De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West? *Trop Med Int Health*. 1 oct 1998;3(10):771-82.
4. Mh B-C. [Maternal mortality in developing countries: statistical data and improvement in obstetrical care]. *Med Trop Rev Corps Sante Colon*. 2003 2002;63(4-5):358-65.
5. Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, et al. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy Plan*. juill 2009;24(4):289-300.
6. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. *Stud Health Serv Organ Policy Ser*. 2008;24:167-98.
7. Ouma MN, Chemwolo BT, Pastakia S, Christoffersen-Deb A, Washington S. Pilot study of single-use obstetric emergency medical kits to reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet*. 1 oct 2012;119(1):49-52.
8. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. nov 2011;26 Suppl 2:ii30-40.
9. Bradley S, McAuliffe E. Mid-level providers in emergency obstetric and newborn health care: factors affecting their performance and retention within the Malawian health system. *Hum Resour Health*. 2009;7:14.
10. De Brouwere V, Delvaux T, Leke R. Achievements and lessons learnt from facility-based maternal death reviews in Cameroon. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 sept 2014;121:71-4.
11. Institut National de la Statistique (INS). Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001- 2014 [Internet]. 2014 [cité 27 août 2016]. Disponible sur: <http://www.statistics-cameroon.org/news.php?id=334>
12. De Brouwere V. Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. 2000;
13. Gohou V, Ronsmans C, Kacou L, Yao K, Bohoussou KM, Houphouet B, et al. Responsiveness to life-threatening obstetric

- emergencies in two hospitals in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Trop Med Int Health*. 1 mars 2004;9(3):406-15.
14. Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Tashobya CK, et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan*. 11 janv 2011;26(suppl 2):ii16-ii29.
 15. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. 11 janv 2011;26(suppl 2):ii30-ii40.
 16. Hatt LE, Makinen M, Madhavan S, Conlon CM. Effects of User Fee Exemptions on the Provision and Use of Maternal Health Services: A Review of Literature. *J Health Popul Nutr*. déc 2013;31(4 Suppl 2):S67-80.
 17. Tashobya CK, Ssengooba F, Cruz VO, Yates R, Murindwa G, McPake B. Health systems reforms in Uganda: processes and outputs. London school of hygiene and tropical medicine. Health systems development programme (HSD); 2006.
 18. Prytherch H, Kakoko DCV, Leshabari MT, Sauerborn R, Marx M. Maternal and newborn healthcare providers in rural Tanzania: in-depth interviews exploring influences on motivation, performance and job satisfaction. *Rural Remote Health*. 2012;12:2072.
 19. Samb OM, Belaid L, Ridde V. Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanit Enjeux Prat Débats*. 1 juin 2013;(35):34-43.
 20. Pearson L, Gandhi M, Admasu K, Keyes EB. User fees and maternity services in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. déc 2011;115(3):310-5.
 21. Ridde V, Diarra A. A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Serv Res*. 2009;9:89.
 22. Agyepong IA, Nagai RA. « We charge them; otherwise we cannot run the hospital » front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*. 1 mars 2011;99(3):226-33.
 23. Ben Ameer A, Ridde V, Bado AR, Ingabire M-G, Queuille L. User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso: the need for careful implementation. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:412.
 24. Dieleman M, Gerretsen B, van der Wilt GJ. Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review. *Health Res Policy Syst*. 2009;7:7.

Tableau 1 : Disponibilité des ressources et mise en œuvre des KOU par le personnel de santé

	N	%
Les médicaments sont-ils disponibles en permanence dans les pharmacies de votre formation sanitaire ? (N = 57)	Non	20 35,1
	Oui	37 64,9
Les protocoles des soins sont-ils disponibles votre formation sanitaire ? (N= 56)	Non	16 28,6
	Oui	40 71,4
La mise en œuvre des KOU a-t-elle amélioré la disponibilité des médicaments (N=53)	Non	16 30,2
	Oui	37 69,8
La mise en œuvre des KOU a-t-elle réduit les coûts des soins ? (coût connu et uniforme N = 58)	Non	16 27,6
	Oui	42 72,4
Le personnel est-il engagé dans la mise en œuvre des kits (N = 54)	Non	20 37,0
	Oui	34 63,0
La mise en œuvre des KOU a-t-elle réduit le délai de prise en charge des urgences (N = 50)	Non	10 20,0
	Oui	40 80,0
Y a-t-il une vente parallèle des médicaments aux parturientes dans votre formation sanitaire (N = 58)	Non	17 29,3
	Oui	41 70,7
La mise en œuvre des KOU a-t-elle facilité l'accès aux soins de l'accouchement par les femmes pauvres ? (N = 59)	Non	17 28,8
	Oui	42 71,2
La mise en œuvre des KOU a-t-elle favorisé une augmentation du nombre d'accouchement (N = 53)	Non	21 39,6
	Oui	32 60,4
Pensez-vous que la mise en œuvre des KOU aurait favorisé la confiance des populations vis-à-vis des accoucheurs ? (N = 57)	Non	17 29,8
	Oui	40 70,2

KOU= Kits obstétricaux et néonataux d'urgence

Tableau 2 : Appréciations des répondants et comportement vis-à-vis de l'implémentation des KOU

Variables	N	%
L'insuffisance des médicaments constitue-t-elle un obstacle à la mise en œuvre des KOU dans votre formation sanitaire ? (N = 59)	Non	24 40,7
	Oui	35 59,3
Pensez-vous que la surcharge en travail liée à l'augmentation du nombre d'accouchements vous démotiverait-elle ? (N = 58)	Non	35 60,3
	Oui	23 39,7
Etes-vous contre la politique des KOU ? (N = 54)	Non	27 50,0
	Oui	27 50,0
La diminution des quotes-parts influencerait-elle la qualité de votre travail? (N = 57)	Non	22 38,6
	Oui	35 61,4
L'insuffisance des composantes des KOU vous oblige-t-elle à ne pas utiliser les KOU? (N = 57)	Non	41 71,9
	Oui	16 28,1
Il y a-t-il une dégradation de la qualité des soins du fait de la mise en œuvre des KOU ? (N = 55)	Non	34 61,8
	Oui	21 38,2
Pensez-vous que les complications infectieuses augmentent du fait du manque des antibiotiques dans les KOU ? (N = 59)	Non	29 49,2
	Oui	30 50,8
Vous arrive-t-il d'abandonner votre travail parce que les quotes-parts ont baissé? (N = 59)	Non	48 81,4
	Oui	11 18,6
Le personnel prend-t-il de l'argent aux femmes malgré la mise en œuvre des KOU ? (N = 58)	Non	44 75,9
	Oui	14 24,1

KOU= Kits obstétricaux et néonataux d'urgence