



Surveillance des
Décès
Maternels/Néonataux et
Riposte

RAPPORT ANNUEL

BENIN 2021



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS/NÉONATALS ET RIPOSTE

RAPPORT ANNUEL BENIN 2021



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



Cette page est laissée vierge intentionnellement

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles	vi
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Préface	xi
Remerciements	xii
Financement	xiii
Résumé	xiv
Contexte et Justification	1
I. Objectifs	5
1.1. Objectif général	6
1.2. Objectifs spécifiques	6
II. Méthodologie	8
2.1. Cadre de l'étude	9
2.2. Cadre d'analyse	10
2.2.1. Définition de concepts	10
2.2.2. Cycle d'action	11
2.2.2.1. Identification et notification des décès maternels et néonataux	12
2.2.2.2. Revue des décès maternels et néonataux	13
2.2.2.3. La riposte et l'action	15
2.3. Collecte des données	16
2.3.1. Première phase – extraction des données	16
2.3.2. Deuxième phase – Atelier d'harmonisation et de validation des données	17
2.4. Traitement et analyse des données	18

TABLE DES MATIÈRES

2.4.1. Analyse de la notification	18
2.4.2. Analyse des revues de décès maternels, néonataux et de la complétude des rapports de revues	19
2.4.3. Description des cas de décès revus	20
III. Résultats	22
3.1. Fonctionnalité des comités SDMR	23
3.1.1. Niveau national	23
3.1.2. Niveau opérationnel	23
3.2. Analyse de la notification	23
3.2.1. Données de notification	23
3.2.2. Taux de notification des décès maternels et néonataux	25
3.3. Réalisation des revues de décès maternels et néonataux ...	26
3.4. Qualité des audits	28
3.4.1. Délai de réalisation des revues faites par la méthode de la revue de cas centré sur le patient	28
3.4.2. Complétude des rapports de revues réalisées par la méthode de la revue de cas centré sur le patient	29
3.5. Caractéristiques des décès maternels	30
3.6. Caractéristiques des décès néonataux	33
3.7. Analyse des dysfonctionnements	35
3.8. Analyse de la riposte	38
3.8.1. Au niveau local	39
3.8.2. Au niveau départemental	40
3.8.3. Au niveau national	40

TABLE DES MATIÈRES

3.9. Résumé des indicateurs évaluant la SDMR au niveau national en 2021	45
IV. Discussion	49
V. Recommandations	54
5.1. A l'endroit du Ministère de la Santé	55
5.2. A l'endroit des directions départementales de la santé et des équipes d'encadrement des zones sanitaires	57
5.3. A l'endroit du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie	59
5.4. A l'endroit des partenaires techniques et financiers	60
Conclusion	62
Références	65
Annexes	69

LISTE DES SIGLES

ACBC	:	Audit Clinique Basé sur les Critères
ANSSP	:	Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
CERRHUD	:	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DPAF	:	Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Notification des décès maternels et néonataux selon les bases de données des zones sanitaires, de l'ANSSP et de la DPAF, Bénin, 2021	24
Tableau 2 : Données validées de notification des décès maternels et néonataux, Bénin, 2021	25
Tableau 3 : Taux de notification des décès maternels et néonataux en fonction du département, Bénin, 2021	26
Tableau 4 : Proportion de décès maternels et néonataux revues parmi ceux notifiés, Bénin, 2021	27
Tableau 5 : Nombre de revues réalisées selon l'approche de l'audit clinique basé sur les critères par zones sanitaires, Bénin, 2021	28
Tableau 6 : Délai moyen (jours) de tenue des revues de décès maternels et néonataux, Bénin, 2021	29
Tableau 7 : Degré de complétude (en %) des rapports des revues de décès maternels et de décès néonataux, Bénin, 2021	30
Tableau 8 : Répartition des cas de décès maternels selon les caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2021	31
Tableau 9 : Causes des 439 décès maternels revus, Bénin, 2021	33
Tableau 10 : Caractéristiques des 326 décès néonataux revus, Bénin, 2021	34
Tableau 11 : Causes des 326 décès néonataux revus, Bénin, 2021	35
Tableau 12 : Dysfonctionnements contributifs des décès maternels, Bénin, 2021	36
Tableau 13 : Dysfonctionnements contributifs aux décès néonataux, Bénin, 2021	37
Tableau 14 : Mise en œuvre des recommandations formulées lors du rapport annuel 2020	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 15 : Résumé des indicateurs nationaux, Bénin, 2021	45
Tableau 16 : Répartition par département et par source des données de notification et des revues de décès maternels et néonataux survenus en 2021 au Bénin	70
Tableau 17 : Répartition par département des données de notification et de revues des décès maternels au Bénin en 2021, validées au niveau central	72
Tableau 18 : Répartition par département des données de notification et de revues des décès néonataux au Bénin en 2021, validées au niveau central	73

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle d'action continu de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte de l'organisation mondiale de la santé	11
Figure 2 : Circuit de l'information dans la SDMR au Bénin (adapté d'une présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique du Bénin)	13
Figure 3 : Gestité des cas de décès maternels revus en 2021	32
Figure 4 : Parité des cas de décès maternels revus en 2021	32
Figure 5 : Niveau des dysfonctionnements contributifs des décès maternels en 2021	38

Cette page est laissée vierge intentionnellement

PREFACE

Au Bénin, le système de santé est confronté à une multitude de défis au nombre desquels la morbidité maternelle et néonatale. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDSV 2017-2018), la mortalité maternelle était de 391 pour 100 mille naissances vivantes et la mortalité néonatale était de 33 pour 1000 naissances vivantes. Elles restent encore très élevées et cette tendance ne nous permettra pas d'être au rendez-vous des Objectifs de Développement durable (ODD) à l'horizon 2030, particulièrement l'ODD3. Nous devons donc renforcer les interventions dans le domaine de la santé maternelle et néonatale.

La Surveillance des Décès maternels et Riposte (SDMR) est une stratégie efficace qui permet de renforcer à tous les niveaux le suivi des décès maternels et néonataux et la mise en œuvre des interventions pouvant permettre de les réduire. Depuis 2013, le Ministère de la Santé l'a institutionnalisée en vue d'engager tous les acteurs dans la lutte contre les décès maternels et néonataux. A partir de 2016, de profondes réformes structurelles sont initiées dans le secteur de la santé en vue d'améliorer la gouvernance, l'offre et la qualité des soins, l'accès financier aux soins de santé dont la finalité est l'amélioration de la santé des populations et particulièrement des cibles vulnérables que sont les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés. Nous avons conscience que tous ces efforts opéreront des transformations profondes dans notre société qui vont aboutir à la réduction de façon significative du fardeau subi par les mères et les nouveau-nés en lien avec les ambitions affichées dans le Programme d'Actions du Gouvernement 2021-2026. A cet effet, la SDMR reçoit une attention particulière de mon département ministériel.

Le rapport de l'année 2021 de la SDMR présente notre méthodologie de surveillance des décès maternels et néonataux, notre approche pour les analyser et les actions essentielles de riposte. Il porte aussi une réflexion transparente sur les forces du système et rappelle les aspects à améliorer de façon spécifique.

Fruit d'un effort concerté entre tous les acteurs à divers niveaux de notre système sanitaire, ce rapport comporte des données probantes pouvant aider à la décision. Je vous invite à l'utiliser de manière active dans vos projets d'activités, lors de l'élaboration de vos plans d'actions dans le domaine de la santé maternelle et infantile mais aussi pour définir les priorités sur lesquelles il convient de travailler afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans notre pays.

Je vous exhorte également à partager avec nous vos suggestions et vos réflexions.

Je voudrais renouveler ma profonde gratitude à tous les partenaires techniques et financiers et à tous les acteurs engagés dans la réduction des décès maternels et néonataux au Bénin. Enfin j'adresse mes remerciements à tous les collaborateurs et acteurs qui ont participé à la rédaction de ce rapport.


Benjamin I. B. HOUNKPATIN
Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Les auteurs du rapport renouvellent leurs sincères remerciements aux partenaires techniques et financiers de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte au Bénin en particulier le Fonds des Nations Unies pour la Population et aux acteurs du système de la santé à tous les niveaux.

Les auteurs remercient également tous les participants aux divers ateliers de collecte, d'analyse et de validation du présent rapport pour leurs précieuses contributions et félicitent la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant-Soins Infirmiers et Obstétricaux pour son leadership en vue de la production du présent rapport au premier trimestre de l'année.

FINANCEMENT

Le Fonds des Nations Unies pour la Population a financé la collecte et l'analyse des données, la rédaction, la production et la dissémination du présent rapport.

RÉSUMÉ

Introduction

La surveillance des décès maternels/néonataux et riposte est une stratégie efficace de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle est mise en œuvre depuis 2013 au Bénin. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé en partenariat avec le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie et les partenaires techniques et financiers élabore depuis 2016 un rapport national annuel sur la situation des décès maternels et néonataux. Le présent rapport analyse la performance du système en 2021.

Méthodes

Le cycle d'action continu de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé et le cadre de référence de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte au Bénin (confer arrêté n° 096 du 6 mai 2013 institutionnalisant la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte au Bénin) ont été utilisés comme cadre d'analyse. Nous avons compilé les données issues de la notification des décès maternels et néonataux sur toute l'étendue du territoire national en 2021. Nous avons reçu et dépouillé 439 rapports de revues de décès maternels, 326 rapports de revues de décès néonataux réalisés suivant l'approche des revues de cas centrées sur le patient, trois rapports de revues de décès maternels et 11 rapports de revues de décès néonataux faits selon l'approche de l'audit clinique basé sur les critères en 2021. Un atelier d'harmonisation et de validation des données a été organisé à la suite de l'extraction des données des

rapports de revues.

Principaux résultats

Indicateurs transversaux de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte

Depuis 2019, on note une stagnation du nombre de décès maternels notifiés, soit 1022 en 2021, 1023 en 2020 et 1019 en 2019. Quant au nombre de décès néonataux notifiés, en 2021, il était de 3799 contre 3596 en 2020 et 3671 en 2019.

Notification des décès maternels et néonataux

Il existe une sous-notification stagnante autour de 55% des décès maternels (56,9% en 2021 contre 53,3% en 2020 et 54,9% en 2019) et autour de 25% des décès néonataux (28,5% en 2021 contre 24,4% en 2020 et 26,0% en 2019). Des écarts existent toujours entre les données de décès maternels et néonataux disponibles au niveau des zones sanitaires et celles issues de l'harmonisation des données entre la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances et Agence Nationale des Soins de Santé Primaires. Ces dernières ont été celles retenues dans le cadre de ce travail.

Revue de décès

Environ la moitié (53,3%) des décès maternels et environ le quart (24,1%) des décès néonataux notifiés ont été revues.

Les comités de surveillance des décès maternels/néonataux et riposte étaient fonctionnels en 2021 à l'exception de ceux de la zone sanitaire Cotonou 1-4 (62 décès maternels et 574 décès néonataux) et du Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (88 décès maternels et 195 décès néonataux) qui n'ont effectué

aucune revue de décès maternels ou de décès néonataux durant l'année. Les dysfonctionnements les plus enregistrés sont ceux liés à la qualité de la prise en charge.

Principales recommandations

Ce rapport montre que la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte est établie au Bénin, mais que sa performance en termes de mise en œuvre est stagnante. Une action concertée de toutes les parties prenantes est nécessaire pour identifier et lever les goulots d'étranglement susceptibles de faire monter d'un cran les indicateurs de mise en œuvre dès 2023. Cette montée en puissance doit toucher toutes les composantes, notamment la notification des décès, la proportion de cas revues, la qualité des revues, la qualité des recommandations et le taux de mise en œuvre des recommandations. Tous ces efforts doivent être alignés sur l'impératif de réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit essentiellement de maintenir la question de la morbi-mortalité maternelle et néonatale sur l'agenda politique à tous les niveaux, de continuer les réformes pour améliorer le cadre de gouvernance du sous-système de la santé maternelle et néonatale au Bénin y inclus l'implication des communautés.

Nous recommandons aussi à partir des données probantes de formuler une théorie de changement contextualisée de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte au Bénin. Cette théorie de changement ancrée sur l'apprentissage systémique et la culture de la redevabilité va soutenir la relecture de l'arrêté instituant la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte

au Bénin et le renforcement des capacités des différents acteurs. Cette théorie de changement doit soutenir aussi l'amélioration des efforts pour l'utilisation des données dans les processus de revue des cas pour baser davantage l'analyse des causes profondes sur des données probantes. Nous recommandons aussi l'actualisation et/ou l'élaboration des protocoles de soins maternels et périnataux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour rappeler les référentiels en matière de prise en charge des complications obstétricales majeures. Nous recommandons enfin l'engagement de différents processus pour sécuriser des ressources suffisantes pour le financement de la surveillance des décès maternels & néonataux et riposte et les actions connexes nécessaires pour améliorer sa performance notamment un engagement accru de la communauté.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



**CONTEXTE
ET
JUSTIFICATION**

La mortalité maternelle et néonatale constitue encore un défi majeur du système de santé des pays en développement.

En effet, en 2017, le nombre de décès maternels a été estimé à 290 000 à l'échelle mondiale dont environ 66% enregistré en Afrique subsaharienne. Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au plan mondial ; cet indicateur était de 542 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la région de l'Afrique subsaharienne faisant donc de cette zone géographique la région du monde ayant le plus fort ratio de mortalité maternelle ⁽¹⁾

Le Bénin est aussi confronté à un ratio élevé de mortalité maternelle et un taux élevé de décès néonataux. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 498 à 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1996 et 2018 selon les enquêtes démographiques et de santé du Bénin . Le taux de mortalité néonatale est passé quant à lui de 38,2 à 30 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes entre 1996 et 2018 selon les mêmes enquêtes ⁽²⁾.

L'un des objectifs du développement durable (objectif 3) adopté en 2015 vise à réduire d'ici à 2030, le ratio de mortalité maternelle à au plus 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à un maximum de 12 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes. Pour l'atteindre, diverses stratégies relatives à l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement des capacités des prestataires, la gouvernance en santé, l'accès financier des populations aux soins sont développées,

mises en œuvre et évaluées continuellement.

La surveillance des décès maternels/néonataux et riposte (SDMR) fait partie de ces stratégies efficaces, recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour aider les pays dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale à travers la notification des décès, la revue des décès et la riposte. Elle a été adoptée au Bénin par l'arrêté 2013 n°096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNHES/DNSP/DSME/SP-C portant obligation de notification des cas de décès maternels et néonataux, institutionnalisation des audits des décès maternels, néonataux et des cas des échappées belles.

La SDMR est un cycle d'action continu qui prévoit dans sa mise en œuvre une évaluation continue des activités afin de suivre les progrès et les défis dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Depuis 2016, le Bénin élabore un rapport annuel pour faire le point de la mise en œuvre de la SDMR, identifier les défis de mise en œuvre et formuler des orientations pour les années suivantes.

A travers le présent rapport, le point de la mise en œuvre de la SDMR durant l'année 2021 est fait et des recommandations formulées pour une meilleure performance de la stratégie.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



OBJECTIFS

1.1. Objectif général

L'objectif général du présent rapport est d'analyser la performance de la SDMR en 2021 au Bénin.

1.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit de / d' :

- Faire le point des décès maternels et néonataux enregistrés en 2021 au Bénin ;
- Calculer les taux de notification et de réalisation de revues ;
- Répertorier les causes des décès maternels et néonataux enregistrés au Bénin en 2021 ;
- Identifier les dysfonctionnements et leurs déterminants;
- Analyser la riposte.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre de l'étude

Le cadre de l'étude est le Bénin, un pays de l'Afrique de l'Ouest limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique. Le Bénin s'étend sur une longueur de 700 km et sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta). Il couvre une superficie de 114.763 km², avec une population de 12 506 347 habitants en 2021, selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ⁽³⁾. Selon le découpage administratif, le Bénin est subdivisé en 12 départements, 77 communes, 546 arrondissements et 3747 villages ou quartiers de villes. La plateforme d'offre de soins a une structure pyramidale organisée en trois niveaux. Au niveau central, se situent les hôpitaux nationaux. Le niveau intermédiaire ou départemental regroupe les centres hospitaliers départementaux (CHD) et au niveau périphérique, on retrouve les zones sanitaires avec un hôpital de zone et les centres de santé. Le Bénin compte 34 zones sanitaires. Il dispose au total de 1007 formations sanitaires publiques dont 787 disposants de services de maternité ⁽⁴⁾. Quant au secteur sanitaire privé, il comporte 1373 formations sanitaires dont 299 offrent au moins une prestation de soins de santé maternelle et infantile ⁽⁵⁾.

2.2. Cadre d'analyse

Il s'inspire des orientations du Ministère de la Santé et de l'OMS pour la notification et la revue des décès maternels et néonataux.

2.2.1. Définition de concepts

- Décès maternel : selon la onzième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : « la mort maternelle se définit comme : le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite »⁽⁷⁾.
- Décès néonatal : c'est le décès du nouveau-né survenant entre 0 et 28 jours de vie.
- Surveillance des décès maternels/néonataux et riposte : selon l'OMS, « la SDMR est une forme de surveillance continue qui établit une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité, depuis le niveau local jusqu'à l'échelle nationale. Elle permet l'identification, la notification, la quantification et la détermination systématiques des causes des décès maternels et des possibilités de les éviter, ainsi que l'utilisation de cette information pour répondre par des actions de prévention de décès futurs. L'élimination des décès maternels évitables est le but de la SDMR». Cette définition concerne spécifiquement des décès maternels mais elle peut être adaptée aux décès néonataux.

2.2.2 Cycle d'action

La SDMR au Bénin repose sur le cycle d'action continu proposé par les experts de l'OMS. C'est une boucle de quatre étapes d'égale importance que sont :

- L'identification et la notification en temps réel ;
- La revue des décès maternels et néonataux par des comités de la SDMR ;
- L'analyse et la formulation des recommandations ;
- La riposte et l'action.

La figure 1 ci-dessous présente le cycle d'action continu de l'OMS. Il nous a servi de cadre d'analyse de la SDMR au Bénin.

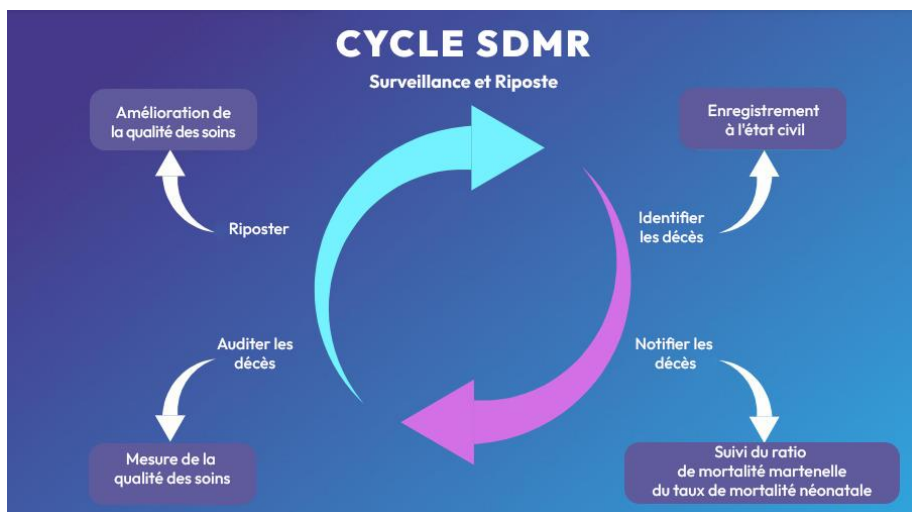


Figure 1 : Cycle d'action continu de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte de l'OMS¹

¹ Adapté de Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response : Materials to support implementation. Geneva :World Health Organization ; 2021. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.« Cette traduction n'a pas été créée par l'OMS. L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais fait foi »

2.2.2.1. Identification et notification des décès maternels et néonataux

La SDMR est institutionnalisée au Bénin par l'arrêté N° 096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFMT/DNEHS/DSME/DNSP/SP-C du 6 mai 2013. Cet arrêté stipule que tous les cas de décès maternels et néonataux doivent être notifiés dans les 24h via le canal de la surveillance intégrée des maladies et riposte géré actuellement par la Direction de la Surveillance Épidémiologique et de la Riposte, de l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP). Tous les lundis matins, le point focal SDMR (au niveau de la formation sanitaire ou de la zone sanitaire) notifie par téléphone au niveau supérieur tous les décès de la semaine précédente. Cette notification inclut la « notification zéro cas », c'est-à-dire que le point focal doit quand même procéder à la notification même s'il n'y a pas eu de décès. Le guide technique de la surveillance intégrée des maladies et riposte du Bénin présente la définition des cas suspects, probables et confirmés de décès maternels et des cas confirmés de décès néonataux. Le circuit de notification est schématisé sur la figure 2. Précisons qu'il s'agit de tous les cas de décès maternels et néonataux quel que soit leur lieu de survenue (communauté, à l'entrée ou à l'intérieur de la formation sanitaire).

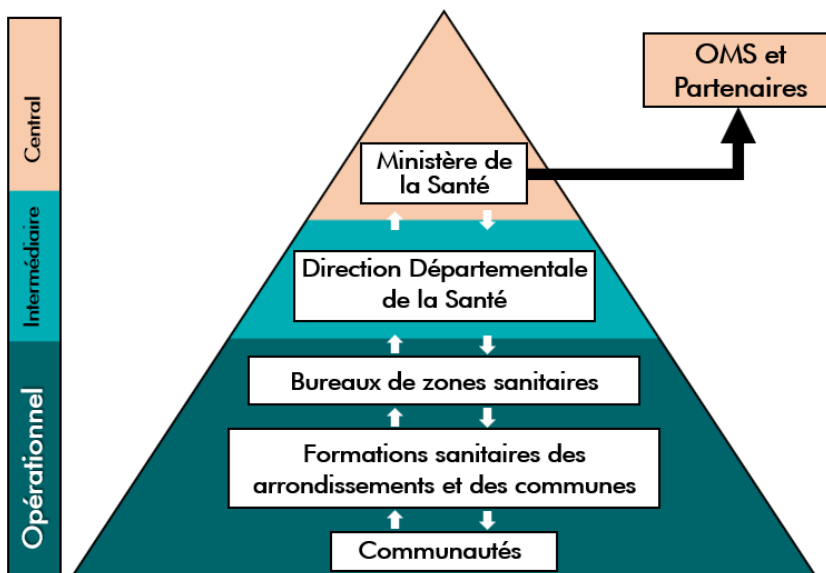


Figure 2 : Circuit de l'information dans la SDMR au Bénin (adapté d'une présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique du Bénin)

2.2.2.2. Revue des décès maternels et néonataux

Les décès notifiés doivent être revus dans les 30 jours qui suivent la notification selon l'arrêté institutionnalisant la SDMR au Bénin. Des actions correctrices doivent être menées localement après chaque revue. Au niveau de chaque zone sanitaire, CHD et hôpital national (CHU), il existe un comité de revue. Ces comités sont chargés d'organiser les revues des cas de décès maternels et néonataux et le suivi de la riposte. La périodicité d'organisation des revues de décès maternels et néonataux doit être mensuelle pour la zone sanitaire, bimensuelle pour le CHD et hebdomadaire pour le CHU.

Les rapports des revues, suivant un canevas standardisé doivent être transmis à la hiérarchie dans les huit jours. Ces rapports sont archivés à l'ANSSP au niveau de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant-Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSME-SIO). Il est prévu une revue semestrielle de la SDMR au niveau de chaque département et une revue annuelle de la SDMR au niveau national. Ces revues exploitent les rapports des revues élaborés par les zones sanitaires et les départements ainsi que les données de notification de ces décès pour proposer des actions correctrices en vue de la réduction des décès maternels et néonataux. Les actions possibles comprennent des interventions au niveau de la communauté, au sein des services de santé et du système de gestion à divers niveaux. Les constats faits au niveau de la communauté peuvent conduire à élaborer des programmes de promotion de la santé et d'éducation sur la santé, à procéder à des changements éventuels dans la prestation des services au sein de la communauté, dans les pratiques locales ou les attitudes des prestataires des soins de santé ; ou à améliorer des infrastructures telles que les routes, les ponts, et les technologies de la communication. Les recommandations doivent être dans leurs formulations spécifiques, précises, mesurables, réalisables et pertinentes. De plus, ces recommandations doivent être faites avec un plan d'exécution et une date butoir pour la réalisation de chaque activité. La responsabilité du suivi des progrès de chaque solution devra aussi être confiée à des personnes précises.

2.2.2.3. La riposte et l'action

La riposte commence par la mise en œuvre des recommandations de chaque revue de décès maternels et néonataux au niveau des zones sanitaires et des hôpitaux. Les comités SDMR de chaque zone sanitaire, CHD, CHU doivent veiller à la mise en œuvre de ces recommandations en temps opportun au niveau local. Pour les recommandations dépassant les capacités du niveau local, ces comités peuvent faire un plaidoyer au niveau des organes dirigeants pour des actions du niveau intermédiaire ou central. Cependant, le nombre de recommandations adressées au niveau central doit être raisonnable, car selon l'OMS, au moins 80% des recommandations doivent être mises en œuvre à tous les niveaux. Aux niveaux départemental et national, les comités SDMR doivent également veiller à la mise en œuvre des recommandations issues des revues semestrielles et annuelles.

Il est important de signaler que les recommandations issues des revues de cas et des revues semestrielles et annuelles peuvent porter autant sur des problèmes au niveau du système de santé que sur des problèmes à résoudre au niveau de la communauté et des secteurs connexes à la santé comme le transport, les finances, etc. Ainsi, la riposte doit être multisectorielle, d'où l'importance pour les comités SDMR de collaborer avec les communautés, les directions techniques et les secteurs pouvant être concernés par les dysfonctionnements dès le début du processus d'analyse. Une attention particulière doit être portée sur l'efficacité de la mise en œuvre des recommandations.

2.3. Collecte des données

2.3.1. Première phase - extraction des données

Elle concerne les données de notification et les celles des revues de décès maternels et néonataux. Les données de notification des décès maternels et néonataux provenaient :

- des bases des comités SDMR des 34 zones sanitaires, des six hôpitaux départementaux et des trois hôpitaux nationaux;
- du surveillance intégrée des maladies et riposte;
- du *district health information software 2*.

Les données liées aux revues ont été extraites des rapports de revues mis à la disposition du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) par l'ANSSP. L'équipe chargée de cette extraction de données était composée de sage-femmes ayant une forte expérience en matière de revues de décès maternels et néonataux et d'étudiants en 6ème ou 7ème année de médecine. Cette équipe a préalablement bénéficiée d'une formation incluant un aperçu de la SDMR, les objectifs de l'activité d'extraction des données et une application pratique. Les acteurs ont ensuite été répartis en binômes ; chaque binôme étant composé d'une sage-femme et d'un étudiant. Ces binômes ont été supervisés par une équipe du CERRHUD composée de médecins de santé publique, de statisticien et de sage-femme. Le dépouillement a été réalisé à l'aide d'un formulaire de dépouillement électronique intégré à l'application KoBoCollect. Les superviseurs étaient chargés de vérifier au fur et à mesure la qualité des données afin de limiter au mieux les données aberrantes et omises.



2.3.2 Deuxième phase - Atelier d'harmonisation et de validation des données

Un atelier réunissant les représentants de 40 comités SDMR (sur les 42 qui existent), de l'ANSSP (DSME-SIO et Direction de la Surveillance Épidémiologique et de la Riposte), de la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances (DPAF), de la Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques, de la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé, de l'Institut Régional de Santé Publique, du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens du Bénin, de la Société Béninoise de Pédiatrie, de l'Association des Pédiatres du Secteur Privé du Bénin, du Fonds des Nations Unies pour la Population a été organisé à Bohicon les 09 et 10 mars 2022. L'atelier a permis de présenter les données de notification et les résultats provisoires

issus du dépouillement des rapports de revues disponibles. Au cours de l'atelier, les participants ont été répartis en sept groupes ayant chacun travaillé sur l'analyse du système actuel de notification des décès maternels/néonataux, des revues de décès maternels/néonataux, les causes de la faible qualité des rapports de revues, les difficultés dans la réalisation des revues et la mise en œuvre de la riposte.

2.4. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Stata 15.0 et du tableur Excel. Les analyses ont porté sur l'évaluation de notification, la réalisation des revues de décès et la description des cas de décès revus.

2.4.1. Analyse de la notification

La notification a été analysée à partir du taux de notification des décès maternels et néonataux. Cet indicateur a été calculé par la formule :

$$\text{Taux de notification} = \frac{\text{Nombre de décès notifié}}{\text{Nombre de décès estimé}}$$

Le nombre de décès maternels et néonataux estimé a été calculé à partir des formules situées dans le box suivant :

$$\begin{aligned} \text{Nombre de décès maternels estimé} &= \frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Ratio de mortalité maternelle}}{100000} \\ \text{Nombre de décès néonataux estimé} &= \frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Taux de mortalité néonatale}}{1000} \end{aligned}$$

Pour l'ensemble des formules ci-dessus, le nombre de naissances vivantes a été calculé à partir de la formule suivante :

$$\text{Nombre de naissances annuelles} = \frac{\text{Population de la région} \times \text{Taux brut de natalité}}{1000}$$

Le taux brut de natalité, le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale utilisés pour les estimations présentées dans ce rapport ont été tirés du rapport des enquêtes démographiques et de santé Bénin de 2018. La taille de la population est celle estimée pour 2021 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.

2.4.2. Analyse des revues de décès maternels, néonataux et de la complétude des rapports de revues

Les données collectées ont permis de calculer la proportion de décès maternels et néonataux revus. Les formules utilisées sont :

$$\begin{aligned} \text{Proportion de décès maternels revue parmi les décès maternels notifiés} &= \frac{\text{Nombre de décès maternels revus}}{\text{Nombre de décès maternels notifiés}} \\ \text{Proportion de décès néonataux revue parmi les décès néonataux notifiés} &= \frac{\text{Nombre de décès néonataux revus}}{\text{Nombre de décès néonataux notifiés}} \end{aligned}$$

Le délai moyen de réalisation des revues est la moyenne des délais de réalisation de toutes les revues. Le délai étant le nombre de jours qui s'écoulent entre la date de décès et la date de la revue. Les données relatives aux variables que sont la présence ou non d'un courrier d'invitation, d'une grille d'observation, d'un résumé

d'enquête sociale; la documentation ou non de certaines informations (âge, type d'accouchement, date de décès, date de réalisation de la revue) de même que le respect ou non du canevas de rapportage ont permis une évaluation sommaire de qualité des revues.

2.4.3. Description des cas de décès revus

Pour la description des décès revus, les aspects suivants ont été pris en compte :

- Les caractéristiques des cas : âge, type d'accouchement, lieu de résidence, lieu de survenue du décès;
- Les causes des décès;
- Les dysfonctionnements ayant contribué au décès.

La lecture des rapports des travaux de groupe a permis d'identifier les éléments d'analyse de la riposte.



© CERR HUD - Atelier d'harmonisation, Bohicon, mars 2022

Cette page est laissée vierge intentionnellement



RÉSULTATS

3.1. Fonctionnalité des comités SDMR

3.1.1. Niveau national

En 2021, le comité national SDMR a veillé à l'élaboration du rapport SDMR 2020. Il n'a cependant pas pu tenir ses réunions statutaires.

3.1.2. Niveau opérationnel

Les comités SDMR étaient fonctionnels en 2021 à l'exception de ceux de la zone sanitaire Cotonou 1-4 (aucune revue réalisé sur 62 décès maternels et 574 décès néonataux notifiés) et du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutokou Maga (aucune revue réalisé sur 88 décès maternels et 195 décès néonataux notifiés) durant l'année 2021.

3.2. Analyse de la notification

3.2.1. Données de notification

Le nombre de décès notifié par le niveau opérationnel (zones sanitaires et hôpitaux départementaux/nationaux) a été comparé à ceux disponible au niveau de l'ANSSP et de la DPAF pour apprécier la concordance entre les sources. Le tableau 1 présente la situation par département et par sources de données.

Tableau 1 : Notification des décès maternels et néonataux selon les bases de données des zones sanitaires, de l'ANSSP et de la DPAF, Bénin, 2021

Départements	Décès maternels					Décès néonataux		
	ZS	ANSSP	DPAF	Ecart (ZS-ANSS)	Ecart (ZS-DPA)	ZS	ANSSP	Ecart (ZS-ANSSP)
Alibori	75	75	77	0	-2	184	185	-1
Atacora	62	64	64	-2	-2	192	198	-6
Atlantique	94	100	95	-6	-1	446	447	-1
Borgou	136	139	146	-3	-10	438	445	-7
Collines	42	42	39	0	3	200	202	-2
Couffo	53	53	53	0	0	36	36	0
Donga	30	29	30	1	0	241	240	1
Littoral	189	174	176	15	13	860	851	9
Mono	65	67	65	-2	0	157	162	-5
Ouémé	138	133	128	5	10	445	439	6
Plateau	41	43	39	-2	2	73	73	0
Zou	97	111	114	-14	-17	527	585	-58
Benin	1022	1030	1026	-8	-4	3799	3863	-64

*ZS : zones sanitaires

Le tableau 1 indique une persistance des discordances entre le nombre de décès enregistré par les zones sanitaires et le nombre notifié dans les bases de données du niveau central aussi bien sur le plan national qu'au niveau des départements à l'exception de celui du Couffo pour lequel aucun écart n'a été constaté aussi bien pour les décès maternels que néonataux.

Notons que pour les décès néonataux, la comparaison n'a pas été faite avec les données de la DPAF car elle n'enregistre que les décès de nouveau-nés de moins de sept jours alors que l'ANSSP enregistre les décès de tous les nouveau-nés.

Le tableau 2 présente les données après harmonisation et validation au niveau central.

Tableau 2 : Données validées de notification des décès maternels et néonataux, Bénin, 2021

Départements	Nombre de décès maternels	Nombre de décès néonataux
Alibori	75	183
Atacora	62	195
Atlantique	94	440
Borgou	136	444
Collines	42	200
Couffo	53	36
Donga	29	237
Littoral	178	858
Mono	65	162
Ouémé	132	438
Plateau	42	72
Zou	110	577
Benin	1018	3842

Au total, 1018 décès maternels et 3842 décès néonataux ont été recensés au Bénin en 2021. Ces données de notification validées ont été considérées pour l'analyse de la notification dans la suite de ce rapport.

3.2.2. Taux de notification des décès maternels et néonataux

Le tableau 3 présente le taux de notification des décès maternels et néonataux par rapport aux estimations de décès maternels et néonataux attendus par département.

Tableau 3 : Taux de notification des décès maternels et néonataux en fonction du département, Bénin, 2021

Département	Décès maternels			Décès néonataux		
	Estimé (cible attendue)	Notifié	Proportion de cas notifiée (%)	Estimé (cible attendue)	Notifié	Proportion de cas notifiée (%)
Alibori	175	75	42,9	1345	183	13,6
Atacora	155	62	40,0	1186	195	16,4
Atlantique	235	94	40,0	1801	440	24,8
Borgou	234	136	58,1	1793	444	24,8
Collines	133	42	31,6	1023	200	19,6
Couffo	140	53	37,9	1072	36	3,4
Donga	93	29	31,2	712	237	33,3
Littoral	115	178	154,8	442	858	194,1
Mono	81	65	80,2	620	162	26,1
Oueme	177	132	74,6	1361	438	32,2
Plateau	108	42	38,9	827	72	8,7
Zou	152	110	72,4	1163	577	49,6
Benin	1797	1018	56,6	13346	3842	28,8

Au plan national, le taux de notification est de 56,6% pour les décès maternels et 28,8% pour les décès néonataux. La sous-notification s’observe dans tous les départements sauf dans le département du Littoral où il dépasse 100% (154,8% pour les décès maternels et 194,1% pour les décès néonataux).

3.3. Réalisation des revues de décès maternels et néonataux

Le tableau 4 présente la proportion de décès maternels et néonataux notifiés en 2021 ayant fait l’objet de revue.

Tableau 4 : Proportion de décès maternels et néonataux revues parmi ceux notifiés, Bénin, 2021

Département	Décès maternels			Décès néonataux		
	Notifié	Nombre de revues réalisées	Proportion de cas revue (%)	Notifié	Nombre de revues réalisé	Proportion de cas revue (%)
Alibori	75	64	85,3	183	95	51,9
Atacora	62	59	95,2	195	154	79,0
Atlantique	94	36	38,3	440	24	5,5
Borgou	136	108	79,4	444	129	29,1
Collines	42	42	100,00	200	176	88,0
Couffo	53	53	100,00	36	6	16,7
Donga	29	29	100,00	237	237	100,0
Littoral	178	25	14,0	858	4	0,5
Mono	65	38	58,5	162	36	22,2
Ouémé	132	22	16,7	438	12	2,7
Plateau	42	42	100,0	72	71	98,6
Zou	110	40	36,4	577	20	3,5
Benin	1018	558	54,8	3842	964	25,1

Au plan national, 54,8% des décès maternels et 25,1% des décès néonataux notifiés en 2021 ont été revus. Les départements des Collines, le Couffo, la Donga et le Plateau ont réalisé la revue de tous les cas de décès maternels notifiés. Le département de la Donga a également réalisé la revue de tous les cas de décès néonataux notifiés. Les départements du Littoral et de l’Ouémé enregistrent les proportions les faibles de revues de décès maternels et néonataux réalisées en 2021 malgré les nombres importants de décès maternels et néonataux notifiés.

Les revues réalisées l’ont été soit suivant l’approche de la Revue du cas centré sur le patient soit de l’Audit Clinique Basé sur les Critères (ACBC). La majorité des zones sanitaires, CHD et CHU ont réalisé les revues selon l’approche de la revue de cas centrée sur le patient.

Le tableau 5 présente les zones sanitaires, CHD et CHU ayant réalisé des revues suivant l'approche ACBC ainsi que les nombre de cas revus.

Le tableau 5 présente les zones sanitaires, CHD et CHU ayant réalisé des revues suivant l'ACBC ainsi que les nombre de cas revus.

Tableau 5 : Nombre de revues réalisées selon l'approche de l'ACBC par zones sanitaires, Bénin, 2021

ZS/CHD/CHU	Décès maternel		Décès néonataux	
	Nombre de séance	Nombre total de cas revus	Nombre de séance	Nombre total de cas revus
Tanguiéta Matéri Cobly	0	0	3	101
Abomey Calavi Sô-Ava	1	7	1	24
Dassa-Glazoué	0	0	4	156
Djougou Copargo Ouaké	0	0	4	201
Cotonou 5	0	0	1	4
CHD Mono Couffo	1	16	1	30
CHD Ouémé	1	4	1	5
Total	3	27	15	521

*ZS : zones sanitaires

Au total, plus de la moitié (57%) des revues de décès néonataux réalisés en 2021 l'ont été par l'approche ACBC. Par contre, environ 5% des revues de décès maternels réalisés en 2021 l'était par l'approche ACBC.

3.4. Qualité des revues

3.4.1. Délai de réalisation des revues faites par la méthode de la revue de cas centrée sur le patient

Le tableau 6 montre le délai moyen et médian de réalisation des revues en 2021 par département.

Tableau 6 : Délai moyen (jours) de tenue des revues de décès maternels et néonataux, Bénin, 2021

Département	Décès maternels		Décès néonataux	
	Moy + IC 95%	Médiane	Moy + IC 95%	Médiane
Alibori	43 (26,9- 59,9)	30	35 (15,3 - 54,4)	22
Atacora	75 (54,7- 94,6)	82	52 (15,8 - 87,5)	29
Atlantique	70 (49,9- 89,5)	42	NA	NA
Borgou	54 (42- 66,3)	43	72 (48 - 95,3)	43
Collines	38 (29,7- 47)	33	41 (19,6 - 62,1)	43
Couffo	45 (28,8- 62)	26	30 (24,6 - 35,4)	30
Donga	36 (28,9- 42,1)	31	28 (14,3 - 41,3)	24
Littoral	83 (57,1- 108,4)	67	NA	NA*
Mono	39 (33,6- 44,3)	36	48 (28,4 - 66,8)	41
Oueme	102 (74,4- 130,3)	101	98 (45,7 - 149,6)	94
Plateau	70 (52,9- 87,6)	57	96 (79,1 - 113,9)	82
Zou	25 (21,5- 29,1)	24	41 (23,9 - 57,8)	38
Total	53 (48,1 – 57,8)	35	67 (57,9 – 77,0)	42

*Aucune revue de décès néonatal réalisé par cas centré sur le patient dans le Littoral

Les décès maternels et décès néonataux ont été revues dans un délai moyen de 53 et 67 jours respectivement.

3.4.2. Complétude des rapports de revues réalisées par la méthode de la revue de cas centrée sur le patient

Le tableau 7 présente le taux de complétude de certaines variables dans les rapports de revues de décès maternels et néonataux réalisées en 2021.

Tableau 7 : Degré de complétude (en %) des rapports de revue de décès maternels et de décès néonataux , Bénin, 2021

Tableau 7 : Degré de complétude (en %) des rapports de revue de décès maternels et de décès néonataux , Bénin, 2021

Variables	Décès maternels	Décès néonataux
Age documenté	99,1	65,3
Type accouchement documenté	61,8	ND
Date du décès documenté	95,6	57,2
Date de la revue documentée	95,9	99,1
Existence de courrier d'invitation	90,9	6,4
Existence de grille d'observation	37,1	48,2
Résumé enquête sociale fait	59,7	57,3
Respect du canevas de rapportage	82,2	79,1

La plupart des cas de décès maternels revues avaient moins de 30 ans, avaient accouché par voie basse et résidaient en milieu rural.

3.5. Caractéristiques des décès maternels

Le tableau 8 présente certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques des cas de décès maternels revues en 2021.

Tableau 8 : Répartition des 439 cas de décès maternels selon les caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2021

Caractéristiques	n	%	
Age	< 24ans	132	30,1
	25-29ans	95	21,6
	30-34ans	93	21,2
	>35ans	115	26,2
	Non documenté	4	0,9
Résidence	Urbain	101	23
	Rural	319	72,7
	Non documenté	19	4,3
Mode d'admission	Venue d'elle-même	184	41,9
	Référée	255	58,1
Type d'accouchement	Voie basse	164	37,4
	Césarienne	107	24,4
	Non documenté	168	38,2
Lieu de décès	Domicile	3	0,7
	En cours de route	55	12,5
	Formation sanitaire périphérique	44	10
	Hôpital	336	76,5
	Non documenté	1	0,2
Évitabilité du décès	Certainement évitable	144	32,8
	Peut-être évitable	248	56,5
	Inévitable	8	1,8
	Non documenté	39	8,9

La plupart des cas de décès maternels revues avaient moins de 30 ans, avaient accouché par voie basse et résidaient en milieu rural. De plus, la plupart de ces décès maternels étaient survenus dans un hôpital et la plupart des femmes étaient des référées. La quasi-totalité des décès maternels a été jugée évitable par les comités SDMR.

La figure 3 présente la répartition des cas de décès maternels revus selon la gestité des femmes.

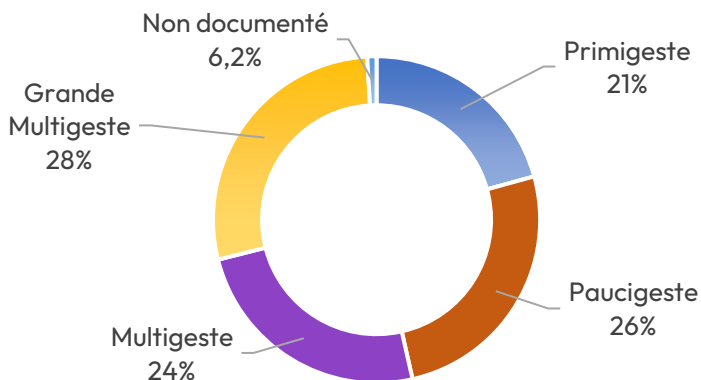


Figure 3 : Gestité des 439 cas de décès maternels revus, Bénin, 2021

La majorité des décès maternels étaient survenus chez des grandes multigestes et des multigestes (52% au total).

La figure 4 présente la répartition des cas de décès maternels revus selon la parité des femmes.

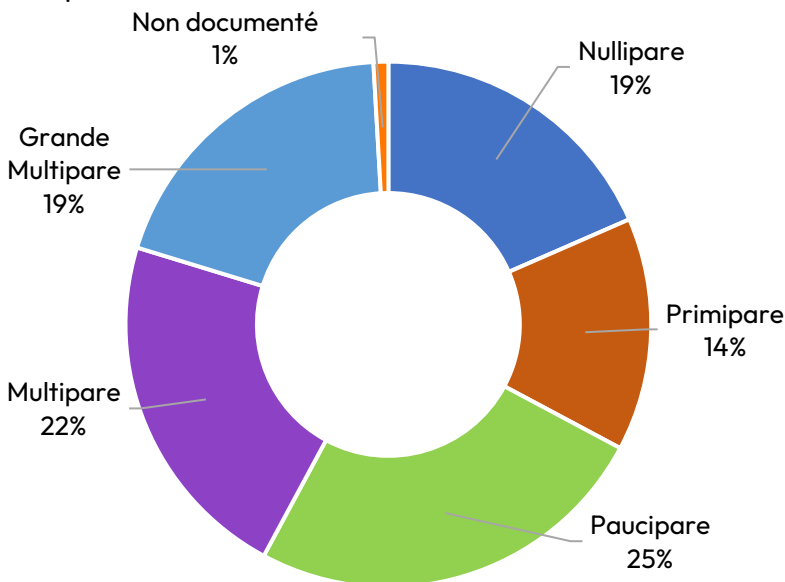


Figure 4 : Parité des 439 cas de décès maternels revus, Bénin, 2021

Les grandes multipares et les multipares représentaient la majorité (41% au total) des cas de décès maternels.

La majorité des décès maternels étaient survenus chez des grandes multigestes et des multigestes (52% au total).

Le tableau 9 présente les principales causes de décès maternels revues en 2021 par département.

Tableau 9 : Causes des 439 décès maternels revus, Bénin, 2021

Département	Hémorragie n (%)	Infectio n n (%)	HTA n (%)	Anémie n (%)	Autres causes directes n (%)	Autres causes indirectes n (%)	Non documenté n (%)
Alibori	14 (28)	7 (14)	9 (18)	4 (8)	4 (8)	10 (20)	2 (4)
Atacora	8 (23,5)	5 (14,7)	1 (2,9)	8 (23,5)	5 (14,7)	5 (14,7)	2 (5,9)
Atlantique	10 (33,3)	0 (0)	7 (23,3)	4 (13,3)	2 (6,7)	2 (6,7)	5 (16,7)
Borgou	13 (19,4)	9 (13,4)	16 (23,9)	10 (14,9)	6 (9)	10 (14,9)	3 (4,5)
Collines	18 (60)	2 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)
Couffo	23 (47,9)	6 (12,5)	4 (8,3)	3 (6,3)	6 (12,5)	3 (6,3)	3 (6,3)
Donga	13 (43,3)	0 (0)	4 (13,3)	7 (23,3)	5 (16,7)	1 (3,3)	0 (0)
Littoral	11 (52,4)	1 (4,8)	2 (9,5)	1 (4,8)	0 (0)	5 (23,8)	1 (4,8)
Mono	6 (25)	0 (0)	1 (4,2)	6 (25)	7 (29,2)	3 (12,5)	1 (4,2)
Ouémé	7 (36,8)	0 (0)	0 (0)	1 (5,3)	5 (26,3)	4 (21,1)	2 (10,5)
Plateau	11 (28,9)	0 (0)	10 (26,3)	4 (10,5)	5 (13,2)	5 (13,2)	3 (7,9)
Zou	22 (45,8)	5 (10,4)	8 (16,7)	1 (2,1)	8 (16,7)	1 (2,1)	3 (6,3)
Total	156 (35,5)	35 (8)	64 (14,6)	51 (11,6)	55 (12,5)	51 (11,6)	27 (6,2)

Les principales de causes de décès maternels étaient les hémorragies et les hypertensions artérielles. Ces causes de décès maternels représentent les principales dans la plupart des départements sauf dans l'Atacora où l'anémie est l'une des principales causes de décès maternels ayant fait l'objet de revues.

3.6. Caractéristiques des décès néonataux

Le tableau 10 présente les caractéristiques des décès néonataux revus en 2021.

Tableau 10 : Caractéristiques des 326 décès néonataux revus, Bénin, 2021

Caractéristiques	n	%
Sexe	Masculin	184 56,4
	Féminin	132 40,5
	Non documenté	10 3,1
Lieu de naissance	Domicile	25 6,75
	Centre de santé	115 35,3
	Hôpital	157 48,2
	Clinique	12 3,7
	Non documenté	17 5,2
Délai de survenue du décès	<1 jour	90 27,6
	1-3 jours	72 22,1
	4-7 jours	28 8,6
	8-28 jours	23 7,1
	Non documenté	113 34,7
Évitabilité du décès	Certainement évitable	66 20,2
	Peut-être évitable	224 68,7
	Inévitable	12 3,7
	Non documenté	24 7,4

Les décès néonataux revus en 2021 étaient survenus avant la première semaine de vie du nouveau-né. Il s'agissait dans la plupart des cas, de nouveau-nés de sexe masculin (56,4%), accouché dans une formation sanitaire (88,1%). De plus, la quasi-totalité des décès néonataux ont été jugés évitables par les comités SDMR.

Le tableau 11 présente les principales causes de décès néonataux en 2021.

Tableau 11 : Causes des 326 décès néonataux revus, Bénin, 2021

Cause	n	%
Asphyxie	143	43,87
Infection	66	20,25
Infection materno-foetale	16	4,91
Infection acquise	4	1,23
Prématurité	58	17,79
Hypotrophie	1	0,31
Ictère	7	2,15
Malformations congénitales	5	1,53
Hypoglycémie	3	0,92
Hypothermie	1	0,31
Cause intriquée	8	2,45
Non documenté	14	4,29
Total	326	100

3.7. Analyse des dysfonctionnements

Le tableau 12 présente les dysfonctionnements contributifs aux décès maternels ressortis par les comités SDMR lors des revues en 2021.

Tableau 12 : Dysfonctionnements contributifs des décès maternels, Bénin, 2021

Type de dysfonctionnement	n	%
Insuffisance de consultations prénatales / grossesse non suivie	125	11,2
Traitement inapproprié	108	9,7
Défaut de surveillance	91	8,1
Evaluation initiale incomplète ou Examen clinique non adéquat	77	6,9
Le traitement n'a pas été fait à temps	66	5,9
Retard de décision de rejoindre la formation sanitaire	65	5,8
Diagnostic incorrect	61	5,5
Retard de décision de référence	59	5,3
Réanimation inadéquate	58	5,2
Référence non médicalisée (Pas de personnel accompagnant à bord de l'ambulance/Pas d'abord veineux/Pas d'ambulance/Centre d'accueil non alerté)	57	5,1
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	48	4,3
Transport non médicalisé (Traitement de pré-référence inadéquat)	34	3,0
consultations prénatales mal conduite	27	2,4
Défaut d'exécution de la prescription	21	1,9
Automédication (Prise de médicaments traditionnels)	19	1,7
Accouchement à domicile	15	1,3
Refus du traitement ou de la référence	13	1,2
Insuffisance de communication avec la patiente	7	0,6
Retard de référence par la matrone	6	0,5
Absence de remplissage du partogramme	5	0,4
Exéat inopportun	1	0,1
Autre	155	13,9
Total	1118	100,0

Les principaux dysfonctionnements contributifs aux décès maternels identifiés lors des revues en 2021 étaient l'insuffisance de consultations prénatales /grossesse non suivie, le traitement inapproprié et le défaut de surveillance.

Le tableau 13 présente les dysfonctionnements ayant contribué aux décès néonataux ressortis par les comités SDMR lors des revues en 2021.

Tableau 13 : Dysfonctionnements contributifs aux décès néonataux, Bénin, 2021

Dysfonctionnements	n	%
Insuffisance de consultations prénatales /grossesse non suivi	146	22,3
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	64	9,8
Défaut de surveillance	56	8,6
Retard de décision de rejoindre la formations sanitaire	51	7,8
Evaluation initiale incomplète ou Examen clinique non adéquat	45	6,9
Retard de décision de référence	42	6,4
Traitement inapproprié	37	5,7
Référence non médicalisée (Pas de personnel accompagnant à bord de l'ambulance/Pas d'abord veineux/Pas d'ambulance/Centre d'accueil non alerté)	25	3,8
Réanimation inadéquate	22	3,4
Le traitement n'a pas été fait à temps	18	2,8
Accouchement à domicile	14	2,1
Transport non médicalisé (Traitement de pré-référence inadéquat)	12	1,8
Insuffisance de communication avec la patiente	12	1,8
Refus du traitement ou de la référence	9	1,4
Diagnostic incorrect	8	1,2
Consultations Prénatales mal conduite	6	0,9
Automédication (Prise de médicaments traditionnels)	5	0,8
Exéat inoportun	5	0,8
Absence de remplissage du partogramme	4	0,6
Défaut d'exécution de la prescription	3	0,5
Défaut de stérilisation	2	0,3
Retard de référence par la matrone	1	0,2
Autre	68	10,4
Total	655	100,0

Les principaux dysfonctionnements ayant contribué aux décès néonataux identifiés lors des revues en 2021 était l'insuffisance de consultations prénatales/grossesse non suivie, la mauvaise documentation et le défaut de surveillance.

La figure 5 montre les acteurs du système de santé reliés aux dysfonctionnements contributifs des décès maternels en 2021.

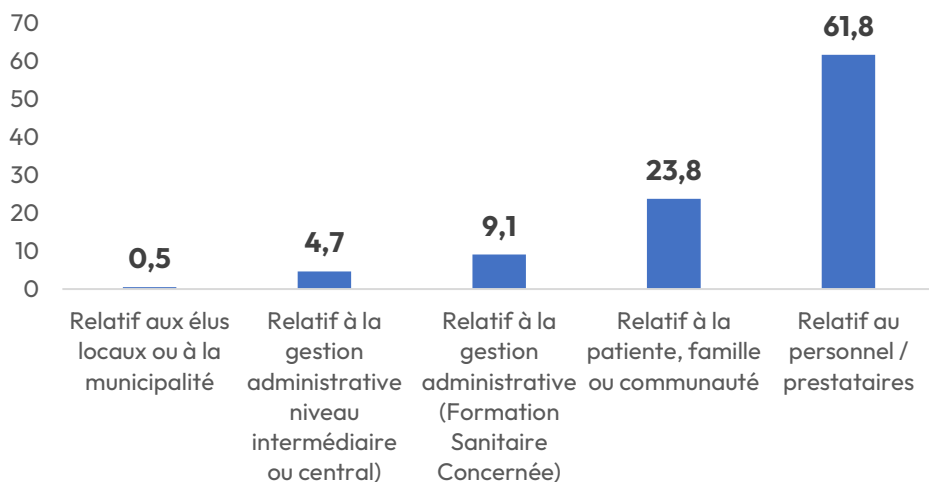


Figure 5 : Niveau des dysfonctionnements contributifs des décès maternels en 2021

Selon les comités SDMR, les dysfonctionnements contributifs aux décès maternels en 2021 étaient relatifs en grande majorité au personnel/prestataires de soins suivi de la patiente, de sa famille ou de la communauté en général. Dans une moindre mesure (15%), quelques dysfonctionnements relèvent de la gouvernance et de la gestion.

3.8. Analyse de la riposte

Les informations recueillies au cours de l’atelier d’harmonisation et de validation des données ont permis de mettre en lumière des actions de riposte menées à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il s’agit de :

3.8.1. Au niveau local

- Renforcement continu des compétences individuelles par le biais du *e-learning* dans certaines zones sanitaires ;
- Surveillance de l'hypothermie chez les faibles poids de naissance par l'utilisation du bracelet électronique ;
- Recyclage du personnel sur les conseils des mères sur l'allaitement maternel exclusif et le suivi rapproché ;
- Formation de tous les agents qualifiés de la zone sur la démarche d'amélioration de la qualité des soins ;
- Formation des aides-soignants sur les gestes qui sauvent en salle d'accouchement ;
- Réunions des équipes d'amélioration de la qualité du public et du privé ;
- Evaluation trimestrielle des prestataires des maternités et enquêtes de satisfactions des clients ;
- Formation sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et *Help Baby Breathe* et Soins Maternels Kangourou ;
- Sensibilisation de la communauté sur les radios locales ;
- Acquisition des kits de réanimation du nouveau-né ;
- Supervision trimestrielle sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Gratuité des références obstétricales ;
- Vulgarisation des recommandations issues des revues au niveau des formations publiques et privées ;
- Garde du personnel administratif pour le suivi des cas sociaux ;

- Existence de plateforme de référence et contre référence ;
- Création d'une plateforme pour la vérification de la disponibilité des produits sanguins ;
- Harmonisation des données SDMR tous les lundis au cours du staff ;
- Amélioration du système de référence et contre-référence ;
- Organisation des stages pratiques pour les nouveaux agents qualifiés des maternités (infirmières et sage-femmes) ;
- Prise de note de service qui interdit aux formations périphériques le suivi des grossesses avec facteurs de risque.

3.8.2. Au niveau départemental

- Suivi régulier des cas de décès et des revues par les directions départementales de la santé ;
- Revue semestrielle SDMR dans certains départements;
- Poursuite de l'appui technique aux « Champions SDMR » du département du Borgou ;
- Organisation de séance d'échange interdépartemental sur les décès maternels et néonataux dans les départements du Mono et du Couffo ;
- Réalisation d'une étude sur l'hypertension artérielle et grossesse dans le département du Mono.

3.8.3. Au niveau national

- Compilation et l'analyse hebdomadaire des données de la SDMR suivie du partage des données avec les acteurs;
- Participation des responsables du niveau central aux séances de revues de décès maternels et néonataux;

Cependant, certaines difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de la riposte. Il s'agit de :

- Non-effectivité de la nomination d'un titulaire et d'un suppléant représentant chaque structure au sein du comité;
- Arrêt de l'élaboration des plans de travail annuels du comité national SDMR;
- Formation en lobbying prévue pour le comité SDMR mais non réalisée;
- Formation des membres du comité national SDMR à la SDMR qui n'a pu avoir lieu.

Le tableau 14 présente le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées lors du rapport annuel 2020.

Tableau 14 : Mise en œuvre des recommandations formulées lors du rapport annuel 2020

Recommandations	Résultats
Ministère de la Santé	
Rechercher les causes profondes de la qualité des revues	Exécutée
Insérer les indicateurs de la SDMR dans les critères d'évaluation de la performance des médecins-coordonnateurs de zones sanitaires	Exécutée
Mettre l'accent sur la réalisation des ACBC	Exécutée
Organiser la remobilisation des comités SDMR non fonctionnels	Partiellement exécutée
Rendre systématique les revues de la SDMR	Partiellement exécutée
Créer un cadre de concertation des chefs de services en charge de la santé de la mère et de l'enfant pour le partage des expériences et des bonnes pratiques en matière de SDMR	Partiellement exécutée
Renforcer les compétences des prestataires sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence	En cours d'exécution
Prévoir un point hebdomadaire au conseil des ministres sur la SDMR	Non exécutée
Simplifier le canevas de rapport des revues	Non exécutée
Compléter le paquet d'outils existant pour la réalisation des ACBC	Non exécutée
Former tous les comités SDMR non encore formés en veillant à ce que le personnel ayant le profil adapté participe effectivement à la formation	Non exécutée
Définir un mécanisme de motivation des membres des comités SDMR	Non exécutée
Mettre en place une base de données des prestataires formées sur la SDMR	Non exécutée
Evaluer l'impact de la mise en place des « Champions SDMR » du Borgou afin de décider de l'extension ou non de l'initiative aux autres départements	Non exécutée
Partenaires techniques et financiers	
Renforcer l'appui technique et financier à la SDMR au Bénin	Exécutée

Recommandations	Résultats
Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie	
Poursuivre l'appui technique au processus d'amélioration de la SDMR	Exécutée
Renforcer l'appui technique aux zones sanitaires en difficulté pour la mise en œuvre de la SDMR	Exécutée
Directions Départementales de la Santé	
Veiller à l'utilisation des canevas harmonisés de rapport de revues de décès maternels et décès néonataux et à la complétude des rapports transmis par les comités SDMR des zones sanitaires	Partiellement exécutée
Transmettre trimestriellement tous les rapports de revues à l'ANSSP	Partiellement exécutée
Tenir au niveau de chaque département des ateliers semestriels de revue de la SDMR en y intégrant la validation des données hebdomadaires et mensuels de la SDMR	Partiellement exécutée
Rendre compte trimestriellement (par mail) à l'ANSSP et au Comité National SDMR (avec en copie le CERRHUD) des actions de riposte menées	Non exécutée
Zones sanitaires	
Organiser des séances de restitution des résultats issus des revues aux prestataires (prestataires de soins maternels et néonataux)	Exécutée
Organiser des séances de restitution des résultats issus des revues aux instances réunissant les élus locaux	Partiellement exécutée
Intensifier les séances d'information éducation et changement de comportement à l'endroit de la population sur les retards qui favorisent les décès	Partiellement exécutée
Intensifier la sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles qui pourraient favoriser la réduction des décès maternels et néonataux	Partiellement exécutée
Organiser chaque mois une séance de validation des données de notification décès maternels et néonataux au niveau des zones sanitaires rassemblant au moins le statisticien de zone, la responsable des soins obstétricaux et la responsable du centre de surveillance épidémiologique et le responsable statistique du CHD (lorsqu'il y en a dans la zone sanitaire)	Non exécutée
Organiser des séances de restitution des résultats issus des revues à la communauté	Non exécutée

Recommandations	Résultats
Prévoir une ligne budgétaire pour la SDMR dans le plan d'action de toutes les zones sanitaires	Exécutée
Transmettre après chaque revue le rapport de la revue à la direction départementale de la santé	Exécutée
Mettre à jour la base surveillance intégrée des maladies et riposte à la fin de chaque revue	Exécutée
S'assurer de la disponibilité permanente des trousseaux d'urgences dans toutes les formations sanitaires	Partiellement exécutée
Utiliser systématiquement les canevas harmonisés de rapport de revue de décès maternels et néonataux	Partiellement exécutée
Briefing les relais communautaires à la notification systématique des décès maternels et néonataux	Partiellement exécutée
Identifier un membre du comité SDMR chargé du suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des revues de décès maternels et néonataux et le nommer par une note de service	Partiellement exécutée
Faire des recherches opérationnelles pour l'identification des vraies causes spécifiques liées à la problématique de la mortalité maternelle et infantile	Non exécutée
Organiser un suivi régulier de la SDMR dans les formations sanitaires privées	Non exécutée
Rendre compte mensuellement (par mail) à la direction départementale de la santé des actions de riposte menées	Non exécutée

3.9. Résumé des indicateurs évaluant la SDMR au niveau national en 2021

Le tableau 15 présente le résumé des indicateurs de la SDMR au plan national au cours de l'année 2021.

Tableau 15: Résumé des indicateurs nationaux, Bénin, 2021

Thématiques/ Cycle de la SDMR	Indicateurs	Normes	Niveau atteint	Commentaires/ Références
Politique de notification et de revue des décès maternels et périnataux	Politique ou directive nationale sur le décès maternel comme événement à déclaration obligatoire	Oui	Oui	Il existe un arrêté qui fait obligation de déclaration des décès maternels et néonataux et des revues de tous ces cas
	Politique nationale sur la revue de tous les décès maternels	Oui	Oui	
	Politique nationale sur la revue de tous les décès néonataux	Oui	Oui	
Fonctionnalité du comité national SDMR	Proportion de réunions du comité national SDMR tenues	100%	0	L'inexistence d'un arrêté portant nomination des membres du comité national SDMR et la pandémie du COVID 19 ont entravé le fonctionnement du comité
	Preuve de l'existence d'un coordonnateur (Président) du comité national SDMR	Oui	Non	
Elaboration du rapport annuel SDMR	Rapport annuel SDMR élaboré	Oui	Oui	Un rapport annuel est élaboré chaque année depuis 2016

Thématiques/ Cycle de la SDMR	Indicateurs	Normes	Niveau atteint	Commentaires/ Références
Indicateurs communs à toutes les phases	Pourcentage de zones sanitaires, de CHD et de CHU comportant un comité SDMR fonctionnel	100%	88,1%	
	Pourcentage de zones sanitaires comprenant un point focal SDMR	100%	100%	
	Proportion de décès maternels identifiés par la SDMR et inclus dans les registres de l'état civil	100%	ND	
Lien entre la SDMR et le Système d'information sanitaire de routine	Proportion de décès néonataux identifiés par la SDMR et inclus dans les registres de l'état civil	100%	ND	
	Proportion de décès maternels notifiés au système d'information sanitaire	100%	56,6%	
	Proportion de décès néonataux notifiés au système d'information sanitaire	100%	28,8%	
	Pourcentage de décès maternels notifiés revus	Supérieur à 90%	54,8%	
Procéder à la revue des décès maternels et néonataux	Pourcentage de décès néonataux notifiés revus	Supérieur à 90%	25,1%	
	Pourcentage de décès maternels estimés revus	100%	31,0%	
	Pourcentage de décès néonataux estimés revus	100%	7,2%	
	Délai moyen de réalisation des revues de décès maternels	30 jours	53 jours	
	Délai moyen de réalisation des revues de décès néonataux	30 jours	67 jours	

Thématiques/ Cycle de la SDMR	Indicateurs	Normes	Niveau atteint	Commentaires/ Références
Analyser et faire des recommandations	Pourcentage de revues avec des recommandations formulées	100%	98,6%	
	Pourcentage des départements réalisant des revues semestrielles de la SDMR assorties de recommandations pour l'action et du suivi de leur mise en œuvre	100%	16,6%	
Riposter et suivre l'intervention	Pourcentage de recommandations des revues de décès maternels mises en œuvre	Supérieur à 80%	ND	
	Pourcentage de recommandations des revues semestrielles départementales mises en œuvre	Supérieur à 80%	ND	La mise en œuvre des recommandations est en cours
Procéder à la revue des décès maternels et néonataux	Pourcentage de recommandations du rapport annuel 2020 mises en œuvre	Supérieur à 80%	27%	

* ND : non disponible

Cette page est laissée vierge intentionnellement



DISCUSSION

La sous-notification des décès maternels et néonataux est observée lors de l'analyse des données de 2021 tout comme les années antérieures (2016 à 2020). Cette situation s'expliquerait selon les participants à l'atelier d'harmonisation des données par la sous-notification des décès survenus en communauté, des décès néonataux survenus dans les formations sanitaires périphériques et la peur du blâme. Suite à une étude menée en Ethiopie en 2018 et 2019, Melberg et al ont conclu que la crainte de la responsabilité personnelle et politique des décès maternels influence fortement non seulement les pratiques de déclaration mais aussi les soins prodigués dans les sites étudiés. Les agents de santé déclarent les décès maternels de manière à minimiser leur nombre et à détourner la responsabilité des résultats négatifs. Ils attribuent les décès à des facteurs communautaires et infrastructurels, qui sont souvent hors de leur contrôle⁽⁷⁾.

Une discordance est observée entre les statistiques fournies par les acteurs du niveau opérationnel et celles extraites des bases de données du niveau central. Celle-ci s'expliquerait par un défaut d'harmonisation des données entre les acteurs du niveau opérationnel (responsable du centre de surveillance épidémiologique, responsable des soins obstétricaux, statisticien du bureau de zone sanitaire et statisticien du CHD s'il y en a dans la zone sanitaire).

Tous les cas de décès maternels et néonataux notifiés ne sont pas encore revus comme le stipule l'arrêté institutionnalisant la SDMR. Cette situation s'expliquerait selon les participants à

l'atelier d'harmonisation par le nombre important de décès enregistrés dans certains départements, la surcharge de travail et aussi la démotivation du personnel (frais de déplacement non payés, collation non offerte). Les prestataires seraient ainsi réticents à participer aux revues de décès dont la durée est parfois longue pouvant s'étendre en dehors des horaires de travail ou ont lieu pour certains prestataires durant leurs jours de repos. La démotivation a été également rapportée par Said et al en Tanzanie ⁽⁸⁾. La même tendance a été observée par Kinney et al suite à l'évaluation de la mise en œuvre de la SDMR dans quatre pays africains (Nigeria, Rwanda, Tanzanie et Zimbabwe) : les barrières à la mise en œuvre de la stratégie incluaient l'insuffisance de temps et la faible motivation du personnel ⁽⁹⁾. La non-complétude et le non-respect des canevas recommandés sont des caractéristiques relevées lors du dépouillement des rapports de revues transmis au niveau central. Cette situation s'expliquerait par une proportion élevée des membres actuels des comités SDMR qui ne seraient pas formés (les membres initialement formés ayant été pour la plupart mutés à d'autres postes). Cette observation est corroborée par les résultats de Kinney et al qui identifie la faible capacité des prestataires à réaliser les revues comme un facteur limitant la mise en œuvre de la SDMR⁽⁹⁾.

Les causes des décès maternels revues en 2021 sont dominées par les hémorragies comme les années précédentes. Une revue systématique des études publiées entre 2015 et 2020 confirme ce résultat : les hémorragies représentent également la première

cause de décès maternels en Afrique subsaharienne suivie des troubles hypertensifs ⁽¹⁰⁾. Une observation similaire a été faite concernant les pays africains suite à des travaux concernant 40 pays menés par Bailey et al ⁽¹¹⁾.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



RECOMMADATIONS

En plus des recommandations antérieures en cours d'exécution, partiellement exécutées et non exécutées, les recommandations suivantes sont formulées à l'issue de l'analyse de la performance de la SDMR en 2021. Ce rapport de 2021 montre que la SDMR est établie au Bénin, mais que sa performance en termes de mise en œuvre est stagnante. Une action concertée de toutes les parties prenantes est nécessaire pour identifier et lever les goulots d'étranglement susceptible de faire monter d'un cran les indicateurs de mise en œuvre dès 2023. Cette montée en puissance doit toucher toutes les composantes, notamment la notification des décès, la proportion de cas revus, la qualité des revues, la qualité des recommandations et le taux de mise en œuvre des recommandations. Tous ces efforts doivent être alignés sur l'impératif de réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

5.1. A l'endroit du Ministère de la Santé

A cet effet, nous recommandons au Ministère de la Santé, de veiller à maintenir haut sur l'agenda politique, la question de la morbi-mortalité maternelle et néonatale, et de continuer les actions pour une meilleure mobilisation de l'attention politique et des ressources multisectorielles nécessaires à la lutte.

Nous recommandons aussi au Ministère de la Santé de réaliser, à partir des données probantes et des leçons apprises jusqu'à maintenant, une formulation contextualisée de la théorie de changement de la SDMR au Bénin.

Sur la base de cette théorie de changement contextualisée, le Ministère de la Santé devrait aussi veiller, dans le sens des réformes

en cours, à maintenir un cadre institutionnel clair et favorable à une bonne gouvernance du sous-système de lutte contre la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Ce cadre institutionnel doit par exemple redynamiser le comité national de la SDMR, en vue d'une meilleure coordination des activités de la SDMR et de l'appui au démarrage du fonctionnement de tous les comités SDMR non fonctionnels.

Cette gouvernance doit valoriser l'apprentissage systémique continu et la culture de la redevabilité qui sont au cœur de la théorie de changement de la SDMR. En valorisant l'apprentissage systémique continu et la culture de la redevabilité, le Ministère de la Santé donnera un signal fort, qui va encourager l'organisation et la tenue effective de revues basées davantage sur la volonté d'apprendre pour mieux faire que sur la peur de reconnaître ses défis à tous les niveaux et le rejet constant de la culpabilité et du blâme. Dans cette logique, le Ministère peut encourager l'organisation d'ateliers de partage d'expériences et de compétences en SDMR et d'organisation des revues entre zones sanitaires.

Aussi, le Ministère de la Santé pourrait envisager une relecture de l'arrêté en cours pour y intégrer toutes les leçons apprises depuis que le présent arrêté est en vigueur.

Nous recommandons également au Ministère de la Santé d'engager un processus pour actualiser et/ou élaborer les protocoles de soins maternels et périnataux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour rappeler les référentiels en matière de

prise en charge des complications obstétricales majeures.

Aussi, nous recommandons, au Ministère de développer et de mettre en œuvre des cycles courts d'apprentissage pour aligner au mieux les réformes en cours sur les objectifs attendus pour la mère et le nouveau-né. Ces réformes impliquent par exemple la prise des décrets d'application de la loi N°2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi N°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction et les réformes pour une meilleure gouvernance du secteur privé en santé.

Enfin, nous recommandons de poursuivre le recrutement des ressources humaines en santé, de renforcer l'intégration de toutes les stratégies visant la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale et de poursuivre le renforcement des capacités des prestataires de soins obstétricaux à travers les approches comme les formations, le mentorat clinique, la supervision formative.

5.2. A l'endroit des directions départementales de la santé et des équipes d'encadrement des zones sanitaires

Nous recommandons de développer avec les autorités politico-administratives décentralisées et avec les représentants de la communauté, des stratégies opérationnelles pour booster la notification communautaire des décès maternels et néonataux. Nous leur recommandons aussi de s'engager dans la sécurisation de lignes de ressources suffisantes pour accompagner la réalisation des revues. Ceci pourrait être à travers la création et le maintien dans les plans de travail annuels d'une ligne budgétaire pour soutenir les séances de revues.

Aussi, les directions départementales de la santé et les équipes d'encadrement des zones sanitaires devraient s'engager dans la promotion de l'apprentissage systémique continu et de culture de la redevabilité en appui opérationnel à la vision du Ministère de la Santé en la matière. Ceci inclut par exemple, la promotion de la charte de la revue, le partage des recommandations issues des revues aux prestataires des structures sanitaires aussi bien publiques que privées et à la communauté à travers les plateformes existantes et organiser les restitutions. Ils peuvent aussi organiser au niveau de chaque zone sanitaire une session d'harmonisation mensuelle des données du *District Health Information System 2* et de la base SDMR. Il pourrait s'agir aussi de tenir au niveau de chaque département des ateliers semestriels de revue de la SDMR en y intégrant la validation des données hebdomadaires et mensuels de la SDMR et engager des recherches opérationnelles pour l'identification des vraies causes spécifiques liées à la problématique de la mortalité maternelle et néonatale dans leurs régions respectives.

Nous leur recommandons aussi de développer des mécanismes adaptés à leurs contextes respectifs pour assurer le maintien des capacités à tous les niveaux en matière de SDMR et la transmission régulière des rapports de revue complets aux directions départementales de la santé. Ils pourraient par exemple rendre systématique la formation et la mise à niveau des agents nouvellement recrutés en matière de SDMR dans leurs zones et départements respectifs.

Nous recommandons enfin de s'engager dans leurs compétences respectives dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des revues. Il pourrait s'agir du maintien au niveau des départements d'un répertoire unique des recommandations qui sera mise à jour chaque mois.

5.3. A l'endroit du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie

Nous recommandons au Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, de mobiliser ou de produire les données probantes nécessaires pour l'élaboration de la théorie de changement contextualisée et actualisée de la SDMR au Bénin, afin de soutenir la mise à jour des outils, des protocoles, des processus et des méthodes pour le passage à une échelle supérieure de performance de la SDMR au Bénin. Nous recommandons au CERRHUD de multiplier les approches par lesquelles les différents acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire peuvent maintenir leurs compétences en matière de SDMR mais au-delà en matière d'amélioration de la qualité des soins et de lutte contre la morbi-mortalité maternelle au Bénin. Il pourrait s'agir de développer des formations de courte durée en ligne, de développer des stratégies de coaching ou de mentorat aux leaders des équipes à différents niveaux. Les compétences en analyse des causes profondes et en résolution des problèmes, en analyse systémique, en analyse des détenteurs d'enjeu sont essentiels pour permettre aux comités SDMR, d'aller au-delà des recommandations récurrentes pour régler en profondeur les défis persistants

conduisant aux décès maternels et néonataux.

5.4. A l'endroit des partenaires techniques et financiers

Toute cette redynamisation nécessite des ressources de toutes sortes. C'est pourquoi, nous recommandons, à l'endroit des partenaires techniques et financiers, de maintenir et de renforcer leur appui à la SDMR, et à toutes les initiatives connexes qui de manière intégrée visent à améliorer le bien-être des mères et des nouveau-nés au Bénin.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



CONCLUSION

La SDMR est effective au Bénin depuis l'année 2013. L'élaboration du rapport annuel de la SDMR, exercice de routine depuis 2016, permet de prendre des résolutions pour l'amélioration de la stratégie.

En dépit des engagements pris et des actions menées au cours de l'année 2020, plusieurs défis restent à relever pour avoir un système performant et contribuer véritablement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les résultats obtenus, après l'analyse de la SDMR en 2021, suggèrent un renforcement de la notification communautaire, un engagement plus fort des parties prenantes pour des revues de qualité et un suivi de la mise en œuvre des recommandations tant au niveau local que national.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. World Health Organization; 2019 [cité 28 févr 2022]. 104 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>
2. Ministère du Plan et du Développement. Cinquième Enquête Démographique de Santé 2017-2018. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique; p. 675.
3. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Projections démographiques révisée. 2009.
4. Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires 2020. Bénin; 2020 p. 278.
5. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022. Bénin; 2018 p. 14-9.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Onzième révision de la classification Internationale des maladies. CIM-11 [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
7. Melberg A, Mirkuzie AH, Sisay TA, Sisay MM, Moland KM. 'Maternal deaths should simply be 0': politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. Health Policy Plan. sept 2019;34(7):492-8.
8. Said A, Sirili N, Massawe S, Pembe AB, Hanson C, Malqvist M. Mismatched ambition, execution and outcomes: implementing maternal death surveillance and response system in Mtwara region, Tanzania. BMJ Global Health. 1 mai 2021;6(5):e005040.

9. Kinney MV, Ajayi G, Graft-Johnson J de, Hill K, Khadka N, Om'Iniabo A, et al. "It might be a statistic to me, but every death matters.": An assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries. PLOS ONE. 18 déc 2020;15(12):e0243722.
10. Musarandega R, Nyakura M, Machezano R, Pattinson R, Munjanja SP. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020. J Glob Health. 2021;11:04048.
11. Bailey PE, Andualem W, Brun M, Freedman L, Gbangbade S, Kante M, et al. Institutional maternal and perinatal deaths: a review of 40 low and middle income countries. BMC Pregnancy and Childbirth. 7 sept 2017;17(1):295.

Cette page est laissée vierge intentionnellement



ANNEXES

Tableau 16 : Répartition par département et par source des données de notification et des revue de décès maternels et néonataux survenus en 2021 au Bénin

Départements/Zones Sanitaires	Notification de décès maternels			Revues de décès maternels		Notification de décès néonataux		Revues de décès néonataux	
	Zones sanitaires	ANSSP	DPAF	Nombre de revues zones sanitaires	Nombre de revues ANSSP	Nombre enregistré zones sanitaires	Nombre enregistré ANSSP	Nombre de revues zones sanitaires	Nombre de revues ANSSP
Alibori	75	75	77	63	61	184	185	94	82
Banikoara	12	12	10	12	12	76	76	47	36
Kandi/Gogounou/Ségbana	49	49	53	38	38	82	83	34	34
Malanville/Karimama	14	14	14	13	11	26	26	13	12
Atacora	62	64	64	54	59	192	198	124	153
Kouande/Pehunco/Kérou	16	16	16	16	15	5	5	4	4
Natitingou/Boukoubé/Toucountouna	20	21	20	18	18	28	31	13	13
Tanguieta/Coby/Matéri	26	27	28	20	26	159	162	107	136
Atlantique	94	100	95	36	35	446	447	24	33
Abomey/Calavi/So-Ava	48	48	47	11	10	226	234	24	33
Allada/Toffo/Zè	16	16	18	5	5	121	121	0	0
Ouidah/Kopmassè/Tori-Bossito	30	36	30	20	20	99	92	0	0
Borgou	89	139	148	82	110	254	445	128	124
Bembereke/Sinendé	47	49	48	47	49	105	106	70	70
Nikki/Kalale/Pèrèrè	5	4	5	5	4	110	116	44	40
Parakou/N'Dali	11	60	70	8	35	20	203	9	9
Tchaourou	26	26	25	22	22	19	20	5	5
Collines	42	42	39	42	42	200	202	173	175
Dassa/Glazoué	21	21	20	21	21	156	156	156	156
Savalou/Banté	12	12	12	12	12	36	38	13	12
Savè/Ouessè	9	9	7	9	9	8	8	4	7
Couffo	53	53	53	53	53	36	36	6	6
Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	35	35	35	35	35	18	18	5	5
Klouékamè/Lalo/Toviklin	18	18	18	18	18	18	18	1	1
Donga	30	29	30	30	23	241	240	216	228
Bassila	6	5	6	6	0	16	12	10	1
Djougou/Ouaké/Copargo	24	24	24	24	23	225	228	206	227
Littoral	29	174	176	22	24	92	851	4	4
Cotonou 1/Cotonou 4	1	62	76	0	3	1	574	0	0
Cotonou 2/Cotonou 3	12	12	10	6	6	46	47	0	0
Cotonou 5	15	15	16	15	15	40	39	4	4
Cotonou 6	1	85	74	1	0	5	191	0	0
Mono	12	67	65	12	38	65	162	11	36
Comé/Grand Popo/Houéyogbé/Bopa	12	12	13	12	12	57	56	3	2
Lokossa/Athiémié	0	55	52		26	8	106	8	34
Ouémé	25	133	128	14	22	24	439	2	11
Akpro-Missérété/Adjarra/Avrankou	5	15	5	4	6	2	19	0	2
Adjohoun/Bonou/Dangbo	16	5	13	6	4	18	2	2	0
Porto-Novo/Sèmè-Kpodj/Agougués	4	113	110	4	12	4	418	0	9

Départements/Zones Sanitaires	Notification de décès maternels			Reuves de décès maternels		Notification de décès néonataux		Reuves de décès néonataux	
	Zones sanitaires	ANSSP	DPAF	Nombre de revues zones sanitaires	Nombre de revues ANSSP	Nombre enregistré zones sanitaires	Nombre enregistré ANSSP	Nombre de revues zones sanitaires	Nombre de revues ANSSP
	Plateau	41	43	39	41	42	73	73	73
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	22	24	20	22	23	56	56	56	55
Sakété/Ifangni	19	19	19	19	19	17	17	17	17
Zou	9	111	114	9	37	84	585	1	18
Abomey/Agbangnizoun/Djidja	6	95	96	6	21	84	536	1	14
Bohicon/Za-Kpota/ Zogbodomey	3	3	4	3	3	0	0		0
Covè/Ouinhi/Zagnanado		13	14		13		49		4
Hôpitaux départementaux et nationaux									
CHD Borgou	47	inclus dans ZS		28	53	184	inclus dans ZS	0	
CHD Atacora	Service mere enfant ferme	inclus dans ZS			0		inclus dans ZS		
CHD Zou	88	inclus dans ZS		18	89	443	inclus dans ZS	15	
CHD Mono	53	inclus dans ZS		23	52	92	inclus dans ZS	35	
CHD Ouémé-Plateau	113	inclus dans ZS		11	99	421	inclus dans ZS	7	
HIA	0	inclus dans ZS			NR	A complete r	inclus dans ZS		
CNHU	88	inclus dans ZS		0	73	195	inclus dans ZS	0	
CHU MEL	72	inclus dans ZS		7	74	573	inclus dans ZS	1	

*ZS : zones sanitaires

Tableau 17 : Répartition par département des données de notification et de revue des décès maternels au Bénin en 2021, validées au niveau central

Départements/Zones Sanitaires	Décès maternels revus	Décès maternels non revus	% décès maternels revus	Total de décès maternels
Alibori	64	11	85,3	75
Banikoara	12	0	100,0	12
Kandi/Gogounou/Ségbana	38	11	77,6	49
Malanville/Karimama	14	0	100,0	14
Atacora	59	3	95,2	62
Kouande/Pehunco/Kérou	15	0	100,0	15
Natitingou/Boukoubé/Toucountouna	18	2	90,0	20
Tanguieta/Cobly/Matéri	26	1	96,3	27
Atlantique	36	58	38,3	94
Abomey/Calavi/So-Ava	11	37	22,9	48
Allada/Toffo/Zè	5	11	31,3	16
Ouidah/Kopmassè/Tori-Bossito	20	10	66,7	30
Borgou	108	28	79,4	136
Bembereke/Sinendé	46	0	100,0	46
Nikki/Kalale/Pèrèrè	5	0	100,0	5
Parakou/N'Dali	35	25	58,3	60
Tchaourou	22	3	88,0	25
Collines	42	0	100,0	42
Dassa/Glazoué	21	0	100,0	21
Savalou/Banté	12	0	100,0	12
Savè/Ouessè	9	0	100,0	9
Couffo	53	0	100,0	53
Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	35	0	100,0	35
Klouékamè/Lalo/Toviklin	18	0	100,0	18
Donga	29	0	100,0	29
Bassila	6	0	100,0	6
Djougou/Ouaké/Copargo	23	0	100,0	23
Cotonou 1/Cotonou 4	25	153	14,0	178
Cotonou 2/Cotonou 3	3	60	4,8	63
Cotonou 5	6	6	50,0	12
Cotonou 6	15	0	100,0	15
Mono	1	87	1,1	88
Comé/Grand Popo/Houéyogbé/Bopa	38	27	58,5	65
Lokossa/Athiémé	12	0	100,0	12
Ouémé	26	27	49,1	53
Akpro-Missérété/Adjarrá/Avrankou	22	110	16,7	132
Adjohoun/Bonou/Dangbo	6	10	37,5	16
Porto-Novo/Sèmè-Kpodj/ Aguégúés	4	0	100,0	4
Cotonou 1/Cotonou 4	12	100	10,7	112
Plateau	42	0	100,0	42
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	23	0	100,0	23
Sakété/Ifangni	19	0	100,0	19
Zou	40	70	36,4	110
Abomey/Agbangnizoun/Djidja	24	70	25,5	94
Bohicon/Za-Kpota/ Zogbodomey	3	0	100,0	3
Covè/Ouinhi/Zagnanado	13	0	100,0	13
Bénin	558	460	54,8	1018

Tableau 18 : Répartition par département des données de notification et de revue des décès néonataux au Bénin en 2021, validées au niveau central

Départements/Zones Sanitaires	Décès néonataux revus	Décès néonataux non revus	% décès néonataux revus	Total de décès néonataux
Alibori	95	88	51,9	183
Banikoara	47	29	61,8	76
Kandi/Gogounou/Ségbana	34	48	41,5	82
Malanville/Karimama	14	11	56,0	25
Atacora	154	41	79,0	195
Kouande/Pehunco/Kérou	5	0	100,0	5
Natitingou/Boukoubmé/Toucountouna	13	15	46,4	28
Tanguieta/Cobly/Matéri	136	26	84,0	162
Atlantique	24	416	5,5	440
Abomey/Calavi/So-Ava	24	202	10,6	226
Allada/Toffo/Zè	0	122	0,0	122
Ouidah/Kopmassè/Tori-Bossito	0	92	0,0	92
Borgou	129	315	29,1	444
Bembereke/Sinendé	70	36	66,0	106
Nikki/Kalale/Pèrèrè	45	71	38,8	116
Parakou/N'Dali	9	194	4,4	203
Tchaourou	5	14	26,3	19
Collines	176	24	88,0	200
Dassa/Glazoué	156	0	100,0	156
Savalou/Bantè	12	24	33,3	36
Savè/Ouessè	8	0	100,0	8
Couffo	6	30	16,7	36
Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	5	13	27,8	18
Klouékamè/Lalo/Toviklin	1	17	5,6	18
Donga	237	0	100,0	237
Bassila	16	0	100,0	16
Djougou/Ouaké/Copargo	221	0	100,0	221
Cotonou 1/Cotonou 4	4	854	0,5	858
Cotonou 2/Cotonou 3	0	576	0,0	576
Cotonou 5	0	46	0,0	46
Cotonou 6	4	36	10,0	40
Mono	0	196	0,0	196
Comé/Grand Popo/Houéyogbé/Bopa	36	126	22,2	162
Lokossa/Athiémé	2	54	3,6	56
Ouémé	34	72	32,1	106
Akpro-Missérété/Adjarra/Avrankou	12	426	2,7	438
Adjohoun/Bonou/Dangbo	1	17	5,6	18
Porto-Novo/Sèmè-Kpodj/ Aguégoués	2	0	100,0	2
Cotonou 1/Cotonou 4	9	409	2,2	418
Plateau	71	1	98,6	72
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	54	1	98,2	55
Sakété/Ifangni	17	0	100,0	17
Zou	20	557	3,5	577
Abomey/Agbangnizoun/Djidja	16	512	3,0	528
Bohicon/Za-Kpota/ Zogbodomey	0	0	#DIV/0!	0
Covè/Quinhil/Zagnanado	4	45	8,2	49
Bénin	964	2878	25,1	3842

Cette page est laissée vierge intentionnellement



Olyche Entreprise : +229 979 68 343



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

+229 21 33 21 63 / 21 33 21 78
info@beninsante.bj
Akpakpa - Cotonou
www.sante.gouv.bj