

Surveillance des
Décès
Maternels/Néonataux et
Riposte

RAPPORT ANNUEL BENIN | 2020



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS & NÉONATALS ET RIPOSTE

RAPPORT ANNUEL BENIN 2020



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



Cette page est laissée vierge intentionnellement

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Contexte et Justification	1
Objectifs	5
Objectif général	6
Objectifs Spécifiques	6
Méthodologie	8
Cadre de l'étude	9
Cadre d'analyse	10
Population d'étude et Sources des données	19
Recueil des données	20
Analyse des données	22
Evaluation de la notification	23
Évaluation des audits de décès maternels, néonataux et de la complétude des rapports d'audits	24
Évaluation de l'analyse des décès, des recommandations et de la riposte	25
Résultats	27
Fonctionnalité des comités de Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte	28
Indicateurs relatifs à la notification	28

Indicateurs relatifs aux audits des décès maternels et décès néonataux	31
Qualité des audits	33
Caractéristiques des décès maternels	36
Caractéristiques des décès néonataux	38
Causes des décès maternels et néonataux	39
Cas des audits cliniques basés sur les critères	40
Analyse des dysfonctionnements	40
Riposte au niveau locale	42
Riposte au niveau départemental	42
Riposte au niveau nationale	43
Résumé des indicateurs Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte	47
Discussion	51
Problèmes de notification	52
Difficultés dans la réalisation des audits	53
Riposte au niveau locale et départemental	54
Riposte au niveau national	55
Recommandations	57
Conclusion	64
Références	67
Annexe	70
Table des matières	v

LISTE DES SIGLES

ANSSP	Agence Nationale des Soins de Santé Primaire
CERRHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CPN	Consultation Périnatale
DDS	Direction Départementale de la Santé
DM	Décès maternel
DN	Décès néonatal
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPME	Direction de la Protection de la Mère et de l'Enfant
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
ENABEL	Agence Belge de Développement
FoSa	Formation Sanitaire
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpital de Zone
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SDMR	Surveillance des Décès Maternels/Néonataux et Riposte

SDMR	Surveillance des Décès Maternels/Néonataux et Riposte
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Notification des décès maternels et néonataux selon les bases de données des zones sanitaires et de la Direction Nationale de la Santé Publique/Direction de la Programmation et de la Prospective, Bénin, 2020	29
Tableau II : Taux de notification des décès maternels et néonataux en fonction du département, Bénin, 2020	30
Tableau III : Délai moyen de réalisation des audits de décès maternels et néonataux, Bénin, 2020	33
Tableau IV : Evolution du degré de complétude (en %) des rapports d'audits de décès maternels et néonataux de 2018 à 2020, Bénin	35
Tableau V : Caractéristiques des cas de décès maternels audités, Bénin, 2020	36
Tableau VI : Répartition des dysfonctionnements selon les parties prenantes, Bénin, 2020	40
Tableau VII : Suivi de la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte 2019	45
Tableau VIII : Indicateurs de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte en 2020 au Bénin	47
Tableau IX : Répartition des audits de décès maternels réalisés par Commune, Bénin, 2020	71
Tableau X : Répartition des audits de décès néonataux réalisés par Commune, Bénin, 2020	73
Tableau XI : Comparaison des données rapportées par les acteurs des zones sanitaires lors de l'atelier d'harmonisation aux données harmonisées entre la Direction Nationale de la Santé Publique et la Direction de la Programmation et de la Prospective, Bénin, 2020	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle d'action continu de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte de l'OMS (adapté de "Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response : Materials to support implementation")	12
Figure 2 : Circuit de l'information dans la surveillance des décès maternels et néonataux(adapté d'une présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique du Bénin)	13
Figure 3 : Synthèse du processus de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte (OMS, 2015)	18
Figure 4 : Proportion de décès maternels audités parmi les décès maternels notifiés par Département, Bénin, 2020	31
Figure 5 : Proportion de décès néonataux audités parmi les décès néonataux notifiés par Département, Bénin, 2020	32
Figure 6 : Délai moyen de réalisation des audits de décès maternels, Bénin, 2020	34
Figure 7 : Délai moyen de réalisation des audits de décès néonataux, Bénin, 2020	34
Figure 8 : Répartition des cas de décès maternels audités en fonction de la gestité, Bénin, 2020	37
Figure 9 : Répartition du délai de survenue des décès néonataux audités, Bénin, 2020	38
Figure 10 : Proportion de décès néonataux audités selon le type d'accouchement, Bénin, 2020	38
Figure 11 : Répartition des causes des décès maternels audités, Bénin, 2020	39
Figure 12 : Répartition des causes des décès néonataux audités, Bénin, 2020	39
Figure 13 : Répartition des cas de décès néonataux audités par audit clinique basé sur les critères en fonction du type de complications, Bénin, 2020	40
Figure 14 : Répartition des dysfonctionnements liés à la plateforme de soins identifiés lors des audits, Bénin, 2020	41

REMERCIEMENTS

L'équipe de rédaction remercie:

- **Les Directeurs Départementaux de la Santé**, Chefs services de la santé de la mère et de l'enfant et les Médecins-coordonateurs de zone sanitaire pour leurs collaboration
- **Les participants** à l'atelier d'harmonisation, de validation des données et de rédaction du rapport pour leurs apports respectifs
- **Les participants** à l'atelier de validation du rapport pour leurs contributions
- **Les membres des comités Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte** et l'ensemble des prestataires de soins de santé maternelle et néonatale pour les efforts consentis au quotidien
- **L'Organisation Mondiale de la Santé** pour l'appui technique
- Tous les autres partenaires techniques et financiers notamment **Enabel** et **l'United States Agency for International Development** intervenant dans la mise en œuvre de la stratégie de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte au Bénin.

FINANCEMENT

Le **Fonds des Nations Unies pour la Population** a financé le processus d'élaboration du présent rapport.

RÉSUMÉ

La Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte est mise en œuvre depuis 2013 au Bénin en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. 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 2020. 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 (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. Un atelier d'harmonisation et de validation des données a été organisé à la suite de l'extraction des données des rapports d'audits.

Nous avons reçu et dépouillé 516 rapports d'audits de décès maternels; 308 rapports d'audits de décès néonataux réalisés suivant l'approche des revues de cas centrées sur le patient et 7 rapports d'audits de décès néonataux faits selon l'approche de l'audit clinique basé sur les critères.

Principaux Résultats

Indicateurs transversaux de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte

Le nombre de décès maternels enregistré en 2020 était de 1023; il était de 1019 et 753 respectivement en 2019 et 2018.

Quant au nombre de décès néonataux, il était de 3596 contre 3671 en 2019 et 2764 en 2018.

Notification des décès maternels et néonataux

Il existe une sous-notification persistante des décès maternels (53,3% en 2020 contre 54,9% en 2019 et 42,5% en 2018) et des décès néonataux (24,4% en 2020 contre 26,0% en 2019 et 20,3% en 2018). Des écarts existent encore 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 Programmation et de la Prospective et la Direction Nationale de la Santé Publique. Ces dernières ont été celles retenues dans le cadre de ce travail.

Audits de décès

51,3% des décès maternels et 19,2% des décès néonataux notifiés ont été audités.

Les comités Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte étaient fonctionnels en 2020 à l'exception de ceux de la zone sanitaire Cotonou VI (75 décès maternels et 192 décès néonataux) et du Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (73 décès maternels et 189 décès néonataux) qui

n'ont effectué aucun audit 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

A l'endroit des zones sanitaires

- Organiser chaque mois une séance de validation des données de notification de décès maternels et néonataux au niveau des zones sanitaires rassemblant au moins le statisticien de zone, le responsable des soins obstétricaux et le responsable du centre de surveillance épidémiologique;
- Organiser des séances de restitution des résultats issus des audits aux prestataires et à la communauté;
- Impliquer la communauté dans la notification des décès maternels et décès néonataux.

A l'endroit des Directions Départementales de la Santé

- Transmettre trimestriellement tous les rapports des audits à l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires;
- Tenir au niveau de chaque département des ateliers semestriels de revue de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte en y intégrant la validation des données hebdomadaires et mensuelles de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte .

A l'endroit du Ministère de la Santé

- Organiser la remobilisation des comités Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte non fonctionnels;
- Former tous les comités Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte non encore formés;
- Rechercher les causes profondes de la qualité des audits ;
- Insérer les indicateurs de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte dans les critères d'évaluation de la performance des médecins coordonnateurs des zones sanitaires;
- Simplifier le canevas de rapportage des audits.

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

- Poursuivre l'appui technique au processus d'amélioration de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte ;
- Renforcer l'appui technique aux zones sanitaires en difficulté dans la mise en œuvre de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte .

A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers

- Renforcer l'appui technique et financier à la Surveillance des Décès Maternels & néonataux et Riposte au Bénin.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La mortalité maternelle et néonatale stagne depuis 25 années au Bénin. En effet, les ratios de mortalité maternelle étaient respectivement de 498, 397 et 391 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les Enquêtes Démographiques de Santé de 1996; 2006 et 2017 (1) (2) (3). La tendance est la même en ce qui concerne les taux de mortalité néonatale qui étaient respectivement de 38,2, 32 et 30 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours des mêmes enquêtes (1) (2) (3).

Les cibles des Objectifs du Développement Durable pour ces deux indicateurs (70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 12 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes) sont donc encore loin d'être atteintes malgré l'adoption de la Surveillance des Décès Maternels/Néonataux et Riposte (SDMR) par l'arrêté 2013 N°096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNEHS/DNSP/DSME/SP-C du 6 Mai 2013 portant obligation de notification des cas de décès maternels, néonataux, institutionnalisation des audits des décès maternels, néonataux et des cas de near miss. La SDMR est en effet, une stratégie reconnue pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Sa mise en œuvre au Bénin est confrontée à des défis.

De plus, en 2020, le Bénin à l'instar des autres pays a fait face à une crise sans précédent due à la pandémie de Covid-19 avec un impact sur la santé maternelle et périnatale (4). Ainsi, malgré les efforts du gouvernement et des partenaires techniques et financiers, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale sont encore loin des espérances.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général est d'analyser la performance de la SDMR en 2020 au Bénin.

Objectifs Spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants:

- Déterminer le nombre de décès maternels et néonataux enregistrés en 2020 au Bénin ;
- Calculer les taux de notification et de réalisation des audits ;
- Répertorier les causes des décès maternels et néonataux enregistrés au Bénin en 2020 ;
- Identifier les dysfonctionnements et les facteurs y afférant;
- Apprécier la riposte.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

MÉTHODOLOGIE

Cadre de l'étude

La République du Bénin est 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 Tanguiéta). 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 (5). 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. On compte 34 zones sanitaires dans le pays. Le Bénin dispose au total de 984 établissements publics de santé dont 852 disposants de services de maternités.

Quant au secteur sanitaire privé, il comporte 1373 formations sanitaires dont 299 offrent au moins une prestation de soins de santé maternelle et infantile (6).

Cadre d'analyse

Il s'inspire des orientations du Ministère de la Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la notification et la revue des décès maternels (DM) et des décès néonataux (DN).

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

Le décès néonatal 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 parle spécifiquement des DM mais elle peut être adaptée aux DN.

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’égales importances que sont :

- L’identification et la notification en temps réel;
- La revue des DM 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.

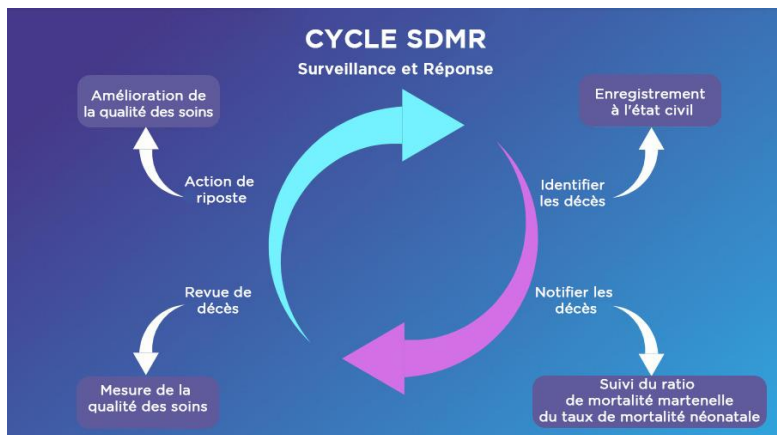


Figure 1 : Cycle d'action continu de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte de l'OMS (adapté de "Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response": Materials to support implementation)

Identification et notification des décès maternels

La SDMR est institutionnalisée au Bénin par l'arrêté N°096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFMT/DNEHS/DSME/DNSP/SP-C. Cet arrêté stipule que tous les cas de DM et DN doivent être notifiés dans les 24 heures via le canal de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte gérée par la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). Tous les lundis matin, 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 DM et des cas confirmés de DN. Le circuit de notification est schématisé sur la figure 2. Précisons qu’il s’agit de tous les cas de DM et DN quel que soit le lieu de survenue (communauté, à l’entrée ou à l’intérieur de la formation sanitaire).

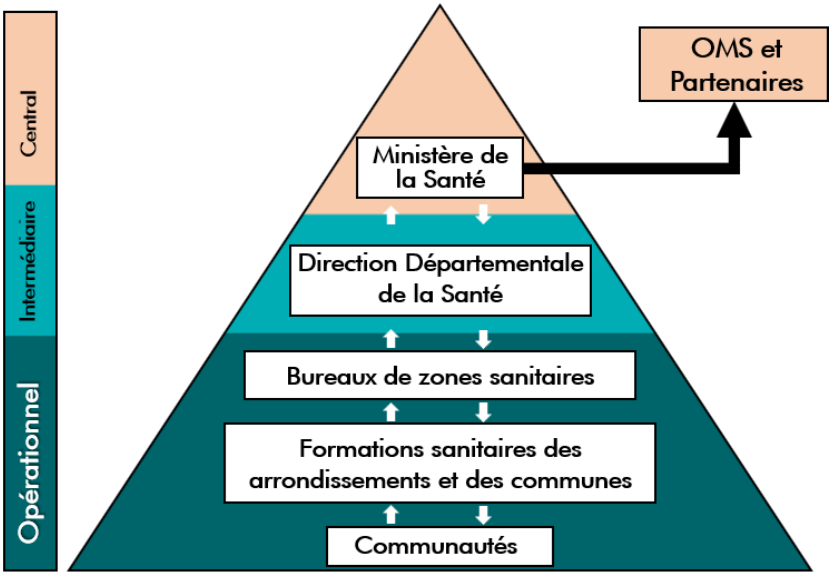


Figure 2 : Circuit de l’information dans la surveillance des décès maternels et néonataux (adapté d’une présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique du Bénin)

La revue des Décès Maternels et Décès Néonataux par des comités SDMR - l'analyse et la formulation des recommandations

L'opérationnalisation de l'analyse et de la formulation des recommandations passe par les audits de DM et DN bien conduits.

L'audit est défini par Crombie comme une analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux, y compris les procédures utilisées pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation des ressources, les résultats et la qualité de vie pour le patient (5). Selon l'arrêté institutionnalisant les audits de DM, les décès notifiés doivent être audités dans les 30 jours qui suivent la notification. Des actions correctrices doivent être menées localement après chaque audit. Il devrait aussi exister au niveau de chaque zone sanitaire, Centre Hospitalier Départemental et de chaque Centre Hospitalier Universitaire un comité d'audit. Ces comités sont chargés d'organiser les audits des cas de DM et DN et le suivi de la riposte.

La périodicité d'organisation des audits de DM et DN doit être mensuelle pour la zone sanitaire, bimensuelle pour le CHD et hebdomadaire pour le CHU. Les ressources nécessaires pour l'organisation de ces audits sont imputables au budget des formations sanitaires concernées.

Les rapports d'audits (suivant un canevas standardisé) doivent être transmis à la hiérarchie supérieure dans les 8 jours. Ces rapports sont archivés au niveau de la Direction de la Protection de la Mère et de l'Enfant (DPME). Au Bénin, 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 d'audits 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 DM et DN.

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, les recommandations doivent être faites avec un plan d'exécution et une date butoir pour la réalisation pour chaque activité. La responsabilité du suivi des progrès de chaque solution devra aussi être confiée à des personnes précises (4,5).

La riposte et l'action

La riposte commence par la mise en œuvre des recommandations de chaque audit de DM et DN 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.

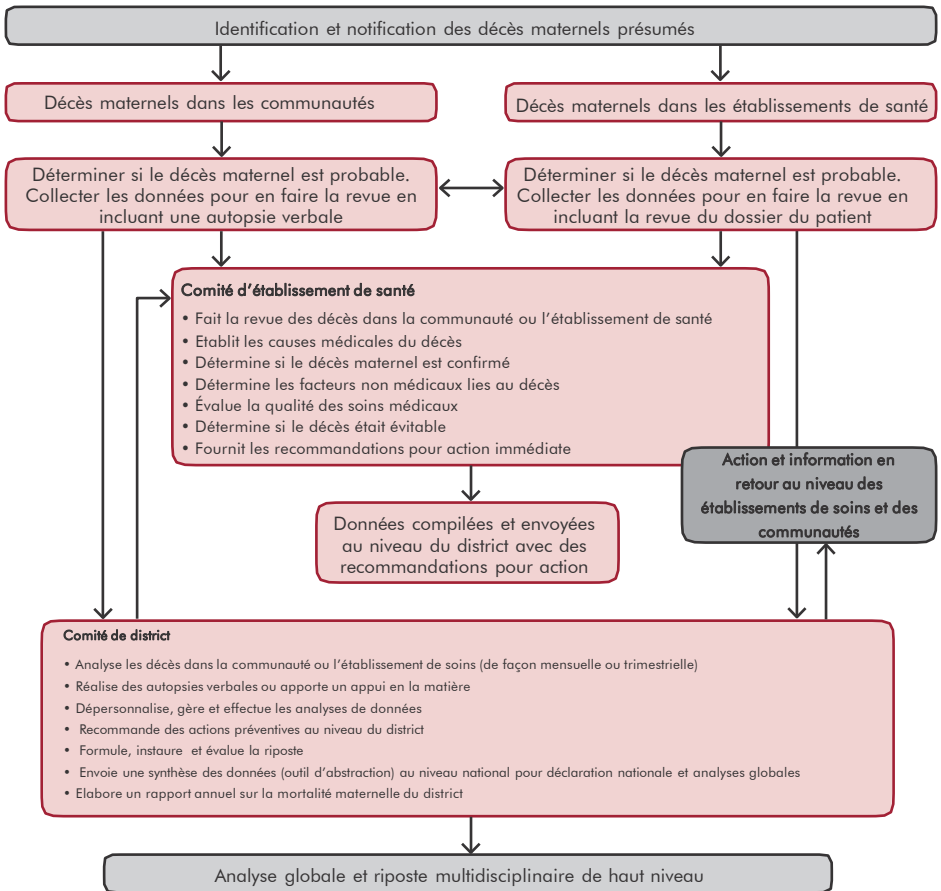


Figure 3 : Synthèse du processus de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte (OMS, 2015)

Population d'étude et Sources des données

La population d'étude était constituée :

- Des femmes décédées en 2020 au cours de leur grossesse, de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite ;
- Des nouveau-nés décédés en 2020 au cours des 28 premiers jours de vie.

Les principales sources d'informations considérées sont:

- les données de notification des DM et DN fournies par le responsable des soins obstétricaux ou le responsable du centre de surveillance épidémiologique représentant chaque zone sanitaire lors de l'atelier d'harmonisation et validation des données ; les données issues de l'harmonisation des statistiques par la DNSP et la Direction de la Programmation et de la Prospective (bases Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte et DHIS2 respectivement), fournies lors du même atelier;
- les rapports d'audits de DM et DN effectués en 2020.

Tous les DM et DN notifiés et tous les rapports d'audits de DM et DN mis à disposition par les zones sanitaires ont été systématiquement utilisés.

Recueil des données

La collecte s'est déroulée en deux grandes phases.

Ces deux grandes phases ont été précédées de la réception des rapports d'audits envoyés par les diverses zones sanitaires du pays. Ces rapports ont été mis à disposition du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) par la DPME. Certains rapports d'audits étaient en support physique (photocopies) tandis que d'autres étaient électroniques (fichier Word ou PDF envoyés par mail).

1ère phase: Dépouillement des rapports d'audit de décès maternels et néonataux

Une équipe chargée de dépouiller les rapports d'audits a été mise sur pied. Elle était composée de sage-femmes ayant une forte expérience en matière d'audits médicaux et d'étudiants en 6ème ou 7e année de médecine. Ils étaient répartis en binômes ; chaque binôme étant composé d'une sage-femme et d'un étudiant. Ces binômes étaient supervisés par une équipe du CERRHUD composée de médecins de Santé Publique et de sage-femme Assistante de recherche. Une séance de formation a été organisée pour l'équipe chargée de l'extraction sur les objectifs de l'étude, la méthode d'étude et le remplissage de la fiche de dépouillement.

Des exercices d'applications ont été réalisés et corrigés en plénière pour s'assurer de la bonne compréhension des objectifs par les membres des binômes.

Après cette phase préliminaire, un lot de rapports d'audit a été distribué aux binômes. Le dépouillement a été réalisé à l'aide d'un formulaire de dépouillement électronique sous Excel. Les superviseurs étaient chargés de vérifier au fur et à mesure la qualité des dépouillements afin de limiter au mieux les données aberrantes et manquantes. À la fin du dépouillement, les binômes ont transmis les fiches de dépouillement électroniques remplies à l'équipe du CERRHUD.

2ème phase : Atelier d'harmonisation et de validation des données de la Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte

Elle s'est déroulée sous forme d'un atelier organisé les 02 et 03 Juin 2021 à Bohicon par la DPME avec l'appui technique du CERRHUD et l'appui financier du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA). L'atelier a réuni 60 participants venus de ANSSP, de la Direction de la Programmation et de la Prospective, de la DNSP, de la Direction Nationale de la Médecine Hospitalière, des 34 zones sanitaires (Responsable des Soins Obstétricaux ou Responsable du Centre de Surveillance Epidémiologique), du Collège Nationale des Gynécologues-Obstétriciens du Bénin, de l'Association de Gynécologue-Obstétriciens Privés du Bénin, de la Société Béninoise de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres du Secteur Privé du Bénin.

Cet atelier a permis de vérifier la complétude et la cohérence des informations relatives aussi bien aux cas de DM et DN notifiés qu'aux activités de riposte.



© CERRHUD - Atelier d'harmonisation et de validation des données, Bohicon, Juin 2021

Analyse des données

Les différentes données dépouillées ont été analysées à l'aide des logiciels STATA 15.0 et Excel (Microsoft). Les techniques d'analyses descriptives ont été utilisées.

Il s'est agi d'une analyse comparative des données de mise en œuvre de la SDMR dans les zones sanitaires, centre hospitalier départemental et centre hospitalier universitaire du Bénin en 2020

aux orientations nationales et à celles de l'OMS en la matière. Les indicateurs proposés par l'OMS ont été adaptés aux directives nationales de la SDMR.

Evaluation de la notification

La notification a été évaluée à partir du taux de notification des DM et DN. 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 DM et de DN estimé à été calculé à partir des formules situées dans le box suivant:

$$\text{Nombre de DM estimés} = \frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Ratio de mortalité maternelle}}{100000}$$

$$\text{Nombre de DN estimés} = \frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Taux de mortalité néonatale}}{1000}$$

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 de l’EDS Bénin de 2018. La taille de la population est celle estimée pour 2020 par l’Institut National de la Statistique et de l’Analyse Économique à partir du quatrième Recensement Général de la Population et de l’Habitat.

Évaluation des audits de décès maternels, néonataux et de la complétude des rapports d’audits

Les données collectées ont permis de calculer la proportion de DM et de DN auditée. Les formules utilisées sont :

Proportion de DM auditée parmi les DM notifiés	=	$\frac{\text{Nombre de DM audités}}{\text{Nombre de DM notifiés}}$
Proportion de DN auditée parmi les DN notifiés	=	$\frac{\text{Nombre de DN audités}}{\text{Nombre de DN notifiés}}$

- Le délai moyen de réalisation des audits est la moyenne des délais de réalisation de tous les audits. Le délai étant le nombre de jours qui s’écoulent entre la date de décès et la date de l’audit.
- 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 l’audit) de même que le respect ou

ou non du canevas de rapportage ont permis une évaluation sommaire de qualité des audits.

Évaluation de l'analyse des décès, des recommandations et de la riposte

Pour évaluer l'analyse des décès, des recommandations et de la riposte, les aspects suivants ont été pris en compte :

- La qualité des rapports d'audits ;
- Les caractéristiques des cas : âge, type d'accouchement, lieu de résidence, lieu de survenue du décès ;
- Les causes des décès : causes médicales et dysfonctionnements;
- Les types de dysfonctionnements relevés et les recommandations formulées (y compris leur qualité).
- L'analyse de la mise en œuvre des recommandations n'a pas pu être systématique du fait qu'une grande partie des rapports d'audits ne respectait pas le canevas en vigueur.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

RÉSULTATS

Fonctionnalité des comités de Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte

Au niveau opérationnel

Les comités SDMR étaient fonctionnels en 2020 à l'exception de ceux de la zone sanitaire Cotonou VI (75 DM et 192 DN notifiés) et du CNHU (73 DM et 189 DN notifiés) qui n'ont effectué aucun audit de DM ou de DN durant l'année.

Au niveau national

Le comité national SDMR a tenu une réunion statutaire pour apporter sa contribution au processus de repositionnement de la SDMR, évaluer son propre fonctionnement et proposer des solutions en vue de l'améliorer. Cette réunion a également permis l'initiation du processus de cartographie des parties prenantes de la SDMR.

Indicateurs relatifs à la notification

Le nombre de décès notifié par le niveau opérationnel (zone sanitaire) a été comparé à celui issu de la validation effectuée par la DNSP et la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) pour en apprécier la concordance. Le tableau suivant présente la situation par département et par sources de données.

Tableau I : Notification des décès maternels et néonataux selon les bases de données des zones sanitaires et de la Direction Nationale de la Santé Publique/Direction de la Programmation et de la Prospective, Bénin, 2020

	DM			DN		
	ZS*	DNSP/DPP	Ecart (ZS* et DPP/DNSP)	ZS*	DNSP/DPP	Ecart (ZS* et DPP/DNSP)
Alibori	78	75	3	197	197	0
Atacora	53	54	-1	213	213	0
Atlantique	80	79	1	383	384	-1
Borgou	125	124	1	306	370	-64
Collines	34	33	1	146	148	-2
Couffo	45	45	0	37	37	0
Donga	37	40	-3	264	252	12
Littoral	258	182	76	1218	746	472
Mono	81	86	-5	192	193	-1
Ouémé	107	122	-15	507	499	8
Plateau	35	36	-1	20	23	-3
Zou	145	147	-2	534	534	0
Bénin	1078	1023	55	4017	3596	421

* ZS: Zone Sanitaire

La différence entre les chiffres rapportés par les zones sanitaires et ceux validés par la DPP et la DNSP s'expliquerait par le fait que :

- Au niveau périphérique, il n'existe pas une harmonisation des données entre les responsables des soins obstétricaux et les responsables du centre de surveillance épidémiologique au niveau des zones sanitaires;
- Au niveau intermédiaire, une harmonisation des données n'est

pas réalisée entre le Chef Service des Hopitaux et des Soins Infirmiers et obstétricaux et le chef Division Santé Maternelle et Infantile des DDS où les hôpitaux départementaux et nationaux envoient directement leurs statistiques.

Pour le présent rapport, les données issues de la validation entre la DNSP et la DPP sont utilisées pour analyser la notification.

Taux de notification

Le tableau II présente le taux de notification des DM et DN par rapport aux estimations de l'INSAE par département.

Tableau II : Taux de notification des décès maternels et néonataux en fonction du département, Bénin, 2020

	DM			DN		
	Estimé (cible étendue)	Notifié (DNSP/DPP)	Proportion de cas de DM notifié (%)	Estimé (cible étendue)	Notifié (DNSP/DP)	Proportion de cas de DM notifié (%)
Alibori	148	75	50,8	1133	197	17,4
Atacora	156	54	34,7	1195	213	17,8
Atlantique	227	79	34,8	1743	384	22,0
Borgou	205	124	60,4	1574	370	23,5
Collines	152	33	21,7	1165	148	12,7
Couffo	159	45	30,3	1141	37	3,2
Donga	99	40	40,3	761	252	33,1
Littoral	188	182	96,6	1446	746	51,6
Mono	102	86	84,3	783	193	24,7
Ouémé	207	122	58,9	1589	499	31,4
Plateau	115	36	31,2	855	23	2,6
Zou	170	147	86,5	1304	534	40,9
Bénin	1918	1023	53,3	14719	3596	24,4

Au plan national, le taux de notification est de 53,3% pour les DM et 24,4% pour les DN.

Indicateurs relatifs aux audits de décès maternels et décès néonataux

Proportion de décès maternels et néonataux auditée parmi ceux notifiés en 2020

51,3% des DM et 19,2% des DN notifiés en 2020 ont été audités.

Les figures 4 et 5 illustrent la proportion d'audits réalisés par département en 2020.

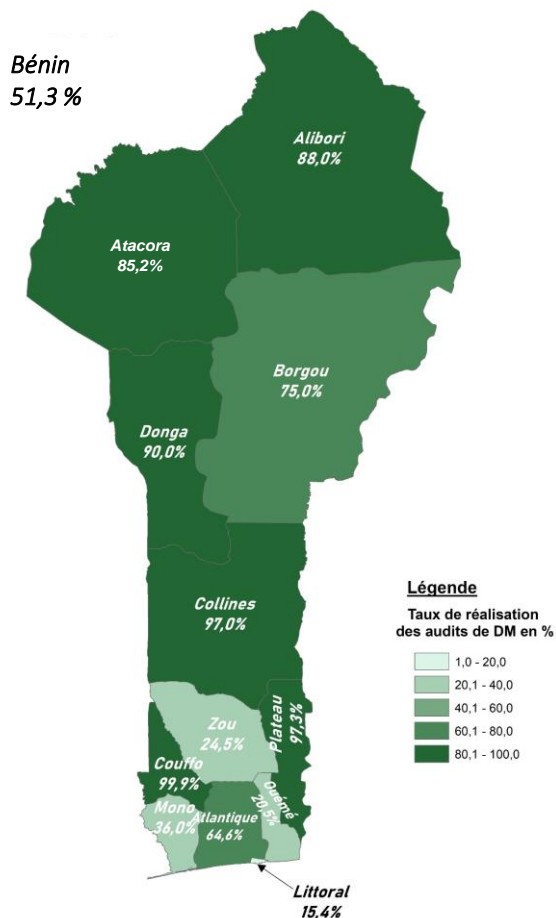


Figure 4 : Proportion de décès maternels audités parmi les décès maternels notifiés par Département, Bénin, 2020

L'analyse de cette figure montre que la moitié des départements : Couffo (n=45), Plateau (n=36), Collines (n=33), Donga (n=40), Alibori (n=75) et Atacora (n=54) ont audité au moins 80% des cas de DM tandis que le Littoral (n=182) en a audité moins de 20%.

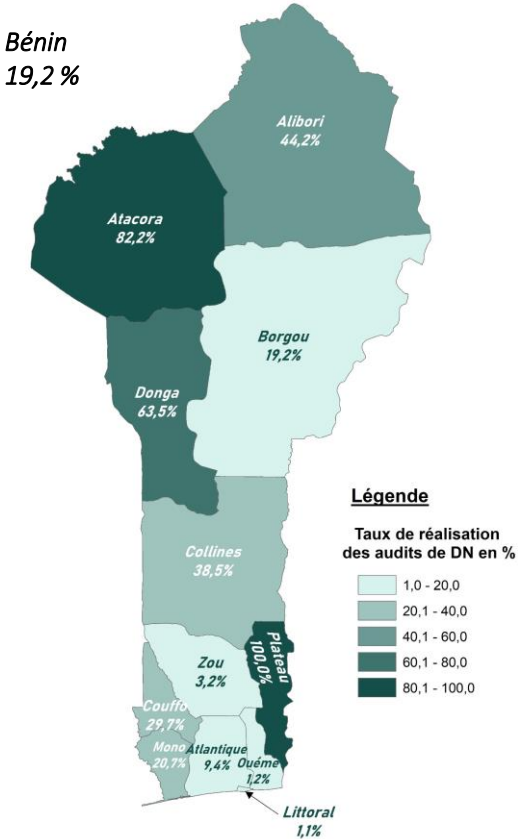


Figure 5 : Proportion de décès néonataux audités parmi les décès néonataux notifiés par Département, Bénin, 2020

Seuls le Plateau (n=23) et l'Atacora (n=213) ont audité au moins 80% des cas de DN; quatre départements: Littoral (n=746), Ouémé(n=499), Zou(n=534) et Atlantique(n=384) en ont audité moins de 20%.

Qualité des audits

Délai de réalisation des audits

Le tableau n° III montre le délai de réalisation des audits.

Tableau III : Délai moyen de réalisation des audits de décès maternels et néonataux, Bénin, 2020

Délai de réalisation des Audits	DM		DN	
	n	%	n	%
<1 mois	241	46,7	48	15,6
1-3 mois	194	37,6	106	34,4
4-6 mois	46	8,9	16	5,2
>6mois	23	4,5	25	8,1
Non documenté	12	2,3	113	36,7
Total	516	100.0	308	100.0

n= nombre de cas

46,7% des DM et 15,6% des DN ont été audités dans le délai requis.

Les figures 6 et 7 illustrent respectivement les délais moyens de réalisation des audits de DM et de DN par département.

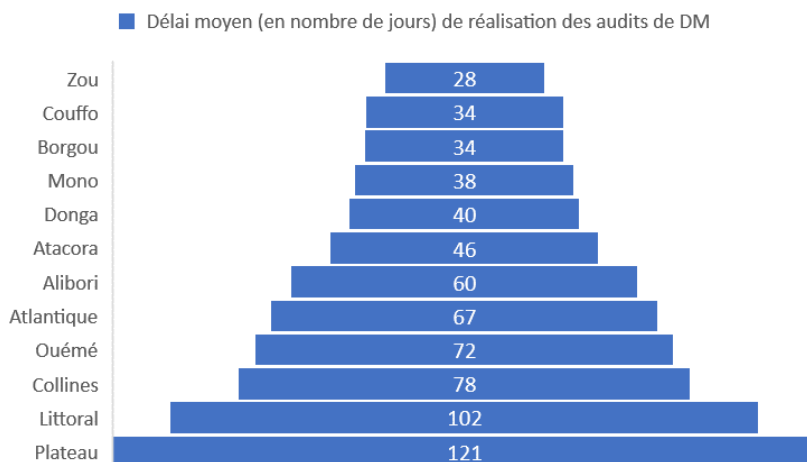


Figure 6 : Délai moyen de réalisation des audits de décès maternels, Bénin, 2020

Le délai moyen de réalisation des audits de DM varie de 33 jours (Zou) à 121 jours (Plateau)

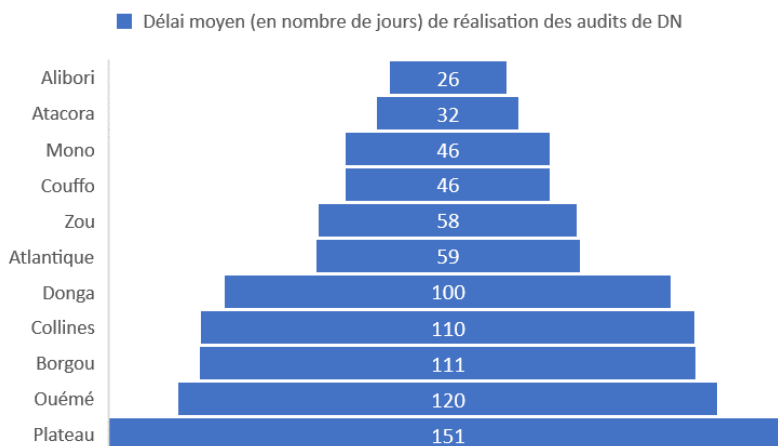


Figure 7 : Délai moyen de réalisation des audits de décès néonataux, Bénin, 2020

Les audits de DN ont eu lieu en un délai moyen de 26 jours dans l’Alibori. Ce délai varie en fonction des départements de 26 jours (Alibori) à 151 jours (Plateau).

Complétude des rapports d’audits

Le degré de complétude des rapports d’audits est montré par le tableau suivant :

Tableau IV : Evolution du degré de complétude (en %) des rapports d’audits de décès maternels et de décès néonataux de 2018 à 2020, Bénin

	2020	2019	2018
Age documenté	93,2	97,4	80,8
Type accouchement noté	81,7	82,9	57,6
Date du décès documentées	85,2	88,9	52,4
Date de l’audit documentée	96,7	95,1	95,5
Existence de courrier d’invitation	10,4	ND	ND
Existence de grille d’observation	61,8	ND	ND
Résumé enquête sociale fait	53,9	ND	ND
Respect du canevas de rapportage	81,9	ND	ND

ND = Non Disponible

Les documents comme le courrier d’invitation, la grille d’observation, le résumé de l’enquête sociale ne sont pas fréquemment inclus dans les rapports d’audits de 2020.

Caractéristiques des décès maternels

Les DM audités présentent les caractéristiques ci-après :

Tableau V : Caractéristiques des cas de décès maternels audités, Bénin, 2020

Caractéristiques	n	%	
Age	<24ans	174	33,7
	25-29 ans	121	23,4
	30-34 ans	95	18,4
	>35 ans	120	23,3
	Non documenté	6	1,2
Type d'accouchement	Voie basse	226	43,8
	Césarienne	129	25,0
	Grossesse en cours	87	16,9
	Avortement	10	1,9
	Laparotomie	10	1,9
	Non documenté	54	10,5
Résidence	Urbain	136	26,4
	Rural	370	71,7
	Non documenté	10	1,9
Lieu de décès	Domicile	2	0,4
	En cours de route	46	8,9
	Formation Sanitaire périphérique	33	6,4
	Hôpital	418	81,0
	Non documenté	17	3,3

Les patientes décédées étaient majoritairement jeunes (33,7% avaient moins de 24 ans), avaient accouchées par voie basse (43,8% des cas), résidaient en milieu rural (71,7%) et étaient décédées dans 81% des cas dans un hôpital.

La figure 8 illustre la répartition des cas de DM en fonction de la gestité.

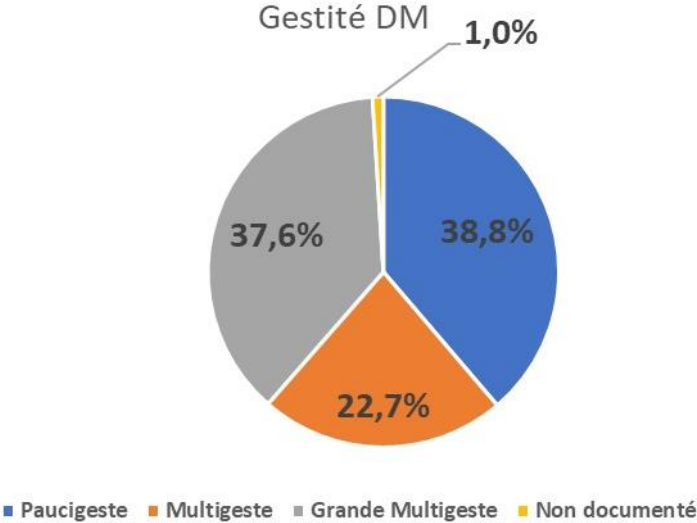


Figure 8 : Répartition des cas de décès maternels audités en fonction de la gestité, Bénin, 2020

Les cas de DM étaient majoritairement des paucigestes (38,8%) et des grandes multigestes (37,6%).

Caractéristiques des décès néonataux

Délai de survenue des décès néonataux

Il est illustré par la figure 9.

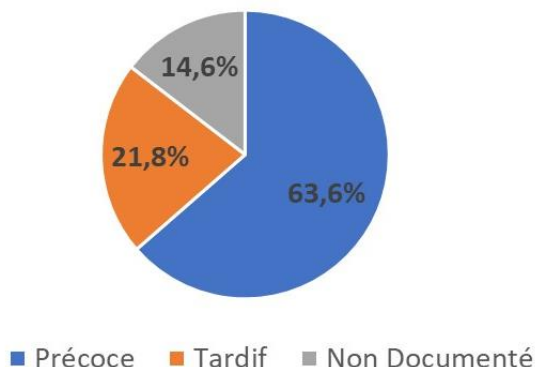


Figure 9 : Répartition du délai de survenue des décès néonataux audités, Bénin, 2020

63,6% des DN étaient survenus pendant les 7 premiers jours de vie du nouveau-né.

Répartition des décès néonataux audités en fonction du type d'accouchement

Elle est présentée par la figure 10.

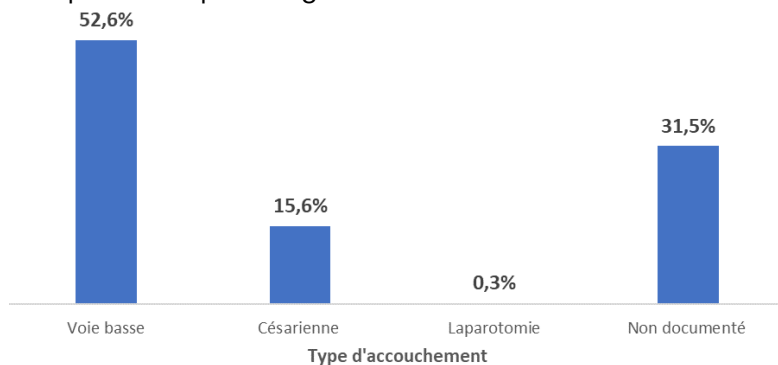


Figure 10 : Proportion de décès néonataux audités selon le type d'accouchement, Bénin, 2020

L'analyse de ce graphique nous montre que 52,6 % des DN font suite à un accouchement par voie basse.

Causes des décès maternels et décès néonataux

La répartition des étiologies des DM et DN est illustrée respectivement par les figures 11 et 12.

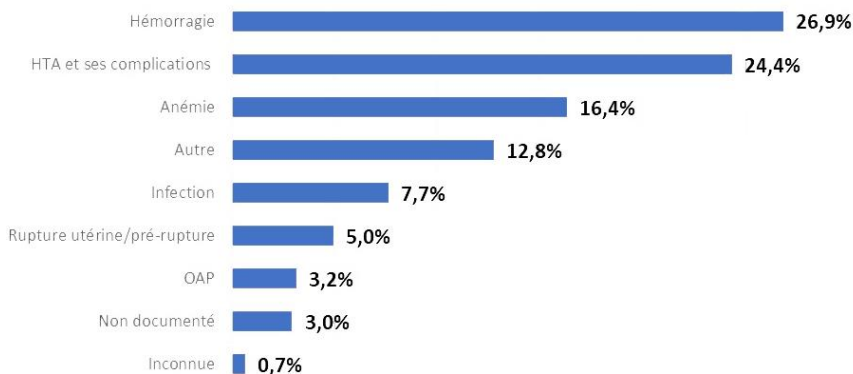


Figure 11 : Répartition des causes des décès maternels audités, Bénin, 2020

Les hémorragies constituaient la première cause de DM en 2020 (26,9%).

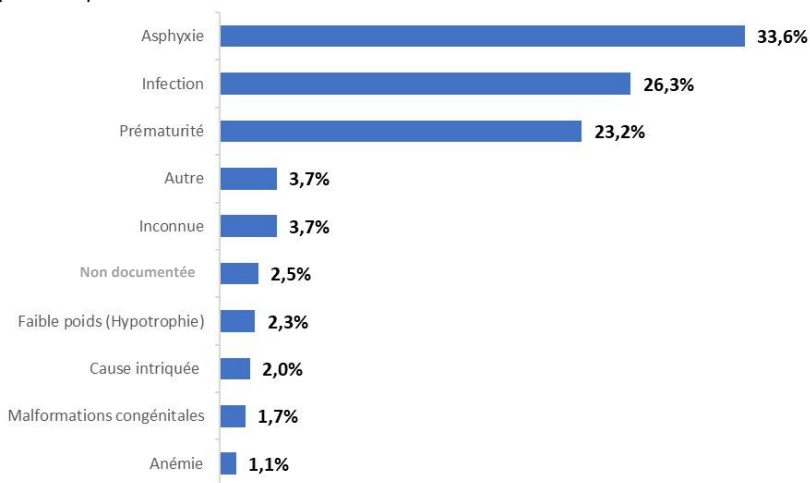


Figure 12 : Répartition des causes des décès néonataux audités, Bénin, 2020.

La cause la plus fréquente de DN a été l'asphyxie périnatale (33,6%) suivie des infections (26,3%).

Cas des audits cliniques basés sur les critères

Les cas de DN ont été les seuls à faire l'objet d'un audit par la méthode de l'audit clinique basé sur les critères. 168 cas de DN ont été analysés à travers sept séances d'audit clinique basé sur les critères.

La répartition du nombre de DN en fonction des complications est illustrée par la figure 13.

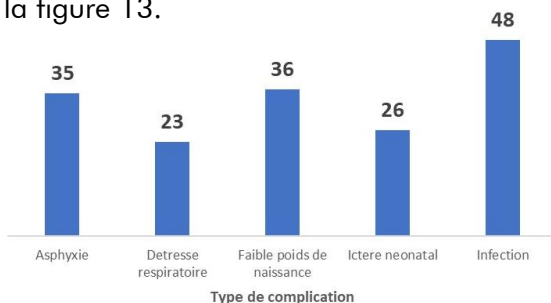


Figure 13 : Répartition des cas de décès néonataux audités par audit clinique basé sur les critères en fonction du type de complications, Bénin, 2020

Analyse des dysfonctionnements

Le tableau représente la proportion de dysfonctionnements selon les parties prenantes.

Tableau VI : Répartition des dysfonctionnements selon les parties prenantes, Bénin, 2020

Dysfonctionnements	DM		DN	
	N	%	n	%
Liés à la plateforme d'offre de soins	1226	73,5	622	72,4
Liés à la communauté	396	23,7	195	22,7
Non documenté	46	2,8	42	4,9
Total	1668	100,0	859	100,0

Les dysfonctionnements identifiés lors des audits étaient majoritairement imputables à la plateforme d'offre de soins aussi bien pour ce qui concerne les DM (73,5%) que les DN (72,4%).

La figure 14 précise la répartition des dysfonctionnements liés à la plateforme d'offre de soins.

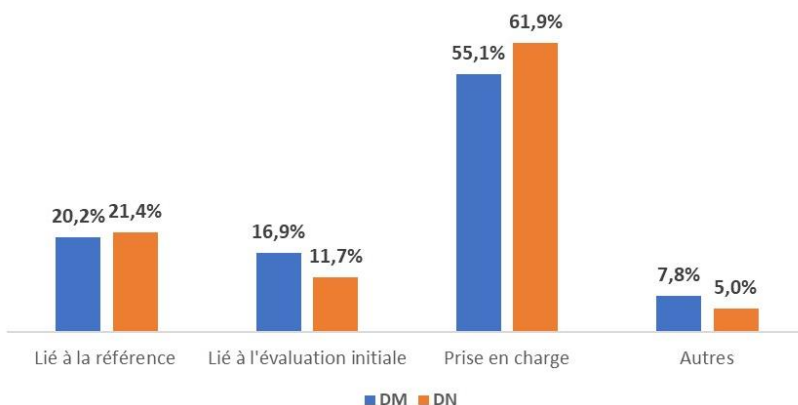


Figure 14 : Répartition des dysfonctionnements liés à la plateforme de soins identifiés lors des audits, Bénin, 2020

La qualité de la prise en charge a été mis en cause lors de 55,1% des audits de DM et 61,9% des DN.

Riposte au niveau local

L'analyse des rapports d'audits révèle une difficulté des comités d'audits à identifier de façon adéquate les dysfonctionnements et les facteurs les expliquant de même qu'à formuler les recommandations pertinentes.

Il a également été noté que des dysfonctionnements se répètent plusieurs fois au niveau de la même zone sanitaire ou du même hôpital, preuve qu'ils ne sont pas corrigés. Le leadership et l'engagement des managers sont donc nécessaires pour une riposte efficace. L'inexistence d'un système adéquat de suivi des recommandations et de leur exécution est également un facteur qui pourrait expliquer le faible impact de la riposte.

Riposte au niveau départemental

Des actions de riposte ont été menées au niveau de certains départements. Nous pouvons citer par exemple dans les départements du Mono et du Couffo :

- La mise en œuvre d'une recherche-action sur les facteurs associés à l'hypertension artérielle sur grossesse (actuellement en cours dans le Mono);
- La mise en œuvre d'une recherche-action sur les facteurs associés à l'anémie sur grossesse dans le Couffo;
- L'organisation d'une rencontre entre le comité départemental SDMR et le personnel de la maternité du CHD Mono ayant permis l'identification de recommandations à mettre en œuvre

pour éviter la répétition des mêmes dysfonctionnements;

- L'analyse des rapports d'audits des décès maternels survenus dans la zone sanitaire Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé au premier trimestre 2020 et le suivi de la mise en œuvre des recommandations faites;
- La conduite d'une investigation à l'hôpital de zone de Comé suite à un pic de décès maternels en post-opératoire ; celle-ci a permis l'identification des dysfonctionnements et l'élaboration d'un plan d'action mis en œuvre;
- L'organisation d'une séance de concertation entre les acteurs des deux DDS sur les décès maternels.

Riposte au niveau national

Elle a été marquée par les activités que sont :

- La conduite de plusieurs missions d'investigation des cas de DM et DN;
- La mise en place d'un pool de « Champions SDMR » dans le Borgou;
- La mise à disposition des documents de directives actualisées d'amélioration de la qualité des interventions de Santé Maternelle et Infantile (protocoles de santé familiale volets « femme, composante commune » ; avortement sécurisé);
- La poursuite du processus de révision de l'arrêté portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de la SDMR au Bénin;

- La révision du canevas de rapport des audits de DM et DN;
- La formation des comités SDMR;
- La participation des responsables du niveau central aux séances d'audits de DM et DN;
- La compilation et l'analyse hebdomadaire des données de la SDMR suivies de partage des données avec les acteurs du système.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de la riposte ; il s'agit de :

- Insuffisance de ressources financières pour la réalisation des activités de riposte;
- La structuration, et la composition du comité national SDMR ne sont pas en adéquation avec les missions. Les articles qui régissent sa création souffrent aussi d'un manque de précision dans sa composition et son fonctionnement;
- L'inexistence d'une structure ou d'un organe dédié à la mise en œuvre de la stratégie;
- La non effectivité de la nomination d'un titulaire et d'un suppléant représentant chaque structure au sein du comité;
- L'arrêt de l'élaboration des plans de travail annuels du comité national SDMR;
- La formation en lobbying prévue pour le comité SDMR mais non réalisée;
- La formation des membres du comité national SDMR à la SDMR qui n'a pu avoir lieu.

En plus des recommandations des audits de DM et DN, à l'issue de la rédaction du rapport national SDMR 2019, certaines recommandations ont été formulées pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Le point de la mise en œuvre de ces recommandations est présenté dans le tableau suivant :

Tableau VII : Suivi de la mise en œuvre des recommandations du rapport annuel Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte 2019

Recommandations	Résultats
Ministère de la Santé	
Mettre à disposition de tous les départements/zones sanitaires, les outils d'ACBC pour les DM et DN	Exécutée
Former tous les comités SDMR non encore formés	Non exécutée
Former les RSO sur l'utilisation de la base Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte	Non exécutée
Partenaires Techniques et financiers	
Renforcer l'appui technique et financier à la SDMR au Bénin	Exécutée en continu
Centre de Recherche de Reproduction Humaine et en Démographie	
Maintenir l'accompagnement du CNHU et autres hôpitaux centraux pour la réalisation des audits de DM & DN	Exécutée en continu
Pour suivre l'appui technique au processus d'amélioration de la SDMR	Exécutée en continu
Renforcer l'appui technique aux zones sanitaires en difficulté pour la mise en œuvre de la SDMR	Exécutée en continu
Directions Départementales de la Santé	
Veiller à l'utilisation des canevas harmonisés de rapport d'audits de DM et DN par tous les comités SDMR des zones sanitaires	Exécutée en continu

Transmettre trimestriellement tous les rapports des audits 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 mensuelles de la SDMR	Partiellement exécutée
Organiser des séances d'information des populations sur les retards qui favorisent les décès	Non exécutée
Évaluer la qualité des audits réalisés par les zones sanitaires et les hôpitaux départementaux et veiller à l'utilisation des canevas par les comités SDMR	Exécutée en continu
Faire des recherches opérationnelles pour l'identification des vraies causes spécifiques liées à la problématique de la mortalité maternelle et infantile	Exécutée en continu
Renforcer l'appui technique et financier à la SDMR au Bénin	Exécutée en continu

Zones Sanitaires

Organiser chaque mois une séance de validation des données de notification DM et DN au niveau des zones sanitaires rassemblant au moins le statisticien de zone, le responsable des soins obstétricaux et le responsable du centre de surveillance épidémiologique	Non exécutée
Organiser des séances de restitution des résultats issus des audits aux prestataires et à la communauté	Non exécutée
Organiser plus de séances d'information des populations sur les retards qui favorisent les décès	Non exécutée
Prévoir une ligne budgétaire pour la SDMR dans le plan d'action des zones sanitaires	Partiellement exécutée
Impliquer la communauté dans la notification des DM et DN	Non exécutée

Résumé des indicateurs de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte

Le tableau ci-dessous renseigne sur les indicateurs SDMR au Bénin en 2020.

Tableau VIII : Indicateurs de la Surveillance des Décès Maternels & Néonataux et Riposte en 2020 au Bénin

Cycle de la SDMR	Indicateurs	Normes	Niveau atteint
Indicateurs communs à toutes les phases	Pourcentage de zones sanitaires, de CHD et de CHU comportant un comité SDMR fonctionnel	100%	95%
	Pourcentage de zones sanitaires comprenant un point focal SDMR	100%	100%
	Le comité national SDMR est fonctionnel	Au moins Une Rencontre Par semestre	Oui
Identifier et notifier les DM et DN	La mortalité maternelle et la mortalité néonatale sont des événements à déclaration (notification) obligatoire	Oui	Oui
	Proportion de DM et DN notifiés dans les établissements de santé	100%	ND
	Proportion de notification des DM et DN dans les 24 heures des établissements de santé	Supérieur à 90%	ND
	Proportion de notification de DM et DN de la communauté notifiés dans les 48 heures	Supérieur à 80%	ND
	Pourcentage de DM et DN notifiés au niveau de la zone sanitaire et du département	Supérieur à 90%	ND

	Qualité des données : écart entre le nombre de DM et DN déclarés (notifiés) au niveau des différentes bases de données	0	Ecart de 55 DM et 421 DN entre les statistiques des zones sanitaires et celles validées par la DNSP/DPP
Procéder à la revue des DM et DN	Proportion des DM notifiés audités	Supérieur à 90%	51,3
	Proportion des DN notifiés audités	Supérieur à 90%	19,2
	Délai moyen de réalisation des audits de DM	Inférieur à 30 jours	54,5 jours
Analyser et faire des recommandations	Pourcentage d'audits avec des recommandations formulées	100%	DM : 93,6% DN : 91,9%
	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%	25 %
	Le rapport de la SDMR est publié annuellement	Oui	Oui
Riposter et suivre l'intervention	Pourcentage de recommandations des audits de DM mises en œuvre	Supérieur à 80%	ND
	Pourcentage de recommandations des revues semestrielles départementales mises en œuvre	Supérieur à 80%	ND
Procéder à la revue des DM et DN	Pourcentage de recommandations du rapport annuel 2019 mises en œuvre	Réduit de 10% par an	ND

ND: Non disponible

Riposter et suivre l'intervention	Réduction du taux de létalité des affections obstétricales au niveau des établissements de santé	Réduit de 10% par an	ND
	Réduction du taux de létalité des affections néonatales au niveau des établissements de santé	Réduit de 10% par an	ND

Cette page est laissée vierge intentionnellement

DISCUSSION

Problèmes de notification

La comparaison des données de notification des DM et DN par rapport aux estimations de DM et DN calculées à partir du taux brut de natalité et des taux de mortalité maternelle et néonatale, montre une baisse au niveau national de la notification des DM et DN en 2020 par rapport aux statistiques de 2019. En effet, le taux de notification des DM est passé de 54,9% en 2019 à 53,3% et celui de DN pour la même période est passé de 26,0% à 24,4% : les DM et DN sont donc toujours sous-notifiés. Les départements des Collines, du Couffo et du Plateau sont ceux ayant les taux de notification de DM les plus faibles avec respectivement 21,7% ; 30,3% et 31,2% de notification. Pour ce qui concerne les DN, la situation est encore plus alarmante avec 2,6% et 3,2% de notification respectivement pour le Plateau et le Couffo.

La sous-notification des DM et DN pourrait être expliquée par la sous-notification des décès en communauté, la sous-notification par les formations sanitaires privées, l'absence d'enregistrement des décès avant admission par certaines formations sanitaires. Il s'agit de facteurs rapportés par les participants à l'atelier d'harmonisation des données.

Quant à la concordance des données notifiées, l'écart persiste entre les différentes bases du niveau central (DNSP et DPP) et les statistiques rapportées lors de l'atelier d'harmonisation des données par les acteurs du niveau opérationnel. Le défaut d'harmonisation des données entre les acteurs du niveau opérationnel pourrait expliquer cette situation.

Difficultés dans la réalisation des audits

Un accroissement du taux de réalisation des audits a été constaté entre 2019 et 2020 ; celui-ci passant de 46,6% à 51,3% pour les DM et de 15,7% à 19,2% pour les DN. Néanmoins l'audit de la totalité des cas de DM et DN n'est pas encore une réalité comme le stipule l'arrêté.

Devant le nombre important de DM et DN notifiés, il serait judicieux, en plus de la proportion de décès audités de s'assurer, des assurer du respect des seuils minimaux d'audits et de la réalisation des audits cliniques basés sur critères, même si ce type d'audit n'a d'intérêt que pour le système de soins. L'analyse des données révèle que pour la réalisation des audits, certains départements ont une meilleure performance. C'est le cas du Couffo et du Plateau qui ont respectivement audité tous les cas de DM et de DN notifiés.

Mais le délai moyen de réalisation des audits (34 et 151 jours respectivement) demeure un point à améliorer. En effet, plus tôt l’audit de décès est réalisé, plus tôt les dysfonctionnements l’ayant entraîné seront identifiés et des recommandations formulées seront mises en œuvre.

Le département du Littoral quant à lui a été celui ayant audité la plus faible proportion de DM (15,4%) et de DN (1,1%).

La surcharge de travail dans certaines formations sanitaires, l’absence de module sur l’audit de décès maternels et néonataux dans le curricula de formation des prestataires, le défaut d’un environnement favorisant l’apprentissage, l’absence de mécanisme de recevabilité sont des facteurs qui pourraient expliquer la faible proportion des audits réalisés.

Riposte aux niveaux local et départemental

La riposte semble encore le maillon le plus faible de la SDMR au Bénin en 2020. Sans la riposte, même un audit bien réalisé n’est pas très utile. Le dépouillement des rapports d’audits montre que les mêmes dysfonctionnements reviennent plusieurs fois au niveau de la même zone sanitaire ou de la même formation sanitaire. Cela prouve que les recommandations issues de ces dysfonctionnements ne sont pas mises en œuvre ou le sont partiellement.

L'identification inadéquate des dysfonctionnements, la mauvaise formulation des recommandations, l'absence de mécanisme de suivi des recommandations sont également des facteurs entravant une riposte efficace.

Par ailleurs, très peu de départements font une revue SDMR, qui devrait être une occasion d'autocritique, de relance et d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations pour les acteurs.

Seuls quelques départements soutenus par des partenaires techniques et financiers ont fait la revue SDMR en 2020. Les autres départements font l'analyse de la SDMR pendant leur revue de performance semestrielle.

Riposte au niveau national

Au niveau national, le Ministère de la Santé a mis en œuvre plusieurs activités pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale évitable. Il est à souligner la mise en place au cours de l'année 2020 d'un pool de « champions SDMR » dans le Borgou; il s'agit d'acteurs locaux sélectionnés pour leur engagement pour la SDMR et dont les capacités en la matière ont été renforcées. Ils travaillent étroitement avec les comités SDMR du département. Leur impact sur les indicateurs sera évalué au cours du prochain rapport SDMR.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

RECOMMENDATIONS

Les recommandations suivantes ont été formulées à l'issue de l'analyse de la performance de la SDMR en 2020 :

A l'endroit des zones sanitaires

- Organiser chaque mois une séance de validation des données de notification DM et DN au niveau des zones sanitaires rassemblant au moins le statisticien de zone, le responsable des soins obstétricaux, le responsable du centre de de surveillance épidémiologique et le responsable statistique du CHD (lorsqu'il y en a dans la zone sanitaire) ;
- Organiser des séances de restitution des résultats issus des audits aux prestataires (prestataires de soins maternels et néonataux);
- Organiser des séances de restitution des résultats issus des audits à la communauté ;
- Organiser des séances de restitution des résultats issus des audits aux instances réunissant les élus locaux ;
- Intensifier les séances d'IEC sur les retards qui favorisent les décès à l'endroit de la population;
- Intensifier la sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles qui pourraient favoriser la réduction des DM et DN ;

- Prévoir une ligne budgétaire pour la SDMR dans le plan d'action de toutes les zones sanitaires;
- S'assurer de la disponibilité permanente des trousseaux d'urgences dans toutes les formations sanitaires ;
- Utiliser systématiquement les canevas harmonisés de rapport d'audits de DM et DN ;
- Briefer les relais communautaires à la notification systématique des DM et DN ;
- Transmettre après chaque audit le rapport d'audit à la DDS ;
- Mettre à jour la base Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte à la fin de chaque audit ;
- Identifier un membre du comité SDMR chargé du suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des audits de DM et DN et le nommer par une note de service ;
- Faire des recherches opérationnelles pour l'identification des vraies causes spécifiques liées à la problématique de la mortalité maternelle et infantile ;
- Organiser un suivi régulier de la SDMR dans les formations sanitaires privées ;
- Rendre compte mensuellement (par mail) à la DDS des actions de riposte menées.

A l'endroit des Directions Départementales de la Santé

- Veiller à l'utilisation des canevas harmonisés de rapports d'audits de DM et DN et à la complétude des rapports transmis par les comités SDMR des zones sanitaires ;
- Transmettre trimestriellement tous les rapports des audits à l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires;
- Tenir au niveau de chaque département des ateliers semestriels de revue de la SDMR en y intégrant la validation des données hebdomadaires et mensuelles de la SDMR ;
- Rendre compte trimestriellement (par mail) à l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires et au Comité National SDMR (avec en copie le CERRHUD) des actions de riposte menées.

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

- Poursuivre l'appui technique au processus d'amélioration de la SDMR ;
- Renforcer l'appui technique aux zones sanitaires en difficulté pour la mise en œuvre de la SDMR.

A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers

- Renforcer l'appui technique et financier à la SDMR au Bénin.

A l'endroit du Ministère de la Santé

- Prévoir un point hebdomadaire au conseil des ministres sur la SDMR;
- Rechercher les causes profondes de la qualité des audits ;
- Insérer les indicateurs de la SDMR dans les critères d'évaluation de la performance des médecins-coordonnateurs des zones sanitaires;
- Simplifier le canevas de rapportage des audits ;
- Compléter le paquet d'outils existant pour la réalisation des audits cliniques basés sur les critères;
- Mettre l'accent sur la réalisation des audits cliniques basés sur les critères;
- Organiser la remobilisation des comités SDMR non fonctionnels ;
- Former tous les comités SDMR non encore formés en veillant à ce que le personnel ayant le profil adapté participe effectivement à la formation;
- Définir un mécanisme de motivation des membres des comités SDMR ;

- Rendre systématique les revues de la SDMR ;
- Mettre en place une base de données des prestataires formées sur la SDMR ;
- Définir un mécanisme de motivation des membres des comités SDMR ;
- Renforcer les compétences des prestataires sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences ;
- 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 ;
- Créer un cadre de concertation des Chefs de Services Santé de la Mère et de l'Enfant pour le partage des expériences et des bonnes pratiques en matière de SDMR.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

CONCLUSION

La mise en œuvre de l'arrêté institutionnalisant la SDMR a été effective au cours de l'année 2020. La SDMR est fonctionnelle mais caractérisée par une sous notification des cas, une faible qualité des audits et une riposte très faible.

La mise en œuvre des recommandations issues de l'analyse de la situation contribuera à l'amélioration de la performance de la stratégie.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

RÉFÉRENCES

1. Ministère du Plan, de la Restucturation Economique et de la Promotion de l'Emploi, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé. 1996:344p.
2. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), Macro International Inc. Enquête Démographique de Santé (EDSB-III). 2006:512p.
3. Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, ICF. Cinquième Enquête Démographique de Santé (EDSB-V) 2017-2018. 2018:675p.
4. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. Impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive Health*. 2021, 18(1):10
5. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
6. Ministère de la Santé du Bénin. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2019. Mars 2020 ;244p.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Onzième révision de la classification internationale des maladies. 2019; 1:1-11.

Cette page est laissée vierge intentionnellement

ANNEXES

Tableau IX : Répartition des audits de décès maternels réalisés par Commune, Bénin, 2020

COMMUNE	AUDITE	NON AUDITE	% AUDITE	TOTAL
ALIBORI	66	9	88,0	75
Banikoara	20	0	100,0	20
Kandi	26	7	78,8	33
Karimama	2	0	100,0	2
Malanville	18	2	90,0	20
ATACORA	46	8	85,2	54
Kerou	3	0	100,0	3
Kouande	3	0	100,0	3
Materi	1	0	100,0	1
Nafitingou	19	0	100,0	19
Pehunco	3	0	100,0	3
Tanguieta	17	8	68,0	25
ATLANTIQUE	51	28	64,6	79
Abomey-Calavi	20	24	45,5	44
Allada	16	1	94,1	17
Ouidah	12	0	100,0	12
So-Ava	0	1	0,0	1
Toffo	2	1	66,7	3
Ze	1	1	50,0	2
BORGOU	93	31	75,0	124
Bembereke	44	0	100,0	44
Kalale	1	0	100,0	1
N'dali	10	1	90,9	11
Nikki	7	1	87,5	8
Parakou	20	15	57,1	35
Perere	0	2	0,0	2
Tchaourou	11	12	47,8	23
COLLINES	32	1	97,0	33
Bante	3	0	100,0	3
Dassa-Zoume	7	0	100,0	7
Glazoue	3	0	100,0	3
Ouesse	4	0	100,0	4
Savalou	5	0	100,0	5
Save	10	1	90,9	11
COUFFO	45	0	100,0	45
Aplahoue	7	0	100,0	7
Djakotomey	13	0	100,0	13
Klouekanmey	24	0	100,0	24
Lalo	1	0	100,0	1

DONGA	36	4	90,0	40
Bassila	15	0	100,0	15
Copargo	2	0	100,0	2
Djougou	19	4	82,6	23
LITTORAL	28	154	15,4	182
Cotonou I	0	63	0,0	63
Cotonou III	6	16	27,3	22
Cotonou V	22	0	100,0	22
Cotonou VI	0	75	0,0	75
MONO	31	55	36,0	86
Come	14	5	73,7	19
Grand-Popo	1	0	100,0	1
Lokossa	16	50	24,2	66
OUEME	25	97	20,5	122
Adjohoun	6	8	42,9	14
Avrankou	1	0	100,0	1
Porto-Novo	17	89	16,0	106
Seme-Kpodji	1	0	100,0	1
PLATEAU	36	1	97,3	37
Adja-Ouere	2	0	100,0	2
Ifangni	3	0	100,0	3
Ketou	6	0	100,0	6
Pobe	11	0	100,0	11
Sakete	14	1	93,3	15
ZOU	36	111	24,5	147
Abomey	22	108	16,9	130
Bohicon	2	0	100,0	2
Cove	8	1	88,9	9
Djidja	3	0	100,0	3
Ouinhi	0	1	0,0	1
Zagnanado	0	1	0,0	1
Za-Kpota	1	0	100,0	1
TOTAL	525	499	51,3	1024

Tableau X : Répartition des audits de décès néonataux réalisés par Commune, Bénin, 2020

COMMUNE	AUDITE	NON AUDITE	% AUDITE	TOTAL
ALIBORI	87	110	44,2	197
Banikoara	65	58	52,8	123
Kandi	20	37	35,1	57
Malanville	2	15	11,8	17
ATACORA	175	38	82,2	213
Boukoumbe	3	0	100,0	3
Kouande	9	0	100,0	9
Materi	1	0	100,0	1
Natitingou	66	2	97,1	68
Pehunco	1	0	100,0	1
Tanguieta	94	36	72,3	130
Toucountouna	1	0	100,0	1
ATLANTIQUE	36	348	9,4	384
Abomey-Calavi	27	124	17,9	151
Allada	4	123	3,1	127
Kpomasse	0	6	0,0	6
Ouidah	4	66	5,7	70
Toffo	0	4	0,0	4
Tori-Bossito	1	18	5,3	19
Ze	0	7	0,0	7
BORGOU	71	299	19,2	370
Bembereke	46	27	63,0	73
Kalale	0	5	0,0	5
N'dali	4	13	23,5	17
Nikki	2	90	2,2	92
Parakou	5	142	3,4	147
Perere	0	1	0,0	1
Sinende	1	0	100,0	1
Tchaourou	13	21	38,2	34
COLLINES	57	91	38,5	148
Bante	4	8	33,3	12
Dassa-Zoume	1	1	50,0	2
Glazoue	39	75	34,2	114
Ouesse	1	0	100,0	1
Savalou	7	7	50,0	14
Save	5	0	100,0	5
COUFFO	11	26	29,7	37
Aplahoue	4	5	44,4	9
Djakotomey	4	3	57,1	7
Dogbo	1	1	50,0	2
Klouekanmey	2	17	10,5	19

DONGA	160	92	63,5	252
Bassila	8	7	53,3	15
Copargo	1	0	100,0	1
Djougou	151	85	64,0	236
LITTORAL	8	738	1,1	746
Cotonou I	6	474	1,3	480
Cotonou III	2	37	5,1	39
Cotonou IV	0	1	0,0	1
Cotonou V	0	34	0,0	34
Cotonou VI	0	192	0,0	192
MONO	40	153	20,7	193
Bopa	0	1	0,0	1
Come	21	87	19,4	108
Houeyogbe	0	1	0,0	1
Lokossa	19	64	22,9	83
OUEME	6	493	1,2	499
Adjohoun	1	15	6,3	16
Akpro-Misserete	0	2	0,0	2
Dangbo	1	0	100,0	1
Porto-Novo	4	476	0,8	480
PLATEAU	23	0	100,0	23
Pobe	17	0	100,0	17
Sakete	6	0	100,0	6
ZOU	17	517	3,2	534
Abomey	10	423	2,3	433
Bohicon	1	1	50,0	2
Cove	2	49	3,9	51
Djidja	3	44	6,4	47
Zogbodomey	1	0	100,0	1
TOTAL	691	2905	19,2	3596

Tableau XI : Comparaison des données rapportées par les acteurs des zones sanitaires lors de l'atelier d'harmonisation aux données harmonisées entre la Direction Nationale de la Santé Publique et la Direction de la Programmation et de la Prospective, Bénin, 2020

	DM			DN		
	ZS*	DPP	Ecart	ZS*	DPP	Ecart
ALIBORI	78	75	3	197	197	0
Banikoara	20	20	0	123	123	0
Kandi-Gogounou-Segbana	30	33	-3	54	57	-3
Malanville-Karimama	28	22	6	20	17	3
ATACORA	53	54	-1	213	213	0
Kouande-Pehunco-Kerou	9	9	0	10	10	0
Natitingou-Boukoumbe- Toucountouna	19	19	0	72	72	0
Tanguieta-Cobly-Materi	25	26	-1	131	131	0
ATLANTIQUE	80	79	1	383	384	-1
Abomey-Calavi-So-Ava	45	45	0	151	151	0
Allada-Toffo-Ze	23	22	1	137	138	-1
Ouidah-Kopmasse-Tori-Bossito	12	12	0	95	95	0
BORGOU	125	124	1	306	370	-64
Chd Borgou	37	32	5	78	140	-62
Bembereke-Sinende	41	44	-3	74	74	0
Nikki-Kalale-Perere	11	11	0	97	98	-1
Parakou-N'dali	13	14	-1	24	25	-1
Tchaourou	23	23	0	33	33	0
COLLINES	34	33	1	146	148	-2
Dassa-Glazoue	10	10	0	115	116	-1
Savalou-Bante	8	8	0	25	26	-1
Save-Ouesse	16	15	1	6	6	0
COUFFO	45	45	0	37	37	0
Aplahoue-Djakotomey-Dogbo	20	20	0	18	18	0
Klouekame-Lalo-Toviklin	25	25	0	19	19	0
Donga	37	40	-3	264	252	12
Bassila	13	15	-2	14	15	-1
Djougou-Ouake-Copargo	24	25	-1	250	237	13
LITTORAL	258	182	76	1218	746	472
Cotonou 1-Cotonou 4	62	3	59	479	2	477
Cotonou 2-Cotonou 3	35	22	13	20	42	-22
Cotonou 5	22	22	0	34	34	0
Cotonou 6 (+ Hia +Cnhu)	75	75	0	191	191	0
Chu Mel	64	60	4	494	477	17

MONO	81	86	86	-5	192	193
Chd Mono-Couffo	63	66	66	-3	70	70
Come-Grand Popo-Houeyogbe-Bopa	18	20	20	-2	109	110
Lokossa-Athieme	0	0	0	0	13	13
OUEME	107	122	122	-15	507	499
Chd Oueme	84	97	97	-13	449	431
Akpro-Misserete/Adjarra/Avrankou	1	1	1	0	2	2
Adjohoun-Bonou-Dangbo	14	14	14	0	11	17
Porto-Novo-Seme-Kpodji-Aguegues	8	10	10	-2	45	49
PLATEAU	35	36	36	-1	20	23
Pobe-Ketou-Adja-Ouere	19	19	19	0	15	17
Sakete-Ifangni	16	17	17	-1	5	6
ZOU	145	147	147	-2	534	534
Chd Zou	125	128	128	-3	401	401
Abomey-Agbangnizoun-Djidja	6	5	5	1	80	80
Bohicon-Za-Kpota-Zogbodomey	3	3	3	0	2	2
Cove-Zagnanado-Ouinhi	11	11	11	0	51	51
BENIN	1078	1023	1023	55	4017	3596

* ZS: Zone Sanitaire





"Les femmes ne meurent pas à cause de maladies que nous ne pouvons pas traiter. Elles meurent parce que les sociétés n'ont pas encore pris la décision que leurs vies valent la peine d'être sauvées "

Mahmoud Fathalla, 2012



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
BP 01-882 Cotonou - Benin
Email : info@beninsante.bj
Téléphone : +229 21 33 21 63 / 21 33 21 78
Fax : +229 21 33 04 64 www.sante.gouv.bj