

Surveillance des
Décès
Maternels / Néonataux et
Riposte



RAPPORT ANNUEL

BÉNIN 2023



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET NÉONATALS ET RIPOSTE AU BÉNIN :

RAPPORT ANNUEL 2023



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



Cette page a été laissée intentionnellement vide

Table des matières

Résumé	xiv
Introduction	xx
1. Objectifs	7
1.1 Objectif général	8
1.2 Objectifs spécifiques	8
2. Méthodologie	10
2.1 Contexte national	11
2.2 Cadres d'analyses	13
2.2.1 Définitions des concepts	13
2.2.2 Cycle de la SDMR	18
2.2.3 Cycle de l'audit	18
2.2.4 Cycle de la revue à haut impact	19
2.3 Collecte des données	20
2.4 Traitement et analyse des données	20
2.4.1 Analyse de la notification	20
2.4.2 Analyse des revues de décès maternels, néonataux et de la complétude des rapports de revues	22
2.4.3 Description des cas de décès revus	23
2.4.4 Analyse des tendances du taux de notification et de la proportion de décès revue parmi les décès notifiés	23
2.4.5 Projections en vue de l'atteinte des ODD	23
2.4.6 Analyse de la riposte	25
2.5 Rédaction et validation du rapport	25
3. Résultats	28
3.1 Fonctionnalités des comités SDMR en 2024	29
3.2 Analyse de la notification	29
3.2.1 Données de notification en 2023	29

3.3 Réalisation des revues des décès maternels et néonataux	30
3.4 Qualité des revues	33
3.4.1 Délai de réalisation des revues faites par la méthode de la revue de cas centrée sur le patient	33
3.4.2 Complétude des rapports de revues	34
3.5 Caractéristiques des décès maternels	36
3.6 Caractéristiques des décès néonataux	41
3.7 Analyse des dysfonctionnements et recommandations issues des revues de décès maternels et néonataux	44
3.7.1 Dysfonctionnements contributifs aux décès maternels et néonataux en 2023	44
3.7.2 Classification des dysfonctionnements issus des revues de décès maternels et néonataux en fonction de l'outil de l'iceberg.....	48
3.7.3 Classification des dysfonctionnements issus des revues de décès maternels selon les piliers du système de santé.....	48
3.7.4 Analyse des facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des décès maternels selon l'outil de l'iceberg	49
3.7.5 Classification des recommandations issues des revues de décès réalisées selon l'outil de l'iceberg	51
3.8 Leçons tirées des données de la SDMR : comprendre les défis persistants dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	52
3.8.1 Projections à l'horizon 2030	52
3.8.2 Tendances autour de la notification	53
3.8.3 Tendances de réalisation des revues de décès maternels et néonataux	55
3.8.4 Tendances des causes de décès maternels et néonataux	56
3.8.5 Tendances des types de dysfonctionnements maternels et néonataux	58
3.9 Les revues à haut impact	60
3.10 Analyse de la riposte	63
4. Discussion	66
5. Suggestions	73
Conclusion	80



6. Références	82
bibliographiques	82
7. Annexes	89

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de santé maternelle et néonatale au Bénin	11
Tableau 2 : Proportion de décès maternels et néonataux revus parmi ceux notifiés, Bénin, 2023	31
Tableau 3 : Nombre de revues réalisées selon l'approche de l'ACBC par zones sanitaires, Bénin, 2023	32
Tableau 4 : Délais moyen et médian de réalisation des audits de décès maternels et néonataux en 2023	33
Tableau 5 : Degré de complétude (en %) de certaines variables des rapports d'audits	34
Tableau 6: Caractéristiques des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023	36
Tableau 7 : Causes des décès maternels revus et dépouillés, Bénin, 2023	39
Tableau 8 : Caractéristiques des 191 décès néonataux revus par l'approche RCCP, Bénin, 2023	41
Tableau 9: Causes des 191 décès néonataux revus par l'approche RCCP, Bénin, 2023	43
Tableau 10: Catégories de dysfonctionnements issus des revues de cas de décès maternels, Bénin, 2023	44
Tableau 11 : Dysfonctionnements néonataux identifiés lors des revues, Bénin, 2023	46
Tableau 12: Catégories de dysfonctionnements identifiés dans les revues de décès maternels et néonataux, Bénin, 2023	47
Tableau 13: Catégories de dysfonctionnements issus des revues de cas de	



décès selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023	48
Tableau 14: Dysfonctionnements issus des revues de cas de décès selon les composantes du système de santé , Bénin, 2023	49
Tableau 15: Distribution des facteurs expliquant les dysfonctionnements issus du canevas de rapportage des revues selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023	50
Tableau 16: Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues de cas de décès selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023	50
Tableau 17 : Recommandations issues des revues de cas de décès selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023	51
Tableau 19: Tendances des principaux types de dysfonctionnements identifiées lors des revues de décès maternels, Benin, 2023	59
Tableau 20: Tendances des principaux types de dysfonctionnements identifiées lors des revues de décès néonataux, Benin, 2023	60
Tableau 21 : Dysfonctionnements et causes profondes identifiés par l'analyse systémique et recommandations formulées des revues à haut impact	61
Tableau 22 : Niveau de mise en œuvre des recommandations du rapport SDMR 2022	63
Tableau 22: Répartition des décès maternels notifiés par zone sanitaire, Bénin, 2023	90
Tableau 23: Répartition des décès néonataux notifiés par zone sanitaire, Bénin, 2023	92
Tableau 24: Taux de notification des décès maternels et néonataux par département, Bénin, 2023	94
Tableau 25: Gestité et parité des décès maternels identifiés, Bénin, 2023	95
Tableau 26: Répartition des causes de décès néonataux par département,	

Bénin, 2023	96
Tableau 27: Dysfonctionnements issues des revues ACBC néonataux, Bénin,2023	97
Tableau 28 : Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues maternels selon l'iceberg, Bénin, 2023	98
Tableau 29: Facteurs expliquant les dysfonctionnements ayant contribué aux 191 décès néonataux selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023	99
Tableau 30: Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues néonataux par l'approche ACBC selon l'iceberg, Bénin,2023	101
Tableau 31: Recommandations des revues néonataux ACBC selon l'iceberg, Benin 2023	102
Tableau 32: Recommandations issues des revues maternels et néonataux selon la composante du système de santé	102
Tableau 33: Tendances des causes de décès néonataux, Bénin, 2017-2023 ...	103
Tableau 34: Tendances des causes de décès maternels , Bénin 2016-2023 ..	103
Tableau 35: Tendances de notification et de réalisations des revues de décès maternels et néonataux ,Bénin 2016-2023	104
Tableau 36 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 : Scénario1	104
Tableau 37: Table de calcul de la proportion de cas de décès néonataux notifiés, Bénin,2023	105
Tableau 38: Table de calcul de la proportion de notification des décès maternels , Bénin,2023	105
Tableau 39: Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 : Scénario 2	106
Tableau 40 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité	



néonatal entre 2023 et 2030 : Scénario 1.....107

Tableau 41 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité
maternelle entre 2023 et 2030 : Scénario 2.....107

Tableau 42 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité
néonatal entre 2023 et 2030 : Scénario 2108

Liste des figures

Figure 1 : Le modèle de l'iceberg expliqué	17
Figure 2 : Cycle d'action continu de la SDMR	18
Figure 3 : Cycle classique des audits clinique	19
Figure 4 : Cycle de la revue à haut impact	19
Figure 7: Proportion de notification des décès néonataux par département, Bénin, 2023	29
Figure 8 : Proportion de notification des décès néonataux par département, Bénin, 2023	30
Figure 9 : Gestité des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023	38
Figure 10 : Parité des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023	38
Figure11: projection du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 (scénario 1)	52
Figure12: projection du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 (scénario 2)	53
Figure 13:Tendances des taux de notifications estimées de décès maternels et néonataux entre 2016 et 2023	54
Figure 14: Tendances des taux de réalisation des revues de décès maternels et néonataux entre 2016 et 2023.	55
Figure 15: Tendances des deux principales causes de décès maternels entre 2016 et 2023	57
Figure 16: Les principales causes de décès néonataux de 2017 à 2023, avec un focus sur trois facteurs majeurs : les infections, l'asphyxie et la prématurité..	58



LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACBC	:	Audit clinique basé sur les critères
ANSSP	:	Agence nationale des soins de santé primaires
CCI-SPSM	:	Commission chargée du contrôle des structures de prestations de soins médicaux
CHD	:	Centre hospitalier départemental
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
DSME-SIO	:	Direction de la santé de la mère, de l'enfant – des soins infirmiers et obstétricaux
DPAF	:	Direction de la planification, de l'administration et des finances
RCCP	:	Revue de cas centrée sur le patient
SIMR	:	Surveillance intégrée des maladies et riposte
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la population



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A close-up photograph of a woman with dark, curly hair holding a baby. The baby is wrapped in a colorful, patterned blanket and is wearing a white long-sleeved shirt. The woman's face is partially visible, looking down at the baby. The background is dark with warm, bokeh light effects. A semi-transparent yellow rectangle is overlaid in the center, containing the word 'Résumé' in white text.

Résumé



Introduction

La Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte (SDMR) fait partie des stratégies adoptées par le Bénin pour parvenir à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cependant, après dix années de mise en œuvre, les mortalités maternelle et néonatale décroissent lentement.

Le présent rapport a pour objectif d'analyser la SDMR au Bénin en 2023 et de faire un point du chemin parcouru lors de la décennie écoulée entre 2013 (année d'institutionnalisation de la SDMR au Bénin) et 2023 (année du présent rapport). Ce rapport a abouti à l'identification de pistes d'amélioration de la stratégie pour une accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Méthodes

Le cycle d'action continu de la SDMR proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le cycle des audits de décès maternels et néonataux, le modèle de l'iceberg et le cadre de référence de la SDMR au Bénin (arrêté n°096 du 6 mai 2013 institutionnalisant la SDMR au Bénin) ont été utilisés comme cadres d'analyses. Nous avons collecté les données de notification des décès maternels et néonataux auprès de l'Agence nationale des soins de santé primaires (ANSSP). Nous avons également collecté, dépouillé et analysé les rapports de revues de décès maternels (n=380) et néonataux (n=246) ainsi que les rapports de revues à haut impact (n=4) réalisés au Bénin en 2023. Nous avons également compilé les rapports de la SDMR de 2016 à 2022 et analysé les tendances en termes de notification, de réalisation des revues, des causes des décès maternels et néonataux ainsi que des facteurs contributifs à ces décès. Nous avons réalisé une analyse descriptive des données sous forme de tableaux et de graphiques.



Principaux résultats

• Mise en œuvre de la SDMR en 2023

Les décès maternels notifiés en 2023 étaient au nombre de 916 contre 992 en 2022 et 1 022 en 2021. Quant aux décès néonataux, 4 715 ont été notifiés en 2023 contre 4 513 en 2022 et 3 799 en 2021. La proportion de notification des décès maternels en 2023 était de 34,8 % et celle de décès néonataux était de 37,7 %. La quasi-inexistence de la notification communautaire reste un goulot d'étranglement majeur qu'il nous faut lever. Plus de la moitié (56,9 %) des décès maternels et le tiers (32,5 %) des décès néonataux notifiés ont été revus au cours de la même année. La méthodologie des audits cliniques basés sur les critères représente 56 des 626 rapports de revues compilés pour le compte de l'année 2023. Les dysfonctionnements identifiés lors des revues de décès maternels sont liés en majorité à la chaîne d'événements inappropriés survenus lors des prestations de services. Les recommandations proposées lors de ces revues sont essentiellement de type réactionnel. Les causes profondes de ces dysfonctionnements sont rarement identifiées et les recommandations formulées lors des revues sont rarement des recommandations d'anticipation, de conception structurelle et moins souvent des recommandations de type transformationnel.

• Tendances de la SDMR entre 2016 et 2023

Nous avons observé une augmentation du taux de notification des décès maternels et néonataux sur la période. La sous-notification reste cependant un défi constant au cours de cette période. Le taux de revues des décès néonataux connaît une croissance assez stable sur la période 2016-2023, le taux de revues maternels réalisées a fluctué pour se maintenir au-dessus de 50 % entre 2020 et 2023. Les causes de décès maternels et néonataux n'ont pas connu de changements notables. Ce sont pour la plupart des décès de mêmes causes qui produisent



lorsqu'ils font l'objet de revues de décès les mêmes types de dysfonctionnements d'où la nécessité de faire évoluer la manière de mener les revues de décès.

•Revue à haut impact

En 2023, le Cerrhud a organisé quatre sessions de formation destinées aux comités de revue sur l'approche des revues à haut impact. Ces formations ont impliqué des comités issus des départements du Littoral, du Mono, de l'Ouémé et du Zou.

Au cours de ces revues, l'analyse systémique a permis de mettre en lumière les causes profondes de ces dysfonctionnements. Nous avons identifié des tendances de dysfonctionnements et des facteurs d'ordre structurel et ceux liés aux modèles mentaux contribuant aux décès. Nous avons collaboré avec ces comités pour formuler des recommandations, axées sur l'anticipation, la conception et la transformation des modèles de pensée afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Principales suggestions

Nous suggérons d'engager une série de mesures accélératrices de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Nous suggérons d'identifier et de mettre en œuvre des interventions ayant le potentiel de lever les goulots d'étranglement aux efforts antérieurement fournis afin d'accélérer nettement la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agira de faire passer le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 2,44 % à un taux minimum de 21,5 % en 2026 puis de maintenir au moins ce taux jusqu'en 2030.

Nous suggérons de poursuivre le soutien à la mise en œuvre de la SDMR et notamment la formation des comités de revues sur l'approche des revues à haut impact et aussi le soutien à la mise en œuvre de celles-ci.

Nous suggérons des actions localisées comme la mise



en place de dispositif d'ordre structurel pour faciliter la mise en œuvre des revues à haut impact. Il pourrait s'agir par exemple de soutien pour la digitalisation des données sur les décès maternels et néonataux d'une zone sanitaire ou d'un département ; le soutien à des activités de recherche opérationnelle pour rendre disponible des données facilitant l'identification des causes profondes des décès maternels et néonataux ou encore des activités de formation des formateurs pour rendre autonome un département dans la conduite des revues à haut impact. Nous suggérons aussi le soutien au niveau national pour la construction d'un écosystème plus favorable à la SDMR. Il pourrait s'agir de soutenir un processus conduisant à l'intégration dans le District health information software 2 de données utiles à la conduite des revues à haut impact, de soutenir le développement d'une plateforme digitalisée pour faciliter la conduite des revues à haut impact et le suivi de la mise en œuvre des recommandations, de mettre à disposition des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de recommandations issues des revues à haut impact. Il pourrait également s'agir de soutenir le processus d'actualisation de l'arrêté ayant institutionnalisé la SDMR au Bénin, de soutenir les activités d'apprentissage continu autour des revues à haut impact, de soutenir la formation d'un pool de formateurs nationaux sur les revues à haut impact.



Cette page a été laissée intentionnellement vide



Introduction



Les mortalités maternelle et néonatale restent un problème critique au Bénin. Bien que 85,1 % des accouchements se déroulent en institution, avec 79,2 % assistés par du personnel qualifié (1), la tendance de la mortalité maternelle est en baisse au Bénin, mais trop lentement pour atteindre les objectifs du développement durable (ODD) d'ici 2030. En effet, L'ODD 3.1 vise à réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et prescrit qu'aucun pays en 2030 n'ait un ratio de mortalité maternelle supérieur à 140 pour 100.000 naissances vivantes.

Selon les estimations du groupe interagence des Nations Unies en charge de la mortalité maternelle, cet indicateur au Bénin est passé de 591 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 523 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2020. Ainsi, de 2015 à 2020, le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle au Bénin est estimé à 2,44 %. Alors que pour atteindre l'objectif de 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au plus en 2030, le Bénin a besoin d'un taux annuel de réduction de 9,6 % par an(2) .

Cette tendance s'observe aussi pour la mortalité néonatale. En 2030, il devrait être à 12 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes avec un taux annuel de réduction de 6,5% pour 100.000 naissances vivantes par an(3). Mais, le taux de mortalité néonatale est passé selon les enquêtes démographiques et de santé de 23 à 30 décès néonatals pour 100 000 naissances vivantes entre 2011 et 2017(4). Selon les estimations du groupe interagence des Nations Unies, il est passé de 31,84 décès néonatals pour 1 000 naissances vivantes en 2015 à 28,64 décès néonatals pour 1 000 naissances vivantes en 2022(3) .

Ainsi, de 2015 à 2022, le taux annuel de réduction de la mortalité néonatale au Bénin est estimé à 1,50 %, alors qu'un taux annuel de réduction de 6,50 % est nécessaire pour atteindre la cible fixée par les ODD.



Le rythme actuel de réduction des mortalités maternelle et néonatale sont donc insuffisantes pour atteindre les cibles des ODD. Mais il est possible d'accélérer la dynamique. L'accélération de la réduction des mortalités maternelle et néonatale est un ensemble de politiques et d'interventions visant à augmenter la « vitesse » ou le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle et le taux annuel de réduction de la mortalité néonatale au Bénin. Il inclut l'amélioration de la qualité des soins en fin de grossesse, à l'accouchement et en période postnatale immédiate. Le plan opérationnel, mis en œuvre entre 2018 et 2022, a identifié huit groupes d'interventions stratégiques pour réduire les mortalités et morbidités maternelle et néonatale. Il s'agit entre autres de la Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte (SDMR) en mettant un accent sur la qualité des soins et services de santé maternelle et néonatale.

L'amélioration de la qualité des soins de santé est une priorité pour le gouvernement béninois. De nombreuses décisions clés ont été prises et mises en œuvre, telles que l'institution d'organismes nationaux de régulation ou de coordination de la qualité des soins, comme l'Autorité de régulation du secteur de la santé et la Commission chargée du contrôle des structures de prestations de soins médicaux. De plus, la politique nationale d'amélioration de la qualité des soins prévoit la mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité à différents organes au niveau national et des établissements de santé. L'unité nationale d'amélioration de la qualité des soins mobilise des ressources, coordonne la mise en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité, et évalue les activités de qualité des soins. Des équipes veillent à l'amélioration de la qualité au niveau des établissements de santé pour la mise en œuvre des activités de qualité des soins⁽⁵⁾. Plusieurs stratégies d'amélioration de la qualité des soins et services sont mises en œuvre par les établissements de santé comme



le renforcement de capacité et supervisions formatives, l'accréditation et 5S-Kaizen-TQM. De plus, l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé maternels et néonataux exige des informations précises permettant d'identifier les facteurs contribuant aux décès maternels et néonataux. Ces informations peuvent être générées par les revues de décès maternels et néonataux, qui se déroulent généralement en cinq étapes : i) l'identification des décès maternels, ii) la collecte de données, iii) l'analyse des résultats, iv) la formulation de recommandations et d'actions, v) l'évaluation et l'affinement. Les revues de décès maternels et néonataux sont parties intégrantes de la SDMR.

La SDMR est un système continu de collecte et d'analyse des décès maternels pour identifier les causes évitables et déclencher des actions afin de prévenir de futurs décès tout en surveillant les tendances de la mortalité maternelle et néonatale. Elle a été institutionnalisée au Bénin en 2013 conformément aux recommandations de l'OMS. L'objectif était que toutes les zones sanitaires, ainsi que les hôpitaux de zones, départementaux et nationaux, examinent périodiquement tous les décès maternels et néonataux. Un comité national supervise les activités liées à cette stratégie. Il réalise également une analyse annuelle synthétisée dans un rapport. Le Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie (Cerrhud), avec le soutien financier du Fonds des nations unies pour la population (UNFPA), soutient le comité national dans l'analyse des données et la rédaction du rapport annuel de la SDMR.

Après 10 ans de mise en œuvre de cette stratégie, le présent rapport fait le bilan de l'application de la SDMR durant l'année 2023 mais aussi analyse les tendances dans la mise en œuvre de ces composantes sur la décennie écoulée. Il formule des recommandations pour une meilleure contextualisation des revues de décès



maternels et néonataux afin de contribuer à l'accélération de la réduction des mortalités maternelle et néonatale au Bénin.



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A close-up photograph of a woman with dark skin, wearing a white headwrap, holding a sleeping baby. The baby is wrapped in a white cloth with a textured pattern. The woman's face is partially visible, looking down at the baby. The background is dark. A semi-transparent yellow rectangle is overlaid on the image, containing the text '1. Objectifs'.

1. Objectifs



1.1 Objectif général

L'objectif général est d'analyser la mise en œuvre de la SDMR au Bénin au cours de l'année 2023.

1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont de :

- analyser la notification des décès maternels et néonataux ;
- déterminer le taux de réalisation des revues de décès maternels et néonataux ;
- analyser les causes cliniques et les dysfonctionnements contributifs aux décès maternels et néonataux enregistrés ;
- analyser la riposte ;
- formuler des recommandations pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A close-up photograph of a woman with dark skin, wearing a vibrant blue headwrap and an orange sari. She is cradling a sleeping baby in her arms. The baby is also wrapped in an orange cloth. The woman's face is partially visible, showing a gentle smile. The background is dark, making the colors of the clothing stand out. A yellow rectangular box is overlaid on the image, containing the text '2. Méthodologie'.

2. Méthodologie

2.1 Contexte national

Le Bénin est un pays de l’Afrique de l’Ouest qui couvre une superficie de 114 763 km², avec une population estimée à 12 606 998 habitants en 2023 (6). Le Bénin est subdivisé en 12 départements, 77 communes, 546 arrondissements.

La plateforme d’offre de soins est organisée suivant le système de zones sanitaires et 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 référence appelé hôpital de zone et des centres de santé, maternités et dispensaires isolés. Le Bénin compte 34 zones sanitaires. Il dispose au total de 972 formations sanitaires publiques dont 947 offrent des services de maternité (7). Quant au secteur sanitaire privé, il comporte 1 373 formations sanitaires dont 299 offrent au moins une prestation de soins de santé maternelle et infantile. Ces infrastructures, publiques et privées, constituent le noyau de l’offre de soins en santé maternelle et infantile. Le tableau 1 présente quelques/principaux indicateurs de santé maternelle et néonatale au Bénin.

Tableau 1 : Indicateurs de santé maternelle et néonatale au Bénin

Indicateurs	Bénin	Source
Population estimée (en 2023)	12 606 998(8)	Ministère de l’économie et des finances–Institut National de la Statistique et de la Démographie. Projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin.
Nombre estimée de femmes en âge de procréer (en 2023)	2 999 401(8)	
Ratio de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes (2020)	523(9)	World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2020 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the UNDESA/Population Group. 2023

Indicateurs	Bénin	Source
Taux de mortalité néonatale pour 1,000 naissances vivantes (2021)	23(10)	Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD). 2023. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Bénin, 2021-2022, Rapport des résultats de l'enquête. Cotonou, Bénin : INStAD.
Taux de mortinai-sances pour 1,000 grossesses	9 (11)	Ministère du Plan et du Développement Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) Cotonou B. Enquête Démographique et de Santé 2017-2018, Bénin. 2019.
Proportion de naissances dans les formations sanitaires	90,6% (10) 85,1 (25)	Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD). 2023. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Bénin, 2021-2022, Rapport des résultats de l'enquête. Cotonou, Bénin : INStAD. The DHS Program. Statcompiler. https://www.statcompiler.com/en
Proportion de toutes les naissances vivantes par césarienne (2022)	10,0% (7)	Ministère de la Santé du Bénin. Annuaire des statistiques sanitaires 2022 [Internet]. 2023. Available from: www.sante.gouv.bj
Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes ;	20,6 (7)	
% de nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit la naissance ;	67,8% (7)	
Médecins /10,000 habitants(2022) ;	2,1 (7)	
Sages-femmes / 5 000 femmes en âge de procréer (2022)	3,5 (7)	
Cadres infirmiers /10,000 personnes ; (2022)	2,4 (7)	

2.2 Cadres d'analyses

Le rapport est basé sur les orientations du Ministère de la santé et de l'OMS pour la notification, la revue des décès maternels et néonataux et la riposte. L'outil d'analyse systémique des causes racines utilisé comprend l'outil de l'iceberg pour explorer les causes sous-jacentes et les piliers du système de santé de l'OMS pour classer les dysfonctionnements, les facteurs expliquant les dysfonctionnements identifiés lors des revues, ainsi que les recommandations formulées à leur issue.

2.2.1 Définitions des concepts

Décès maternel : la définition de la onzième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes a été adopté et elle définit la mort maternelle 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 »(12).

Décès néonatal : le décès néonatal dans ce rapport est défini comme celui du nouveau-né survenant entre 0 et 28 jours de vie (10)

SDMR : la stratégie de Surveillance des décès maternels/ néonataux et riposte ou 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 moyens 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 (13). Cette définition concerne spécifiquement les décès maternels mais elle peut être adaptée aux décès néonataux.

Notification des décès : la notification se fait depuis l'échelon local jusqu'au national, en passant par le niveau départemental, même s'il arrive que les hôpitaux signalent les décès maternels directement au niveau national. Les décès survenant dans les établissements de soins devraient être identifiés et notifiés aux autorités compétentes dans les 24 heures, et les décès dans les communautés dans les 48 heures (14). La notification devrait inclure la « notification zéro cas », procédure active de notification de suspicion de décès maternel, qu'il y en ait eu ou non.

Riposte : les conclusions des revues devraient conduire à des actions immédiates pour prévenir de tels décès, dans les établissements de soins comme au niveau communautaire. Par ailleurs, les ripostes peuvent être également périodiques ou annuelles. L'identification de profils particuliers liés aux problèmes qui contribuent aux décès maternels ou le repérage de zones géographiques où se produisent davantage de décès maternels doit entraîner des ripostes plus complètes. Les ripostes devraient être conçues pour aborder les problèmes identifiés dans la communauté, dans l'établissement de soins et dans le système de santé, ainsi qu'au niveau intersectoriel. Le type d'actions à prendre dépendra du niveau auquel les décisions sont prises, les résultats des analyses et les parties prenantes impliquées. L'amélioration de la qualité des soins est un élément de réponse important au niveau de l'établissement de soins. Les principes pour guider la riposte sont : (i) partir des facteurs évitables identifiés lors du processus de revue, (ii) adopter une approche sur des bases factuelles ; (iii) prioriser les actions (en fonction de



la prévalence, de la faisabilité, des ressources, du degré de préparation du système de santé), (iv) établir un calendrier (perspectives immédiates, court, moyen et long terme), (v) définir le suivi des progrès, de l'efficacité et de l'impact, (vi) intégrer les recommandations dans les plans sanitaires annuels et les paquets de service, et (vii) s'assurer que les recommandations ont été mises en œuvre.

Revue des décès : méthodes de recherche approfondie et qualitative des causes et circonstances entourant les décès maternels(15)

Revue à haut impact : la revue des succès et des cas critiques pour l'apprentissage et l'amélioration continue ou revue à haut impact constitue une stratégie centrée sur le mécanisme de l'apprentissage systémique et l'amélioration continue de la qualité des soins des services de santé. Elle permet d'identifier les causes racines systémiques à l'origine des bonnes pratiques préventives ou des dysfonctionnements contributifs aux échappées belles ou aux décès maternels et néonataux, aux succès de l'équipe de soins ayant permis d'éviter ou de prévenir les échappées belles ou les décès maternels ou néonataux. C'est un modèle cocréé par le Cerrhud et les détenteurs d'enjeu autour de la SDMR du ministère de la Santé du Bénin et de quatre hôpitaux dans lesquels il est actuellement testé.

Situation d'apprentissage pour l'amélioration continue: pourquoi attendre un décès ou un événement grave avant d'engager un processus pour améliorer la prestation des services et la prévention des décès ? Une situation d'apprentissage pour l'amélioration continue est tout événement positif ou non survenu au cours du parcours de soins d'une patiente ou du nouveau-né dont des leçons peuvent être tirées afin d'améliorer la qualité des



prestations offertes.

Modèle de l'iceberg : c'est un outil d'analyse systémique (16) qui représente une situation d'apprentissage comme un iceberg, avec une petite pointe émergée (visible) et une base plus grande immergée (invisible). La pointe visible de l'iceberg au-dessus de l'eau représente un évènement problématique ou non, le deuxième niveau se trouvant juste en dessous de l'évènement représente les tendances, et les deux derniers niveaux qui sont les plus profonds représentent respectivement les structures sous-jacentes et les modèles mentaux des détenteurs d'enjeu autour de la situation d'apprentissage.

L'évènement est ce qui s'est produit, ce qui est visible, et ce qui manifeste ou révèle l'évènement. Les tendances représentent les régularités autour et dans la survenue de cet évènement ; ils ne sont pas forcément remarqués en-dehors d'une analyse spécifique et orientée. Les structures sous-jacentes représentent la manière dont le système est organisé en termes de contraintes physiques ou normatives, de disponibilité ou non de ressources, de contraintes organisationnelles ou sociales qui sous-tendent les tendances et la survenue répétée de l'évènement. Ce sont les structures sous-jacentes qui génèrent les tendances et les évènements. Les modèles mentaux quant à eux représentent les hypothèses, les croyances et les valeurs des détenteurs d'enjeu autour du problème ; ce sont ces modèles mentaux qui façonnent et perpétuent les structures sous-jacentes. Les modèles mentaux constituent par excellence, le niveau sur lequel, il faut agir pour déraciner le problème ou le perpétuer.

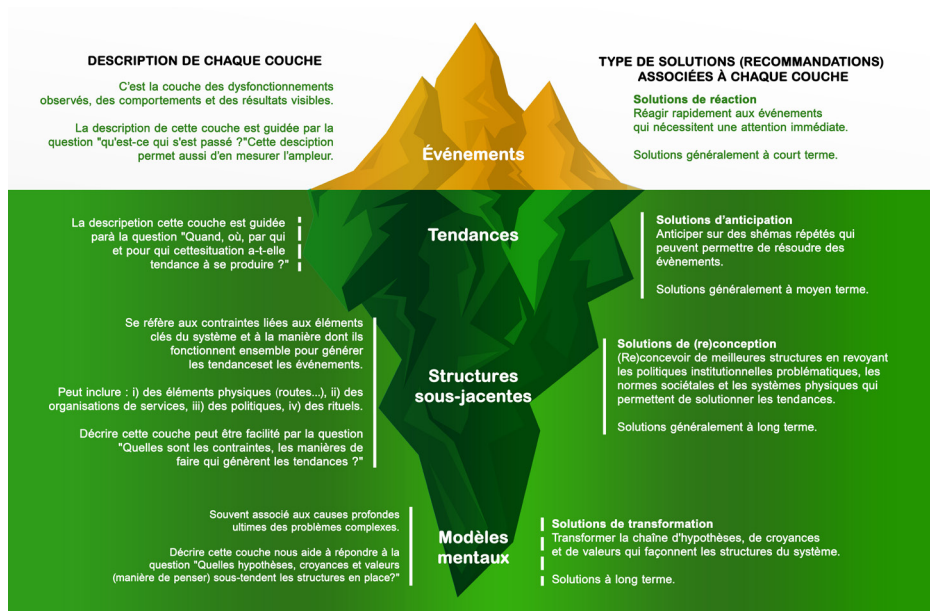


Figure 1 : Le modèle de l'iceberg expliqué

Redevabilité : elle consiste à respecter un engagement. C'est être responsable d'un résultat, et pas seulement d'un ensemble de tâches. C'est prendre des initiatives avec un suivi attentif et efficace (17).

Morbidité : c'est l'état d'une personne qui présente des symptômes ou qui n'est pas en bonne santé en raison d'une maladie (18).

Qualité des soins : c'est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles (19).

Échappées belles ou near-miss : toute femme enceinte ou qui a récemment accouché (dans les six semaines suivant une interruption de grossesse ou un accouchement) dont

la survie immédiate est menacée et qui survit par hasard ou grâce aux soins hospitaliers dont elle bénéficie.

Comité SDMR : groupe formé de prestataires de soins et de managers chargé de la réalisation des revues. La composition des comités SDMR au Bénin varie en fonction du niveau de la plateforme d'offre de soins (14).

2.2.2 Cycle de la SDMR

La SDMR au Bénin repose sur le cycle d'action continu proposé par l'OMS. La figure 2 ci-après présente les quatre étapes du cycle d'action continu de l'OMS.

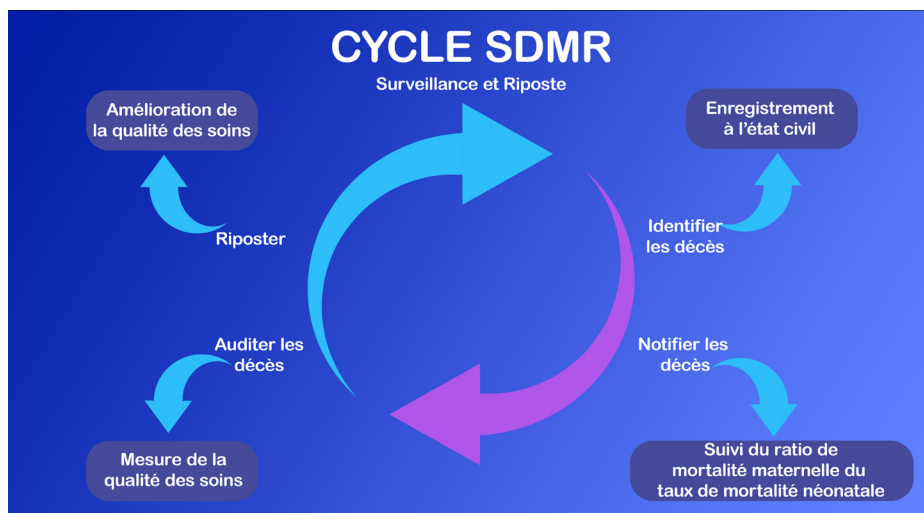


Figure 2 : Cycle d'action continu de la SDMR¹

2.2.3 Cycle de l'audit

Le cycle de l'audit est constitué d'une succession de cinq étapes tel que présenté par la figure 3.

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 »

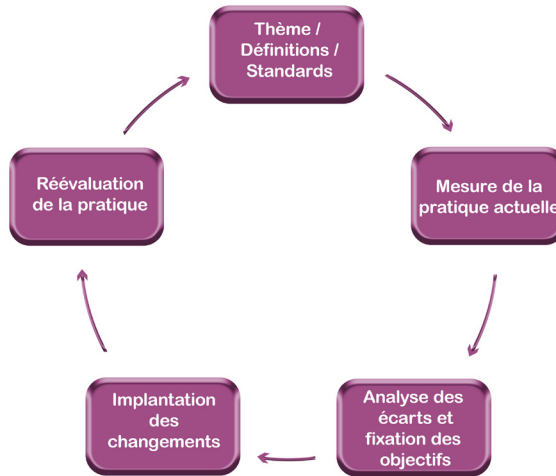


Figure 3 : Cycle de l'audit clinique

2.2.4 Cycle de la revue à haut impact

La revue à haut impact suit un processus cyclique. Ce cycle est constitué de sept étapes avec deux leviers transversaux. Il est présenté par la figure 4.



Figure 4 : Cycle de la revue à haut impact

2.3 Collecte des données

Les données ayant servi à l'élaboration du présent rapport proviennent principalement de deux sources :

- les données de notification issues de l'harmonisation des données compilées dans les bases de la Surveillance intégrée des maladies et riposte et du District health information software 2 ;

- les rapports de revues de décès maternels et néonataux ayant fait l'objet d'une extraction de données. L'extraction des données a été faite par une équipe composée de sage-femmes expérimentées, de médecins et d'épidémiologistes qui a utilisé des grilles d'extraction digitalisées sous Kobocollect. Une équipe de superviseurs formée de membres de l'équipe du Cerrhud (statisticiens et médecins de santé publique) a assuré la qualité des données.

2.4 Traitement et analyse des données

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

2.4.1 Analyse de la notification

L'analyse de la notification se fait sur la base du calcul de la proportion de notification des décès maternels et néonataux. Cette proportion a été calculée par la formule :

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

Les nombres estimés de décès maternels et de décès néonataux ont été calculés à partir des formules ci-dessous :

Nombre de DM estimé =	$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Ratio de mortalité maternelle}}{100\,000}$
Nombre de DN estimé =	$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes} \times \text{Taux de mortalité néonatale}}{1000}$

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

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

Le taux brut de natalité 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 du Bénin de 2017-2018. Le ratio de mortalité maternelle utilisé est tiré des estimations de mortalité maternelle de l'OMS pour le Bénin en 2020. La taille de la population est celle estimée pour 2023 par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSTaD).

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 :

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

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 analyse descriptive de la qualité des revues.

2.4.3 Description des cas de décès revus

Pour la description des décès revus, les variables ci-après ont été considérées : les caractéristiques des cas : âge, type d'accouchement, lieu de résidence, lieu de survenue du décès ; les causes de décès ; les dysfonctionnements ayant contribué au décès.

2.4.4 Analyse des tendances du taux de notification et de la proportion de décès revue parmi les décès notifiés

Pour l'analyse des tendances de la SDMR, nous avons :

i) calculé les taux de notification en fonction de la valeur actualisée du ratio de mortalité maternelle et du nombre estimé de décès maternels selon l'OMS pour les années 2015 à 2019 (591 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 2523 décès maternels respectivement) et 2020 à 2023 (523 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 2451 décès maternels respectivement) (2) ;

ii) utilisé pour le taux de revues, les données disponibles dans les rapports SDMR entre 2016 à 2022 (16,21–25) et celles de 2023 sur la base des données validées par le Ministère de la santé.

2.4.5 Projections en vue de l'atteinte des ODD

Les ODD prescrivent qu'aucun pays ne devrait être au-dessus de 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2030. Au rythme actuel de l'évolution du ratio de mortalité maternelle le Bénin n'atteindra pas cet objectif. Plusieurs scénarios sont possibles en fonction du taux annuel de réduction de la mortalité maternelle (assimilable à la vitesse) et du taux d'accélération requis.

Le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle est une mesure qui exprime le pourcentage de diminution du ratio de mortalité maternelle d'une année à l'autre sur une période donnée (2). Il permet d'évaluer la rapidité avec laquelle un pays ou une région réduit les décès maternels par rapport au nombre de naissances vivantes.

Le taux d'accélération est défini comme le taux de variation du taux annuel de réduction de la mortalité maternelle. Il s'agit donc d'une seconde dérivée dans le contexte du suivi des progrès, permettant d'analyser si les efforts et les interventions en santé maternelle deviennent de plus en

plus efficaces.

Pour modéliser l'accélération, nous utilisons la formule suivante pour déterminer le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle (que nous désignons dans la formule par ARR) en fonction du taux d'accélération r :

$$ARR_t = ARR_o \times (1 + r)^{t-t_o}$$

Où :

- ARR_t est le taux de réduction pour l'année t ,
- ARR_o est le taux de réduction initial en 2023,
- r est le taux d'accélération (en pourcentage, par exemple 2 pour une accélération de 200%),
- t est l'année cible (par exemple, 2025),
- t_o est l'année de départ (2023).

Une fois que l'on connaît le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle pour chaque année, on peut l'utiliser dans la formule du ratio de mortalité maternelle pour chaque année t :

$$RMM_t = RMM_{t_o} \times \exp(ARR / 100 \times (t - t_o))$$

Où :

- RMM_{t_o} : RMM en 2023 (par exemple, 523),
- ARR : Le taux de réduction calculé précédemment pour chaque année,
- t : L'année cible.

2.4.6 Analyse de la riposte

Les éléments d'analyse de la riposte ont été extraits des rapports des travaux effectués en sessions par les



participants à l'atelier de validation des données.

La riposte a été appréciée par le niveau de mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport annuel de la SDMR de 2022.

2.5 Rédaction et validation du rapport

Nous avons rédigé le draft initial du présent rapport lors de travaux menés sous la forme d'un atelier à Grand-Popo. A cette occasion,, nous avons élaboré la structure générale du rapport. Ensuite nous avons réparti les différents chapitres aux membres de l'équipe constitué en binômes. Ces derniers ont eu des sessions de travail ayant abouti à la production du contenu des chapitres dont ils avaient la charge. Enfin, les productions ont été compilées à la fin de l'atelier, affinées et ont fait l'objet d'une relecture et d'amendements après l'atelier par une équipe restreinte pour en assurer la cohérence.

Nous avons par la suite soumis le draft initial aux détenteurs d'enjeu autour de la SDMR au cours d'un atelier à Cotonou. Il a regroupé les acteurs en provenance du Conseil national des soins de santé primaires, de l'Agence nationale des soins de santé primaires (Direction de la santé de la mère et de l'enfant-des soins infirmiers et obstétricaux et Direction de la surveillance épidémiologique et de la riposte), de la Direction générale de la médecine hospitalière et des explorations diagnostiques, des directions départementales de la 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. Cet atelier a permis de présenter aux participants les résultats de la mise en œuvre de la SDMR en 2023 au Bénin, de recueillir leurs commentaires et apports aussi bien sur la forme que sur



le contenu du document. À l'issue des travaux, le rapport a été validé sous réserve de l'intégration des apports.

Nous avons finalisé le rapport lors d'un atelier tenu à Grand-Popo et ayant regroupé les membres de l'équipe du Cerrhud. Nous avons relu chaque section du document tout en l'améliorant notamment par l'intégration des commentaires reçus des participants à l'atelier de validation du rapport. Nous avons également finalisé la mise en page graphique du document à cette occasion.



Cette page a été laissée intentionnellement vide



3. Résultats

3.1 Fonctionnalités des comités SDMR en 2024

Le comité national en charge de la SDMR a coordonné l'élaboration du présent rapport. Mais il n'a pu tenir de réunions statutaires. Au niveau opérationnel, tous les comités ont notifié des cas de décès maternels ou de décès néonataux et ont organisé au moins une session de revue de cas de décès maternels ou de décès néonataux.

3.2 Analyse de la notification

3.2.1 Données de notification en 2023

Les figures 5 et 6 présentent les proportions de notification des décès maternels et néonataux dans chaque département du Bénin

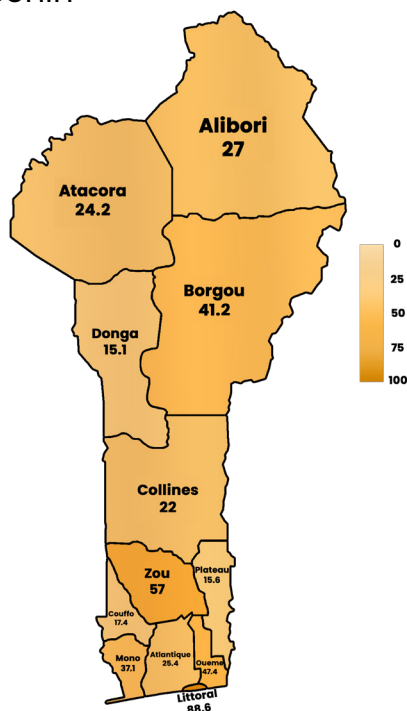


Figure 5: Proportion de notification des décès néonataux par département, Bénin, 2023

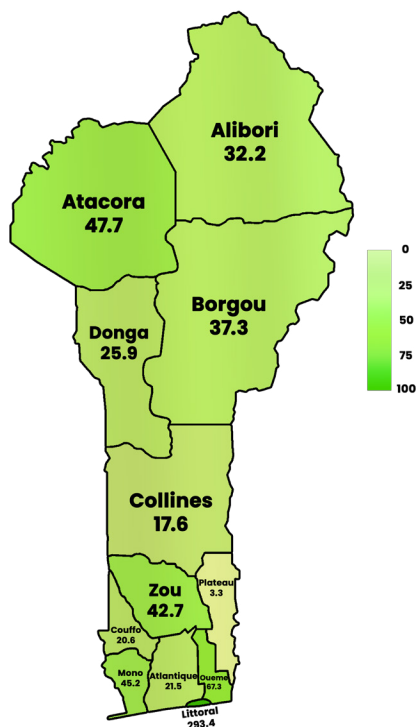


Figure 6 : Proportion de notification des décès néonataux par département, Bénin, 2023

Source: Plateforme SIMR Bénin_ANSSP/MS, 2023 ; EDS 2017-2018

Les proportions de décès maternels et de décès néonataux notifiées ont été estimées respectivement à 34,7 % et 37,7 %. La sous-notification s'observe dans tous les départements sauf dans le département du Littoral où il dépasse 100 % (293,4 % pour les décès néonataux).

3.3 Réalisation des revues des décès maternels et néonataux

Le tableau 2 présente la proportion de revues de décès maternels et néonataux réalisées par département parmi les cas notifiés.

Tableau 2 : Proportion de décès maternels et néonataux revue parmi ceux notifiés, Bénin, 2023

Département	Décès maternels			Décès néonataux		
	Nombre de cas notifiés	Nombre de cas audités	Proportion de cas audités	Nombre de cas notifiés	Nombre de cas audités	Proportion de cas audités
Alibori	67	67	100,0 %	290	277	95,5 %
Atacora	52	49	94,2 %	334	238	71,3 %
Atlantique	88	48	54,5 %	483	21	4,3 %
Borgou	139	86	61,9 %	578	382	66,1 %
Collines	42	42	100,0 %	154	131	85,1 %
Couffo	33	33	100,0 %	127	92	72,4 %
Donga	23	23	100,0 %	226	226	100,0 %
Littoral	135	34	25,2 %	1109	43	3,9 %
Mono	47	11	23,4 %	274	34	12,4 %
Oueme	132	63	47,7 %	537	13	2,4 %
Plateau	26	26	100,0 %	54	54	100,0 %
Zou	132	39	29,5 %	549	21	3,8 %
Benin	916	521	56,9 %	4715	1532	32,5 %

Source: Plateforme SIMR Bénin_ANSSP/MS, 2023

56,9 % des décès maternels et 32,5 % des décès néonataux notifiés ont fait l'objet d'une revue.

Les départements de l'Alibori, des Collines, du Couffo, de la Donga et du Plateau ont réalisé les revues de l'ensemble des cas de décès maternels notifiés. Ceux de la Donga et du Plateau ont revues l'ensemble des cas de décès néonataux notifiés.

L'approche majoritairement utilisée était la revue du cas centrée sur le patient. La méthode de l'audit clinique basé

sur les critères (ACBC) a été utilisée pour auditer 870 cas de décès néonataux et 26 cas de décès maternels. Le tableau 3 présente les formations sanitaires ayant conduit des ACBC et précise les nombres de décès revu.

Tableau 3 : Nombre de revues réalisées selon l'approche de l'ACBC par zones sanitaires, Bénin, 2023

Site	Décès maternels		Décès néonataux	
	Nombre de séance	Nombre de décès audités	Nombre de séance	Nombre de décès audités
Allada –Toffo-Zè	0	0	1	14
Aplahoue-Djakotomey-Dogbo	0	0	3	81
Banikoara	0	0	9	166
Bembereke-Sinende	0	0	3	103
Dassa-Glazoue	0	0	3	60
Djougou-Ouaké Copargo	0	0	12	211
Klouékanmé-Lalo Toviklin	0	0	1	10
Kouandé-Péhunco- Kérou	0	0	1	ND
Malanville-Karimama	0	0	5	49
Natitingou-Boukoum-bé-Toucounouna	0	0	1	53
Nikki-Kalèlè-Pèrèrè	0	0	10	70
Parakou-N'dali	0	0	3	23
Savalou-Bantè	0	0	1	3
Tchaourou	0	0	2	27
CHUD Ouémé-Plateau	1	26	0	0
Total	1	28	55	870

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 4 présente les délais moyen et médian de réalisation des audits de décès maternels et néonataux par département.

Tableau 4 : Délais moyen et médian de réalisation des audits de décès maternels et néonataux en 2023

Département	Décès maternels (n=379)		Décès néonataux (n=191)	
	Moyenne (IC 95 %)	Médiane	Moyenne (IC 95 %)	Médiane
Alibori	85 (61,3-108,2)	75	81 (65,1-97,7)	68
Atacora	33 (22,1-44,3)	30	27 (21,0-33,6)	26
Atlantique	65 (43,4-85,9)	47	93(56,9-128,8)	79
Borgou	51 (35,7-66,7)	28	111(69,1-152,3)	68
Collines	32 (24,6-39,7)	26	152	152
Couffo	31 (23,7-37,6)	26		
Donga	53 (21,8-84,8)	38	41 (27,1-53,9)	38
Littoral	61(49,5-72,6)	57	86 (67,5-105,4)	86
Mono	57 (26,8-87,7)	47	82 (36,1-126,9)	74
Oueme	119(95,4-142,6)	104	116 (75,1 -157,9)	87
Plateau	63 (41,2-84,3)	53	82 (64,8-99,6)	88
Zou	35 (27,4-41,6)	28	38(18,8-56,9)	27
Benin	62 (55,8-68,9)	41	84 (74,4-93,9)	65

Un rapport d'audit de décès néonatal reçu et dépouillé

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche de la revue de cas centrée sur le patient (RCCP)

Les décès maternels et néonataux ont été revus dans un délai moyen de 62 et 84 jours respectivement. La moitié des revues de décès maternels ont été organisées plus de 41 jours après la survenue du décès tandis que la moitié des revues de décès néonataux ont été organisée dans un délai de plus de 65 jours après la survenue du décès.

3.4.2 Complétude des rapports de revues

Le degré de complétude de certaines variables des rapports de revues de décès maternels et néonataux est présenté par le tableau 5.

Tableau 5 : Degré de complétude (en %) de certaines variables des rapports d'audits

Variables	RCCP de décès maternels (n=379)	RCCP de décès néonataux (n=191)	ACBC de décès maternels (n=1)	ACBC de décès néonataux (n=55)
Age documenté	99,5	85,3	Non applicable	Non applicable
Type accouchement documenté	85,4	ND	Non applicable	Non applicable
Date du décès documenté	92,4	96,9	Non applicable	Non applicable
Date de la revue documentée	98,2	100	100	95,6
Existence de courrier d'invitation	29,3	21,9	100	24,1
Existence de grille d'observation	70,7	59,2	100	29,1
Résumé de l'enquête sociale faite	73,4	76,4	Non applicable	Non applicable

Variables	RCCP de décès maternels (n=379)	RCCP de décès néonataux (n=191)	ACBC de décès maternels (n=1)	ACBC de décès néonataux (n=55)
Respect du canevas de rapportage	80,2	81,7	100	23,2
Cause du décès/ Pathologie audité	94,5	97,9	100	98,9
Point de la mise en œuvre des recommandations de l'audit antérieur	78,1	69,1	Non documenté	62,4
Identification des dysfonctionnements	93,4	87,4	Non documenté	91,6
Recherche des facteurs expliquant les dysfonctionnements	95,8	84,2	Non documenté	92,1
Élaboration d'un plan de résolution des problèmes	88,7	86,4	Non documenté	90,8

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

La disponibilité d'un plan de résolution des problèmes a été effective respectivement dans 88,7 % et 86,4 % des rapports de revues de décès maternels et néonataux conduite par la méthode RCCP. Ce plan n'était pas disponible dans le rapport de revue de décès maternels par la méthode ACBC et l'était dans 90,8 % des rapports de revue par la méthode ACBC.

3.5 Caractéristiques des décès maternels

Le tableau 6 présente des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des décès maternels.

Tableau 6: Caractéristiques des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023

Caractéristique	Caractéristiques des décès maternels revus (N = 379) n(%)
Age	
<=24ans	122 (32,2 %)
25-29ans	78 (20,6 %)
30-34ans	94 (24,8 %)
>=35ans	83 (21,9 %)
Non Documenté	2 (0,5 %)
Lieu de résidence	
Rural	249 (65,7 %)
Urbain	97 (25,6 %)
Non documenté	33 (8,7 %)
Consultations prénatales (CPN)	
Pas de CPN	93 (24,5 %)
Moins de 4 CPN	169 (44,6 %)
4 CPN et plus	103 (27,2 %)
Non documenté	14 (3,7 %)
Mode d'admission	
Référence	213 (56,2 %)
Venue d'elle-même	145 (38,3 %)
Non documenté	21 (5,5 %)
Moment du décès	
Durant la grossesse	78(20,6 %)

Caractéristique	Caractéristiques des décès maternels revus (N = 379)
	n(%)
Durant le post-partum immédiat (<=48H)	189 (49,9 %)
Durant le post-partum tardif (3-42 jrs)	60 (15,8 %)
Durant le travail d'accouchement	21 (5,5 %)
Autres	11 (2,9 %)
Non documenté	20 (5,3 %)
Type d'accouchement	
Accouchement par césarienne	111 (29,3 %)
Accouchement par voie basse, avec extraction instrumentale	6 (1,6 %)
Accouchement par voie basse, sans extraction instrumentale	127 (33,5 %)
Non applicable	14 (3,7 %)
Non documenté	121 (31,9 %)
Lieu de survenue du décès	
Domicile	3 (0,8 %)
En cours de route	40 (10,6 %)
Formation sanitaire périphérique	27 (7,1 %)
Hôpital	281 (74,2 %)
Clinique privée	13 (3,4 %)
Non documenté	15 (3,9 %)
Le décès a-t-il été considéré évitable ?	
Certainement évitable	160 (42,2 %)
Peut-être évitable	171 (45,1 %)
Inévitable	10 (2,6 %)
Non documenté	38 (10,0 %)

Source : Rapports de revues maternels par l'approche RCCP.

La majorité des cas de décès maternels revus avaient moins de 30 ans, résidaient en milieu rural, avaient effectué moins de quatre CPN, étaient référées vers la formation

sanitaire où a eu lieu le décès et avaient accouché par voie basse. Les décès ont été jugés évitables par les comités de revues.

Les figures 7 et 8 présentent respectivement la gestité et la parité des cas de décès maternels.

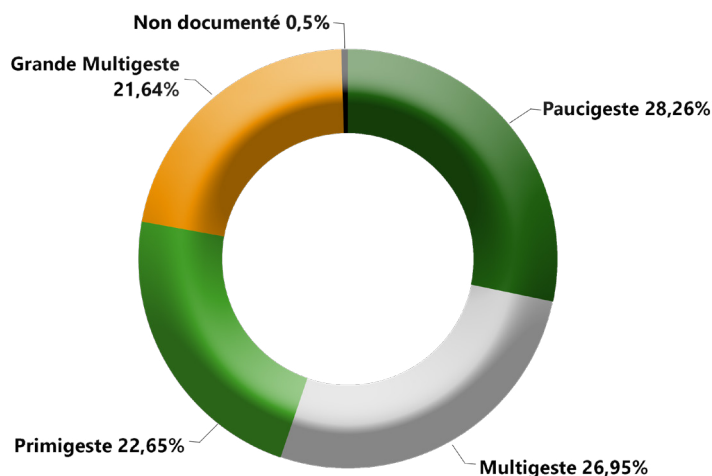


Figure 7 : Gestité des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023

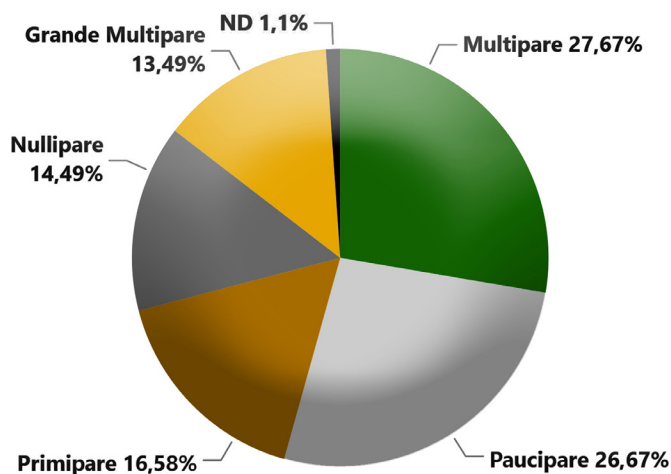


Figure 8 : Parité des 379 cas de décès maternels revus, Bénin, 2023

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP

La majorité des décès maternels étaient survenus chez des multigestes (26 %) et multipares (27,7 %).

Le tableau 7 présente les causes de décès maternels revues par département en 2023.

Tableau 7 : Causes des décès maternels revus et dépouillés, Bénin, 2023

Causes de décès	Total	Alibori	Atacora	Atlantique	Borgou	Collines	Couffo	Donga	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou
Anémie	72 (17,8)	3 (7,7)	6 (20,7)	5 (16,7)	6 (8,5)	5 (20)	2 (8,3)	8 (28,6)	4 (11,8)	0 (0)	29 (38,7)	1 (8,3)	3 (10,7)
Complication d'anesthésie	4 (1)	0 (0)	1 (3,4)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	1 (3,6)
Autres causes directes	48 (11,9)	5 (12,8)	1 (3,4)	1 (3,3)	7 (9,9)	1 (4)	1 (4,2)	3 (10,7)	4 (11,8)	2 (20)	16 (21,3)	2 (16,7)	5 (17,9)
Autres causes indirectes	34 (8,4)	12 (30,8)	4 (13,8)	2 (6,7)	2 (2,8)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)	8 (23,5)	1 (10)	2 (2,7)	0 (0)	2 (7,1)
Complications d'avortement	15 (3,7)	1 (2,6)	0 (0)	1 (3,3)	2 (2,8)	1 (4)	2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (10,7)	0 (0)	0 (0)
Complications pulmonaires	5 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	1 (1,3)	1 (8,3)	1 (3,6)
Hémorragies	91 (22,5)	3 (7,7)	4 (13,8)	11 (36,7)	10 (14,1)	9 (36)	13 (54,2)	11 (39,3)	8 (23,5)	0 (0)	8 (10,7)	3 (25)	11 (39,3)

HTA	55 (13,6)	2 (5,1)	6 (20,7)	9 (30)	16 (22,5)	3 (12)	2 (8,3)	2 (7,1)	4 (11,8)	1 (10)	4 (5,3)	3 (25)	3 (10,7)
Causes de décès	Total	Alibori	Atacora	Atlantique	Borgou	Collines	Couffo	Donga	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou
Infection	45 (11,1)	9 (23,1)	3 (10,3)	1 (3,3)	21 (29,6)	2 (8)	0 (0)	3 (10,7)	2 (5,9)	2 (20)	0 (0)	1 (8,3)	1 (3,6)
Rupture Utérine	15 (3,7)	2 (5,1)	2 (6,9)	0 (0)	3 (4,2)	4 (16)	2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)
Non documenté	21 (5,2)	2 (5,1)	2 (6,9)	0 (0)	2 (2,8)	0 (0)	2 (8,3)	0 (0)	4 (11,8)	2 (20)	6 (8)	0 (0)	1 (3,6)
Total	405 (100)	39 (100)	29 (100)	30 (100)	71 (100)	25 (100)	24 (100)	28 (100)	34 (100)	10 (100)	75 (100)	12 (100)	28 (100)

Au niveau national, les hémorragies (22.5 %), les anémies (17.8 %) et l'hypertension artérielle (HTA) et ses complications (13,6 %) constituent les principales causes de décès maternels. Les départements de l'Atlantique, de la Donga et du Zou présentent les effectifs les plus élevés de décès liés aux hémorragies. Les départements du Plateau, de l'Atlantique et du Borgou figurent parmi ceux où l'on recense le plus de revues de décès attribués à l'HTA et ses complications.

3.6 Caractéristiques des décès néonataux

Le tableau 8 présente des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des décès néonataux.

Tableau 8 : Caractéristiques des 191 décès néonataux revus par l'approche RCCP, Bénin, 2023

Caractéristiques	Caractéristiques des cas de décès néonataux revus (N = 191) n (%)
Sexe	
Féminin	64 (33,5 %)
Masculin	124 (64,9 %)
Non documenté	3 (1,6 %)
Mode d'admission	
Venu d'elle-même	101 (52,9 %)
Référée	59 (30,9 %)
Non documenté	31 (16,2 %)
Lieu de naissance	
Domicile	10 (5,2 %)
Centre de santé	63 (33,0 %)
Clinique	14 (7,3 %)
Hôpital	101 (52,9 %)
Non documenté	3 (1,6 %)
Lieu de survenue du décès	
Domicile	3 (1,6 %)
En cours de route	2 (1,0 %)
Clinique	2 (1,0 %)
Centre de santé	41 (21,5 %)
Hôpital	141 (73,8 %)
Non documenté	2 (1,1 %)
Délai de survenue du décès	

Caractéristiques	Caractéristiques des cas de décès néonataux revus (N = 191) n (%)
00h-24h	69 (36,1 %)
2-3 jours	45 (23,6 %)
4-7 jours	59 (30,9 %)
8-28 jours	12 (6,3 %)
Non documenté	6 (3,1 %)
Evitabilité du décès	
Certainement évitable	64 (33,5 %)
Peut-être évitable	80 (41,9 %)
Inévitable	11 (5,8 %)
Non documenté	36 (18,9 %)

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP

La majorité des cas de décès néonataux revus en 2023 était survenue en majorité de nouveau-nés de sexe masculin (64,9 %), accouché dans un hôpital (52,9 %). Ils sont décédés pour la plupart dans la première semaine de vie du nouveau-né (90,6 %). La majorité des décès néonataux a été jugée évitable par les comités SDMR.

Le tableau 9 présente les causes des décès néonataux en 2023. Les principales causes identifiées de décès ont été l'asphyxie périnatale (45,6 %), la prématurité (17,2 %) et les infections (16,8 %).

Tableau 9: Causes des 191 décès néonataux revus par l'approche RCCP, Bénin, 2023

	Causes des cas de décès néonataux revus												
Cause de décès	Total N = 191 ¹	Allibori N = 46 ¹	Atacora N = 7 ¹	Atlantique N = 6 ¹	Borgou N = 27 ¹	Collines N = 1 ¹	Couffo N = 1 ¹	Donga N = 12 ¹	Littoral N = 35 ¹	Mono N = 10 ¹	Ouémé N = 21 ¹	Plateau N = 13 ¹	Zou, N = 12 ¹
Asphyxie	87	18	3	4	7	0	1	7	17	5	10	10	5
Prématurité	50	18	2	1	11	1	0	3	7	3	3	1	0
Autre	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0
Cause intriquée	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Hypoglycémie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Hypothermie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hypotrophie	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ictère	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Infections	32	9	0	1	8	0	0	1	6	0	1	2	4
Non documenté	6	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0
1n													

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP

3.7 Analyse des dysfonctionnements et recommandations issues des revues de décès maternels et néonataux

3.7.1 Dysfonctionnements contributifs aux décès maternels et néonataux en 2023

Le tableau 10 présente les types de dysfonctionnements identifiés par les comités de revue comme ayant contribué aux décès maternels en 2023.

Tableau 10: Catégories de dysfonctionnements issus des revues de cas de décès maternels, Bénin, 2023

Type de dysfonctionnement	Dysfonctionnements maternels identifiés N = 1 105 ¹
Insuffisance de consultations prénatales (CPN)/grossesse non suivie	119 (10,7 %)
Traitement inapproprié	106 (9,5 %)
Retard de décision de rejoindre la FS	104 (9,4 %)
Evaluation initiale incomplète ou Examen clinique non adéquat	79 (7,1 %)
Le traitement n'a pas été fait à temps	76 (6,9 %)
Diagnostic incorrect	68 (6,2 %)
Défaut de surveillance	63 (5,7 %)
Retard de décision de référence	55 (4,9 %)
Réanimation inadéquate	48 (4,3 %)
Référence non médicalisée (Pas de personnel accompagnant à bord de l'ambulance/ Pas d'abord veineux/Pas d'ambulance/Centre d'accueil non alerté)	46 (4,1 %)
Automédication (Prise de médicaments traditionnels)	40 (3,6 %)
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	36 (3,3 %)
CPNR mal conduite	28 (2,5 %)
Refus du traitement ou de la référence	23 (2,1 %)



Dysfonctionnements maternels identifiés	
Type de dysfonctionnement	N = 1 105 ¹
Transport non médicalisé (Traitement de pré-référence inadéquat)	22 (2,0 %)
Défaut d'exécution de la prescription	21 (1,9 %)
Insuffisance de communication avec la patiente	19 (1,7 %)
Accouchement à domicile	15 (1,4 %)
Retard de référence par la matrone	6 (0,5 %)
Absence de remplissage du partogramme	3 (0,3 %)
Exéat inopportun	3 (0,3 %)
Manque de transport du domicile à la FS	2 (0,2 %)
Défaut de stérilisation	1 (0,1 %)
Autre	89 (8,1 %)
Non documenté	33 (3,2 %)

Source : Rapports de revues des décès maternels et néonataux réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

Les principaux dysfonctionnements contributifs aux décès maternels identifiés lors des revues en 2023 sont l'Insuffisance de consultations prénatales (CPN)/grossesse mal suivie (10,7 %), le traitement inapproprié (9,5 %) et le retard dans la prise de décision pour rejoindre une formation sanitaire (9,4 %).

Le tableau 11 montre les principaux dysfonctionnements identifiés lors des revues de décès néonataux.

Tableau 11 : Dysfonctionnements néonataux identifiés lors des revues, Bénin, 2023

Type de dysfonctionnement	n	%
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	114	15,9 %
Insuffisance de CPN/grossesse non suivie	50	7,0 %
Evaluation initiale incomplète ou Examen clinique non adéquat	43	6,0 %
Retard de décision de référence	41	5,7 %
Traitement inapproprié	41	5,7 %
Retard de décision de rejoindre la FS	38	5,3 %
Défaut de surveillance	31	4,3 %
Réanimation inadéquate	24	3,4 %
Référence non médicalisée	20	2,8 %
Le traitement n'a pas été fait à temps	18	2,5 %
Automédication (Prise de médicaments traditionnels)	15	2,1 %
Refus du traitement ou de la référence	13	1,8 %
Insuffisance de communication avec la patiente	12	1,7 %
Diagnostic incorrect	10	1,4 %
Défaut d'exécution de la prescription	8	1,1 %
Accouchement à domicile	8	1,1 %
CPNR mal conduite	8	1,1 %
Exéat inopportun	6	0,8 %
Transport non médicalisé (Traitement de pré-référence inadéquat)	6	0,8 %
Retard de référence par la matrone	3	0,4 %
Absence de remplissage du partogramme	3	0,4 %
Non-respect des règles d'asepsie	1	0,1 %
Autre	76	10,6 %
Non documenté	126	17,6 %
Total	715	100,0 %

Source : Rapports de revues des décès maternels et néonataux réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

Les principaux dysfonctionnements identifiés lors des revues de décès néonataux sont la mauvaise documentation (15,9 %), l’insuffisance de CPN (7 %) et l’évaluation initiale incomplète (6 %).

Le tableau 12 présente les grandes catégories de dysfonctionnements identifiés par les comités de revues comme ayant contribué aux décès maternels et néonataux en 2023. La majorité des dysfonctionnements ayant contribué aux décès maternels étaient relatifs aux prestataires, suivi de la patiente, sa famille ou de la communauté.

Tableau 12: Catégories de dysfonctionnements identifiés dans les revues de décès maternels et néonataux, Bénin, 2023

Catégories de dysfonctionnements en fonction des acteurs	Dysfonctionnements issus des revues maternels N = 1105 ¹	Dysfonctionnements issus des revues néonataux N = 715 ¹
Relatif au personnel / prestataires	576 (52,1 %)	420(58,7 %)
Relatif à la patiente, famille ou communauté	335 (30,3 %)	140 (19,6 %)
Relatif à la gestion administrative (Formation Sanitaire Concernée)	80 (7,3 %)	32 (4,5 %)
Relatif à la gestion administrative niveau intermédiaire ou central)	27 (2,4 %)	10 (1,4 %)
Relatif aux élus locaux ou à la municipalité	6 (0,5 %)	0 (0,0 %)
Non documenté	81 (7,4 %)	113 (15,8 %)

Source : Rapports de revues maternels et néonataux réalisés selon l’approche RCCP et ACBC

La majorité des dysfonctionnements ayant contribué aux décès maternels étaient liés aux prestataires suivi de la patiente, sa famille ou la communauté.

3.7.2 Classification des dysfonctionnements issus des revues de décès maternels et néonataux en fonction de l’outil de l’iceberg

La classification des dysfonctionnements selon l’outil de l’iceberg est présentée dans le tableau 13.

Tableau 13: Catégories de dysfonctionnements issus des revues de cas de décès selon le modèle de l’iceberg, Bénin, 2023

Niveau du dysfonctionnement sur le modèle de l’iceberg	Dysfonctionnements issus des revues maternels N = 1 105 ¹	Dysfonctionnements issus des revues néonataux N = 715 ¹
Évènements	1001 (90,6 %)	593 (82,9 %)
Structures sous-jacentes	71 (6,4 %)	19 (2,7 %)
Non documenté	33 (3,0 %)	103 (14,4 %)

Source : Rapports de revues maternels et néonataux réalisés selon l’approche RCCP et ACBC

Les dysfonctionnements identifiés sont principalement des évènements qu’ils s’agissent de revues de décès maternels ou néonataux et quel que soit l’approche utilisée.

3.7.3 Classification des dysfonctionnements issus des revues de décès maternels selon les piliers du système de santé

Le tableau 14 montre les dysfonctionnements identifiés par les comités SDMR qui contribuent aux décès maternels, regroupés selon les piliers du système de santé. L’analyse révèle que la grande majorité des dysfonctionnements était en rapport avec les prestations de services.

Tableau 14: Dysfonctionnements issus des revues de cas de décès selon les composantes du système de santé , Bénin, 2023

Composante du système de santé associée au dysfonctionnement	Dysfonctionnements issus des revues maternels N = 1105 ⁱ	Dysfonctionnements issus des revues néonatales N = 715 ⁱ
Gouvernance	6(0,5 %)	4(0,6 %)
Prestations	708 (64,1 %)	462 (64,6 %)
Populations	318 (28,8 %)	140 (19,6 %)
Ressources	40 (3,6 %)	6(0,8 %)
Non documenté	33 (3,5 %)	103 (14,4 %)
ⁱ n (%)		

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

3.7.4 Analyse des facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des décès maternels selon l'outil de l'iceberg

Nous avons utilisé la distribution proposée dans le tableau 15 pour l'analyse des facteurs expliquant les dysfonctionnements. La classification des facteurs en fonction de l'outil de l'iceberg est présentée dans le tableau 16.

Pour les décès maternels revus par la méthode RCCP, des 1100 dysfonctionnements identifiés lors des revues, 959 ont été intégrés dans les plans de résolution des problèmes et ont fait donc l'objet d'une recherche des facteurs expliquant le dysfonctionnement. De même, pour les 444 dysfonctionnements identifiés dans les revues RCCP de décès néonatales, 373 ont été intégrés dans les plans de résolutions des problèmes. 248 dysfonctionnements ont été intégrés dans un plan de résolution des problèmes parmi les 271 problèmes identifiés lors des revues de décès néonatales ACBC.

Tableau 15: Distribution des facteurs expliquant les dysfonctionnements issus du canevas de rapportage des revues selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023

Facteurs expliquant le dysfonctionnement	Niveau de l'iceberg
1-Faible niveau de connaissance (ou de compétence) de l'agent de santé	Évènement
2-Faible niveau de connaissance ou mauvaise information de la patiente ou de la communauté	Évènement
3-Insubordination	Évènement
4-Insuffisance dans l'organisation du service	Structures sous jacentes
5-Insuffisance de moyen financier	Évènement
6-Manque de moyen/matériel de communication entre 2 Fosa	Structures sous-jacentes
7-Manque de médicaments et de produits sanguins	Évènement
8-Manque d'équipements	Structures sous-jacentes
9-Manque/insuffisance d'infrastructures (routes, locaux, etc.)	Structures sous-jacentes
10-Manque/insuffisance d'agents qualifiés	Structures sous-jacentes
11-Problème de transport entre 2 Fosa	Structures sous-jacentes
12-Tabou, Conviction religieuse	Modèles mentaux

Le tableau 16 met en évidence que les facteurs expliquant les dysfonctionnements identifiés sont majoritairement des évènements.

Tableau 16: Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues de cas de décès selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023

Niveau du facteur expliquant le dysfonctionnement sur le modèle de l'iceberg	Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues maternels N = 964 ¹	Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues néonatales N = 621 ¹
Évènements	646 (67,0 %)	406 (65,4 %)
Structures sous-jacentes	216 (22,4 %)	60 (9,7 %)
Modèles mentaux	5 (0,5 %)	5(0,8 %)
Non documenté	97 (10,1 %)	120 (24,1 %)

Source : Rapports de revues maternels et néonatales réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

3.7.5 Classification des recommandations issues des revues de décès réalisées selon l'outil de l'iceberg

Le tableau 17 présente les recommandations issues des revues de décès maternels réparties selon l'outil de l'iceberg.

Tableau 17 : Recommandations issues des revues de cas de décès selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023

Recommandations des revues selon le modèle de l'iceberg	Recommandations issues des revues maternels N = 964 ¹	Recommandations issues des revues néonatales N = 621 ¹
Réaction	739 (76,7 %)	511 (82,3 %)
Anticipation	20 (2,1 %)	6 (1,0 %)
Conception	22 (2,2 %)	23 (3,7 %)
Modèles mentaux	49 (5,1 %)	35 (5,6 %)
Non documenté	134 (13,9 %)	46 (7,4 %)

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP et ACBC

Les recommandations de type « réaction » ont été majoritairement formulées lors des revues de décès maternels (76,7%) et néonatales (82,3%). Ces recommandations sont majoritairement liées aux prestations de soins.

3.8 Leçons tirées des données de la SDMR : comprendre les défis persistants dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

3.8.1 Projections à l'horizon 2030

Les scénarios issus de la modélisation sont présentés par les figures 9 et 10.

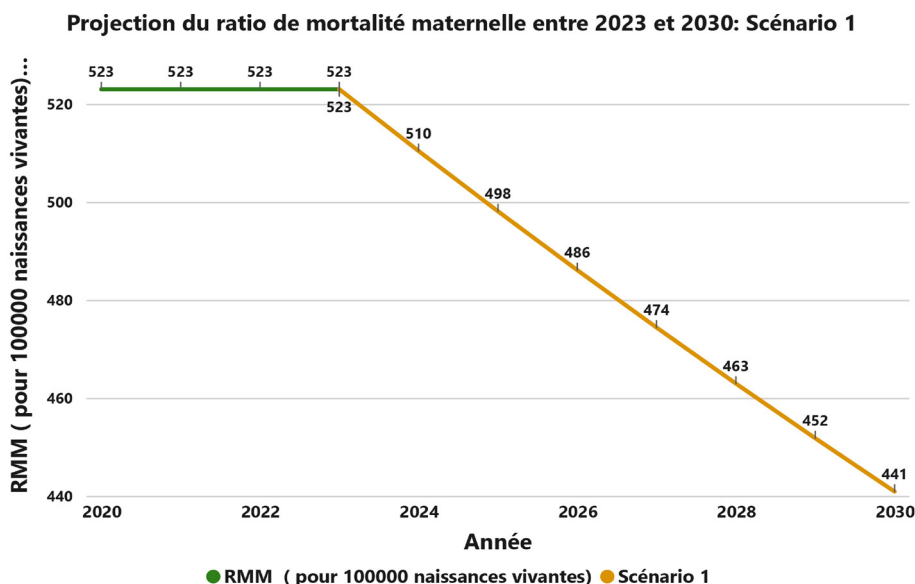


Figure 9: Projection du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 (scénario 1)

Source : Rapports des revues SDMR

Scénario n° 1 : Nous faisons l'hypothèse que, le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle est de 2,4 % et est constant jusqu'en 2030. Ainsi, le taux d'accélération est nul. En 2030, le ratio de mortalité maternelle sera alors de 441 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Projection du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030: Scénario 2

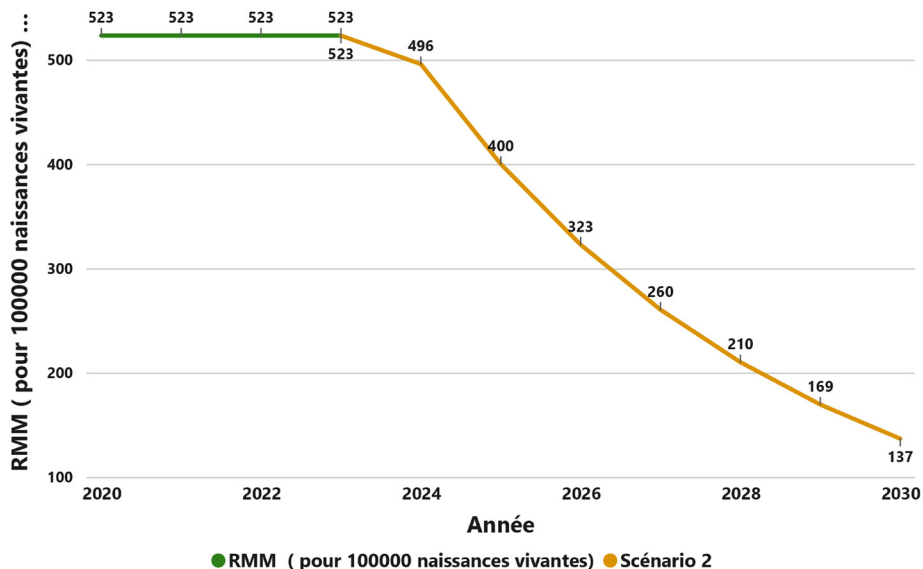


Figure 10: Projection du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 (scénario 2)

Scénario n°2 : le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle passe de 2,4 % à 5,4 % en 2025 puis 21,5 % en 2026. Le taux d'accélération, qui était de 120% en 2024, est alors augmenté à 300% en 2025 puis maintenu constant de 2026 à 2030. Il en résultera un ratio de mortalité maternelle de 137 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 2030.

3.8.2 Tendances autour de la notification

La figure 11 présente les tendances des taux estimés de notification des décès maternels et des décès néonataux entre 2016 et 2023.

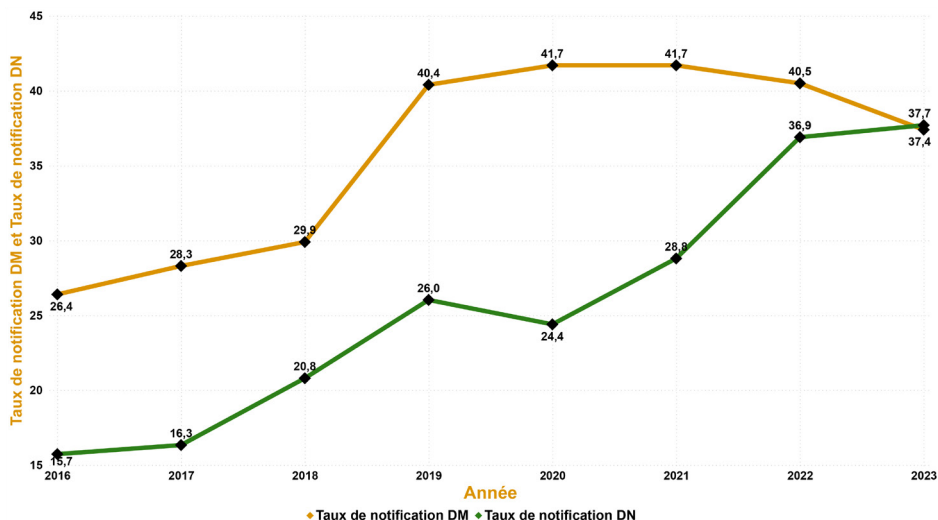


Figure 11: Tendances des taux de notifications estimées de décès maternels et néonataux entre 2016 et 2023

Globalement, nous observons une sous-notification sur la période considérée que ce soit les décès maternels ou les décès néonataux malgré les efforts des acteurs du système de santé, mais des axes d'amélioration sont encore possible: une augmentation continue des taux de notification pour les deux types de décès, ce qui peut refléter une bonne prise en main des systèmes de surveillance et de collecte des données au fil du temps. Le taux de notification des décès maternels atteint 29,4 en 2016 à 41,7 % en 2021, avant de diminuer légèrement en 2022 et 2023. Parallèlement, le taux de notification des décès néonataux connaît une progression régulière, passant de 15,7 en 2016 à 37,7 en 2023, avec une baisse temporaire en 2020. Cette tendance ascendante des deux indicateurs est encourageante pour les acteurs du système de santé², bien que la baisse des notifications de décès maternels après 2021 soit plus due au changement du ratio de mortalité maternelle considérée dans l'estimation du nombre de décès maternels qu'à une baisse de la notification .

3.8.3 Tendances de réalisation des revues de décès maternels et néonataux

La figure 12 présente les tendances des taux de réalisation des revues de décès maternels et néonataux entre 2016 et 2023.

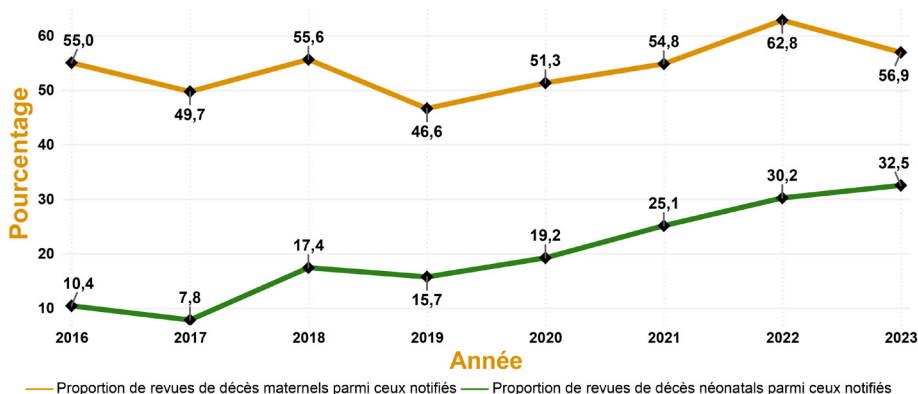


Figure 12: Tendances des taux de réalisation des revues de décès maternels et néonataux entre 2016 et 2023.

Source: Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP en 2016 et 2023

Les données montrent que les taux de revues réalisées pour les décès maternels et néonataux ont fluctué au cours de cette période. En 2016, les taux de réalisation des revues des décès maternels étaient nettement supérieurs à celui des revues néonatales avec respectivement 55 % et 10,4 %. Cependant, les années suivantes montrent une divergence notable : si le taux de revues de décès néonataux connaît une croissance assez stable sur la période, le taux de revues de décès maternels réalisées semble fluctuer pour se maintenir au-dessus de la moyenne qui est de 54,1 % entre 2016 et 2023.

Mais ces dernières années, entre 2020 et 2023, les taux de revues des décès maternels et néonataux ont augmenté progressivement. En 2023, les taux de revues de décès néonataux atteignent 32,5 %, tandis que les revues de décès maternels affichent 56,9 %. Cela témoigne d'une

amélioration continue des comités d'audits, mais aussi un écart persistant entre les taux de réalisations des deux types de revues. De plus, les rapports annuels SDMR des années précédentes ont mis en exergue le fait récurrent que le nombre de décès néonataux notifiés est plus élevé que le nombre de décès maternels notifiés et cet écart s'est accru ces dernières années. Cette tendance pourrait refléter une meilleure attention accordée aux décès maternels dans les efforts de surveillance et d'amélioration de la qualité des soins de santé, mais aussi un besoin d'améliorer les revues des décès néonataux pour mieux comprendre et prévenir ces décès.

3.8.4 Tendances des causes de décès maternels et néonataux

La figure 13 présente les tendances des principales causes de décès entre 2016 et 2023 avec une comparaison entre les hémorragies et les HTA et ses complications.

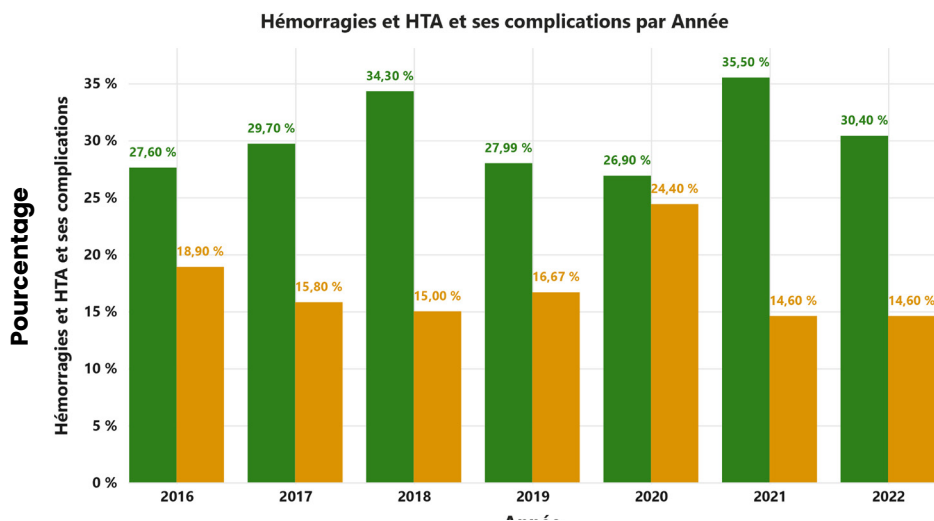


Figure 13: Tendances des deux principales causes de décès maternels entre 2016 et 2023

Les hémorragies sont restées la première cause de décès, avec des pourcentages oscillants entre 24 % et 35,5 %. On observe une hausse notable en 2021, où elles atteignent leur pic (35,5 %). Les décès liés à l'HTA montrent une tendance globale à la baisse, passant de 18,9 % en 2016 à 14,5 % en 2023. Cependant, les résultats de 2020 marquent une exception, avec une augmentation soudaine à 24,4 %, avant de diminuer de nouveau.

Cette évolution met en évidence l'urgence de renforcer les mesures de prévention et de gestion des hémorragies post-partum, qui continuent d'être la principale menace, tout en poursuivant les efforts pour prévenir les complications liées à l'HTA.

La figure 14 illustre les trois principales causes de décès néonataux de 2017 à 2023, en mettant l'accent sur trois facteurs majeurs : les infections, l'asphyxie et la prématurité.

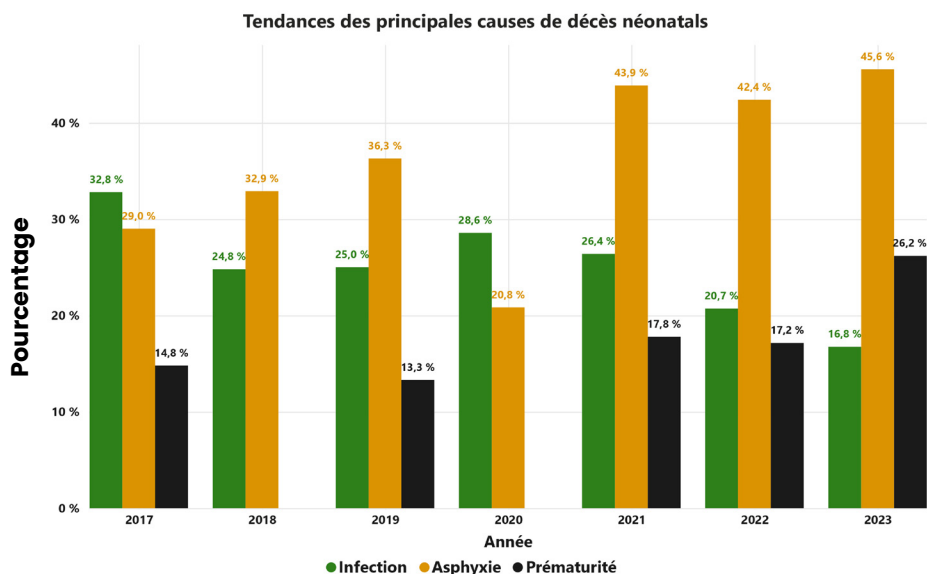


Figure 14: Les principales causes de décès néonataux de 2017 à 2023, avec un focus sur trois facteurs majeurs : les infections, l'asphyxie et la prématurité

Au fil des ans, les infections, qui représentaient 32,8 % des décès en 2017, ont progressivement diminué jusqu'à atteindre 16,8 % en 2023. L'asphyxie a connu une augmentation marquée, passant de 29 % en 2017 à 45,6 % en 2023, devenant ainsi la principale cause de décès néonataux ces dernières années. La prématurité a montré des tendances fluctuantes mais globalement en hausse, notamment à partir de 2021, atteignant 26,2 % en 2023.

3.8.5 Tendances des types de dysfonctionnements maternels et néonataux

Le tableau 19 met en évidence plusieurs dysfonctionnements récurrents dans le domaine des soins maternels au Bénin entre 2016 et 2023.

Tableau 19: Tendances des principaux types de dysfonctionnements identifiées lors des revues de décès maternels, Benin, 2023

Types de dysfonctionnement	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Traitement inapproprié	16,7	13,3	9,9	11,4	10,8	9,7	10,7	9,5
Référence non médicalisée	15,9	12,2	7,8	6,4	5,9	5,1	7,5	7,2
Evaluation initiale incomplète ou Examen clinique non adéquat	14,3	10,5	9	8,4	6,4	6,9	8,4	7,1
Défaut de surveillance	11,2	9,7	7,3	6,3	8,4	8,1	8,8	5,7
Mauvaise documentation du cas	10,6	7,7	7,2	4,7	3,6	4,3	3,9	3,3
Diagnostic incorrect	7,8	6,3	5,8	6	5,9	5,5	6,4	6,2
Insuffisance de CPN/grossesse non suivi	6,3	5,1	6,5	8,6	9,6	11,2	8,6	10,7

Source : Rapports d'audits réalisés et données issues des rapports SDMR, 2016-2023

Parmi les dysfonctionnements notables, les traitements inappropriés sont passés de 16,7 % en 2016 à 9,5 % en

2023. Entre 2016 et 2023, les références non médicalisées sont aussi passés de 15,9 % à 7,2 %. L'évaluation initiale incomplète ou l'examen clinique non adéquat a baissé de 14,3 % en 2016 à 7,1 % en 2023. La mauvaise documentation des cas et diagnostic incorrect sont restés des problèmes persistants, avec des variations d'une année à l'autre. Le diagnostic incorrect, par exemple, reste une source de préoccupation, avec des taux dépassant parfois les 6 %. Enfin, l'insuffisance de consultations prénatales (CPN) ou grossesses non suivies a montré une tendance croissante en 2023 (10,7 %), après avoir atteint un pic similaire en 2021. Le tableau 20 met en évidence l'évolution des dysfonctionnements dans les revues de décès néonataux au fil des années.

Tableau 20: Tendances des principaux types de dysfonctionnements identifiées lors des revues de décès néonataux, Benin, 2023

Types de dysfonctionnement	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Diagnostic incorrect	28,6	6	2,3	2,9	3,0	1,2	2	1,4
Insuffisance de CPN/ grossesse non suivie	28,5	6,2	10,2	14,3	12	22,3	14,2	7
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	20,0	8,7	12,0	10,6	10,7	9,8	7,1	15,9
Retard de décision de rejoindre la FS	14,3	2,4	2,7	6,8	5,5	7,8	8,3	5,3
Défaut de surveillance	11,4	5,3	9,1	7,5	8,3	8,6	9,8	4,3
CPNR mal conduite	5,7	4,9	0,8	2,2	2,1	0,9	0,5	1,1
Traitement inapproprié	5,7	16,2	9,2	9,2	12	5,7	7,6	5,7
Retard de décision de référence	2,9	4,9	7,2	6,2	7,2	6,4	6,9	5,7
Evaluation initiale incomplet	0	9,3	3,9	4,9	5,5	6,9	5,6	6

Source : Rapports d'audits réalisés et données issues des rapports SDMR, 2016-2023



Certains types de dysfonctionnements, dont le diagnostic incorrect montre une baisse notable. En revanche, des problèmes comme la mauvaise documentation, l'insuffisance de CPN et les traitements inappropriés persistent, avec des variations significatives d'une année à l'autre. De plus, des dysfonctionnements tels que le retard de décision de rejoindre une structure de santé et le défaut de surveillance persistent, mais avec une certaine fluctuation.

3.9 Les revues à haut impact

Nous avons organisé une série de quatre formations au profit des comités de revue sur l'approche des revues à haut impact au cours de l'année 2023. Les comités formés provenaient des départements du Littoral, du Mono, de l'Ouémé et du Zou.

Nous présentons les dysfonctionnements identifiés, les causes profondes identifiées grâce à l'analyse systémique et les recommandations formulées dans le cadre d'une revue à haut impact.

Tableau 21 : Dysfonctionnements et causes profondes identifiés par l'analyse systémique et recommandations formulées des revues à haut impact

Dysfonctionnements	Les convulsions doivent avoir été prévenues et le médicament de premier choix est le sulfate de magnésium	La diurèse doit être mesurée après l'accouchement/dernière crise
Tendances	Les jeudis et vendredis, la non-administration de sulfate de magnésium est plus fréquente, coïncidant avec l'absence de gynécologue ces deux jours de la semaine Certaines équipes de garde d'anesthésistes s'opposent à l'administration de sulfate de magnésium avant l'admission de la patiente au bloc opératoire Lorsque la césarienne est retardée pour diverses raisons, la patiente reste sans administration de sulfate de magnésium Les difficultés d'accès au bloc opératoire sont fréquentes en cas d'urgence obstétricale, mais la situation se résout généralement après l'intervention du directeur. Les acteurs du bloc évoquent un manque de matériel, notamment des champs stériles et des casques, comme raisons principales, ..)	Jeudi et vendredi la non-mesure de la diurèse est plus fréquente et coïncide avec l'absence de gynécologues ces 2 jours de la semaine et témoigne de l'importance de sa présence 2- Ceci se produit surtout entre 6h-8h et entre 10h-00h, moment où les équipes se préparent à descendre et quand la visite est terminée. Les hospitalisées retiennent moins l'attention du personnel La mesure n'est pas prise surtout par les équipes A et C

Structures sous-jacentes	1- Autonomie de gestion des hôpitaux fait que seulement 2 médecin sur 12 sont payés par l'État et les 2 gynéco sont payés par l'hôpital 2- le gynéco du week-end est surchargé par l'accumulation des cas de et jeudi 3- absence parfois des équipes pour des raisons non avouées 4- sous-effectif à la buanderie et intervention mixte buanderie-bloc par un agent de la buanderie ce qui explique les ruptures en matériels stérilisés 5- les anesthésistes sont autorisés à travailler aussi bien dans le public que dans le privé alors qu'ils ont un rythme de travail pas normal 5 anesthésistes qui travaillent pendant 48H sur un cycle de 5 fois 48H	La majorité des femmes ayant bénéficiées de sulfate de Mg n'ont pas une sonde à demeure pour faciliter la mesure de la diurèse La pratique est sous documentée Lorsqu'elles sont placées, les sondes à demeure sont laissées habituellement plus longtemps que nécessaire Equipe de soins ne prend pas suffisamment de temps d'expliquer l'importance de cet acte au patient ainsi que les implications pour lui Certains prestataires ne maîtrisent pas la technique de pose d'une sonde urinaire et dans l'improvisation traumatisent les patientes Non-utilisation de gel anesthésiant local pour poser les sondes
Modèles mentaux	1- Les médecins en formation spécialisée de gynécologie-obstétrique pensent être maltraités et demandent des primes de présence complète alors qu'ils ne sont que partiellement présents 2- les anesthésistes trouve le moyen de prendre autant de temps de repos que possible pour s'occuper d'autres choses	Perception humiliante de la sonde à demeure ce qui fait que beaucoup de femmes s'opposent à la pose de sonde vésicale et ceci atténue les ardeurs de l'équipe pour cette pratique et parfois les femmes peuvent arracher de force une sonde à demeure ou refuser de collaborer à la suite des soins tant que la sonde urinaire est en place

Recommandations	Anticipation	Réaction
	1- Instauration d'un staff chirurgical pour planifier l'utilisation du bloc 2- mutation d'un aide-soignant complémentaire au bloc pour libérer l'agent travaillant de façon polyvalente bloc-buanderie	1- Briefer au staff sur la note de service et préparer un briefing du personnel sur l'acte Anticipation Recyclage/briefing théorique et pratique sur la pose correcte d'une sonde vésicale à demeure chez les patientes dans une démarche de soin respectueux (utilisation de technique et produits atténuant l'inconfort ou la douleur ainsi que la communication pour obtenir un consentement éclairé de la patiente)

3.10 Analyse de la riposte

Le niveau de mise en œuvre des recommandations issues du rapport SDMR 2022 est présentée par le tableau 22.

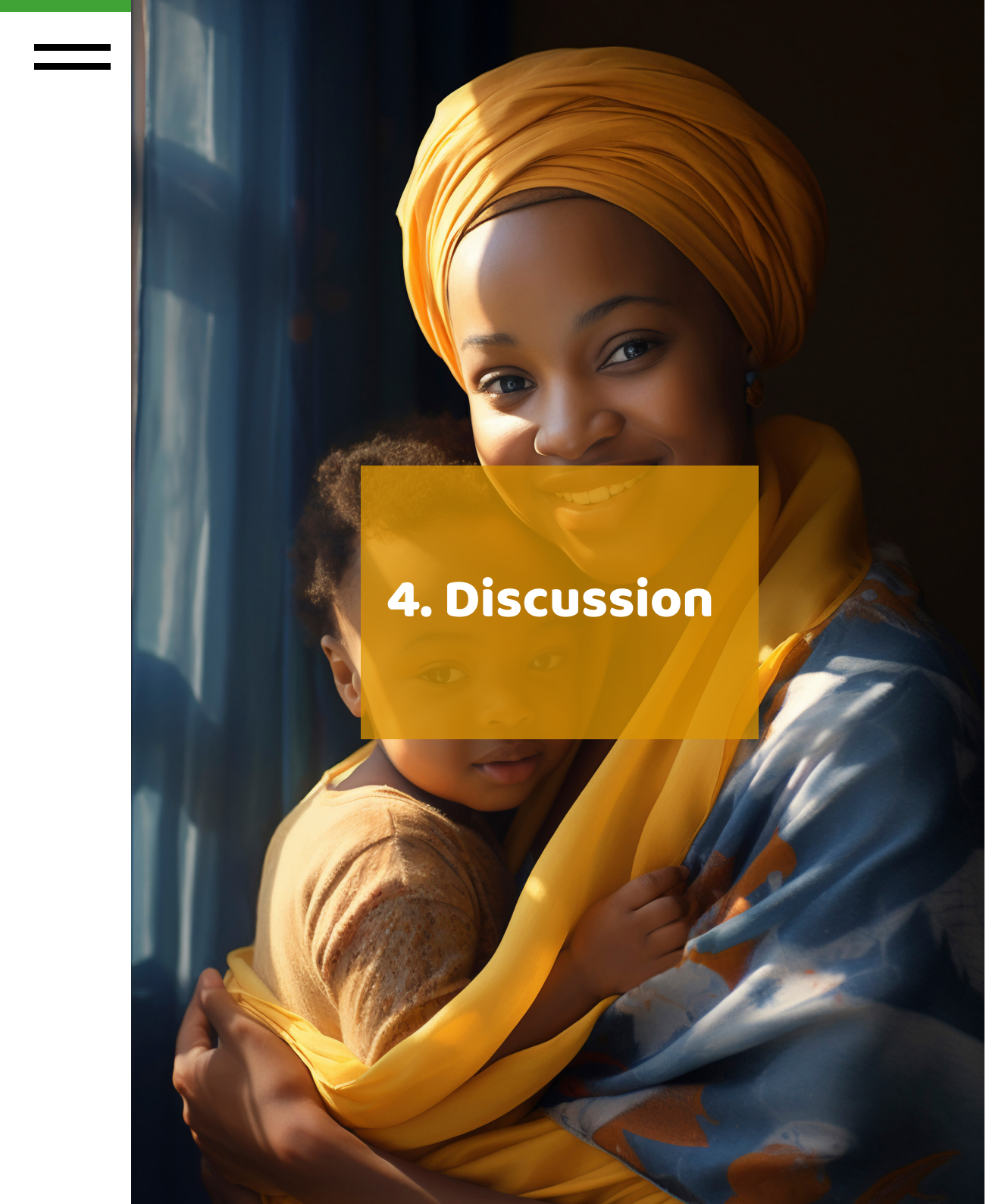
Tableau 22 : Niveau de mise en œuvre des recommandations du rapport SDMR 2022

Recommandations	Niveau de mise en œuvre
Ministère de la santé	
Veiller à maintenir la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale en haut de l'agenda politique et poursuivre les actions visant à mobiliser les ressources nécessaires à cette lutte.	En cours
Continuer à maintenir un cadre institutionnel permettant la redynamisation de la SDMR	En cours
Concevoir des cycles courts d'apprentissage au profit des membres des comités de revues	En cours
Organiser de séances de partage d'expériences	Non exécutée

Recommandations	Niveau de mise en œuvre
Ministère de la santé	
Poursuivre le recrutement des ressources humaines en santé, le renforcement du plateau technique et l'intégration de toutes les stratégies visant la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale	En cours
Directions départementales de la santé	
Suivi de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire avec notamment la notification effective des décès survenus en communauté	En cours
Fournir davantage d'effort en matière d'octroi de ressources nécessaires à la réalisation des revues et à la mise en œuvre des recommandations.	En cours
Utilisation plus courante de l'audit clinique basé sur les critères	En cours
Intégration du suivi de la mise en œuvre des recommandations dans le cahier de charges des chefs division en charge de la santé de la mère et de l'enfant de même que l'organisation effective de revues semestrielles à l'échelle des départements	En cours
Mettre en œuvre de recherches opérationnelles	En cours
Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie	
Poursuivre la mise en œuvre des travaux visant la production des évidences qui pourraient servir à guider la révision de l'arrêté institutionnalisant la SDMR	En cours
Poursuivre les efforts de développement de cycles courts d'apprentissage à l'endroit des acteurs à divers niveaux du sous-système de lutte contre la morbi-mortalité maternelle et néonatale	En cours
Soutenir l'organisation de plaidoyer pour la présentation de la situation des morbi-mortalité maternelle et néonatale	En cours
Documenter et disséminer les bonnes pratiques en matière de mise en œuvre de la SDMR	En cours
Partenaires techniques et financiers	
Poursuivre le soutien à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant	En cours



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A photograph of a woman wearing a yellow headwrap and a blue patterned shawl, holding a young child. The woman is smiling and looking towards the camera. The child is looking slightly away from the camera. A semi-transparent yellow rectangular box is overlaid on the image, containing the text "4. Discussion".

4. Discussion



La notification et l'identification des causes de décès est l'un des meilleurs investissements pour suivre et évaluer des programmes visant à réduire la mortalité et améliorer la santé (26). Les besoins en termes de données probantes restent d'actualité. Les recensements de population et les enquêtes nationales comme les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont effectués de manière peu fréquente, ce qui limite la disponibilité de données actualisées pour une planification efficace. De plus, la disponibilité limitée de données désagrégées par âge, sexe, région et autres facteurs démographiques restreint la capacité à analyser en détail les tendances de la population et à identifier les inégalités. Le système d'enregistrement civil au Bénin présente également des lacunes importantes, avec des naissances et des décès souvent mal enregistrés ou non déclarés. Cela complique la planification et l'évaluation des interventions de santé publique, rendant difficile l'allocation efficace des ressources pour améliorer la santé maternelle et infantile, ainsi que d'autres domaines critiques. Les systèmes d'enregistrement des statistiques vitales bien que souvent sous-développés, sont essentiels pour la collecte continue de données sur les naissances, les décès, et les causes de décès. Les registres hospitaliers et bases de données de santé offrent des informations locales, bien qu'ils soient souvent incomplets ou restreints aux personnes accédant aux soins de santé. Au Bénin, le Système national d'information et de gestion sanitaire est basé principalement sur des données de routine dans les structures sanitaires au niveau des zones sanitaires. Les différentes évaluations internes et externes de ce système au Bénin s'accordent sur ses faibles performances en mettant l'accent sur les problèmes récurrents d'insuffisance de ressources, de mauvaise qualité des données, d'utilisation insuffisante des données (27). Ces différentes sources, bien qu'imparfaites, sont cruciales pour l'estimation des différents indicateurs de réduction de



la mortalité maternelle et néonatale. Il est donc important de s'assurer que des données de routine de qualité soient collectés.

La sous notification des décès maternels et néonataux observée n'est pas seulement due aux limites du système d'information sanitaires. Un nombre significatif de décès maternels et néonataux surviennent en dehors des établissements de santé, souvent à domicile, et ne sont pas notifiées aux autorités sanitaires. Les causes de sous-notification comprenaient une faible notification des décès survenus en communauté et dans les formations sanitaires privées, ainsi que la peur du blâme selon une évaluation de la mise en œuvre de la SDMR au Bénin entre 2016 et 2018 (28). Dans certaines communautés, les décès maternels et néonataux peuvent être associés à des tabous ou des superstitions, ce qui peut dissuader les familles de les notifier. Les relais communautaires et les familles pourraient également ne pas être suffisamment formés ou sensibilisés à l'importance de la déclaration des décès, contribuant ainsi à la sous-notification. La politique de santé communautaire actuellement mise en œuvre dans certaines zones sanitaires du Bénin a inclus la notification des décès maternels et néonataux survenus en communauté dans le cahier de charge des relais communautaires. Une évaluation de la phase pilote de cette politique pourrait apporter un aperçu de l'effet de la politique sur le taux de notification des décès maternels et néonataux dans l'aire géographique concernée. La culture du blâme liée existe lors des réunions des comités de revues de décès maternels et néonataux. Les individus peuvent se sentir menacés et craignent des répercussions punitives (22). Kinney et al ont identifié des stratégies pour minimiser le blâme parmi lesquelles, créer et défendre un environnement favorable à la mise en œuvre de la SDMR, avec une culture organisationnelle de l'apprentissage,



de la redevabilité et de la transparence (29). Les revues à haut impact constituent un environnement favorisant la réduction du blâme par l'utilisation de données probantes et la possibilité de conduire la revue de cas positifs. Le personnel de santé pourra donc être plus ouvert à tirer des leçons des expériences faisant l'objet des revues pour améliorer perpétuer les bonnes pratiques identifiées et aussi améliorer les pratiques jugées inadéquates après l'analyse. Les revues à haut impact constituent de ce fait une plateforme renforçant les capacités techniques des ressources humaines en charge du bien-être de la santé de la mère et du nouveau-né.

Les faibles taux de réalisation des revues étaient dû à une lourde charge de travail, au déficit en ressources humaines, à la peur du blâme et à un faible leadership. Les revues effectuées étaient de mauvaise qualité (28). Une autre étude focalisée sur l'évaluation de la qualité des revues de décès maternels a identifié comme barrières à la conduite des revues de décès maternels étaient relatives à l'absence de formation des acteurs sur les revues de décès, à la sous documentation des dossiers médicaux, à l'absence de motivation des participants aux séances d'audits, au désir de sanctionner le personnel soignant, à la peur des sanctions du personnel, à la difficulté à garder l'anonymat des prestataires et à la non-exécution des recommandations issues des revues (23).

L'implantation des idées de changements ou recommandations constituent la riposte dans le cycle de la SDMR. L'évaluations de la mise en œuvre de la SDMR au Bénin de 2016 à 2018 a mis en lumière la faible proportion de la mise en œuvre des recommandations. Les barrières au suivi et la mise en œuvre des recommandations étaient relatives à l'insuffisance de ressources financières, matérielles et humaines mais aussi à la surcharge de travail, surtout des prestataires hospitalo-universitaires



(28). Ces résultats rejoignent également les conclusions des rapports annuels de la SDMR de 2019 à 2022 (12).

La SDMR est la stratégie permettant à travers les revues de cas, l'identification des dysfonctionnements et de leurs causes profondes. L'identification correcte des causes profondes des événements favorise la formulation de recommandations adéquates.

Elle peut servir comme stratégie d'apprentissage à partir des cas dont l'issue n'a pas été favorable comme les décès mais aussi des cas dont l'issue a été favorable. Mettre un peu plus l'accent sur la revue de cas positifs pourrait contribuer à lever le blâme favorisant la mise en œuvre en continue des bonnes pratiques identifiées.

La prise en compte des défis identifiés à la suite de la mise en œuvre de la SDMR depuis dix années au Bénin a conduit à la conception des revues à haut impact qui faciliteront l'identification de causes profondes des dysfonctionnements identifiés et la formulation de recommandations efficaces. Mais la mise en œuvre des recommandations est un levier essentiel pour impulser les changements souhaités. Le pilier des revues à haut impact qu'est la redevabilité est destiné à faciliter cette étape de mise en œuvre des recommandations issues des revues à haut impact. Elle implique l'utilisation d'une fiche d'affectation des tâches dont l'élaboration a été basée sur les principes de la redevabilité selon Bregman (14) pour la mise en œuvre de chaque recommandation formulée à l'issue d'une revue. Elle inclut la planification d'un suivi des progrès de l'agent par le mandant, la documentation des progrès à la suite de ce suivi et les conséquences qui résulteront pour le mandant et l'agent en charge de la mise en œuvre de la recommandation et aussi de l'absence de mise en œuvre. Cette fiche remplie et signée par le mandant (le modérateur de la séance d'audit par



exemple) et l'agent (personne identifiée pour la mise en œuvre de la recommandation) pourrait être assimilé un contrat entre les deux parties.

Nous postulons que cette disposition combinée à la « demi-heure mère-enfant du CODIR » permettra une amélioration significative de la proportion de recommandations mises en œuvre. La « demi-heure mère-enfant du CODIR » est un espace négocié avec les managers d'hôpitaux pour leur soumettre au cours des réunions de comité de direction les recommandations dont la mise en œuvre nécessite leur implication. Les revues à haut impact constituent donc une plateforme incluant également un système de plaidoyer afin de redynamiser la mise en œuvre des recommandations y compris celles nécessitant l'implication des managers d'hôpitaux, des zones sanitaires ou des directions départementales de la santé. La facilitation de ce processus de plaidoyer, l'implication active des managers et les résultats de cette implication traduite par l'implantation des changements formulées lors des revues constituent un levier de renforcement de la gouvernance et du leadership des managers du système en charge du bien-être de la mère et de l'enfant.

La SDMR constitue une stratégie porteuse de ripostes transformationnelles de par la formulation de recommandations pertinentes et efficaces et leur mise en œuvre effective pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts aux mères et aux nouveau-nés.

L'implantation effective des changements aura des effets à court, moyen et long terme sur la santé maternelle et néonatale à l'échelle des systèmes locaux de santé. Il pourrait donc en résulter un renforcement des ces systèmes locaux de santé.



Cette page a été laissée intentionnellement vide



5. Suggestions



Sur les dix dernières années de mise en œuvre de la SDMR, la mortalité maternelle a baissé d'environ 2,4% chaque année. Avec cette tendance, les ODD ne seront pas atteints en 2030. Il est impérieux de faire passer le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle de 2,4 à 21,5 d'ici 2026 et de maintenir cette accélération d'ici 2030. Il faudra également faire passer le taux annuel de réduction de la mortalité néonatale de 1,5% à 14,5% d'ici 2026 et maintenir cette accélération d'ici 2030.

A cet effet, nous suggérons :

À l'endroit du Ministère de la santé

Nous suggérons d'engager une série de mesures accélératrices. Le dispositif de la taskforce de réflexion sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin répond bien à cet engagement. Nous encourageons le ministère de la santé à maintenir la taskforce afin qu'elle poursuive ses activités.

D'autres mesures peuvent inclure la mise en œuvre de la revue à haut impact. Elle vise à identifier de manière spécifique les causes profondes qui ralentissent l'impact des mesures prises pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et à les neutraliser en profondeur.

Nous suggérons également au ministère de la santé de continuer à soutenir le développement, l'application et l'apprentissage continu autour de la revue à haut impact.

Nous suggérons enfin de poursuivre la mobilisation de ressources (humaines, matérielles, financières) au profit de la mise en œuvre des recommandations issues des revues et le renforcement ciblé de la plateforme d'offre de soins précisément sur les aspects qui constituent des goulots d'étranglements à l'optimisation de l'impact sur la



mortalité maternelle dans chaque contexte.

À l'endroit de la Taskforce de réflexion sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin

Nous suggérons d'identifier et de mettre en œuvre des interventions ayant le potentiel de lever les goulots d'étranglement aux efforts antérieurement fournis afin d'accélérer nettement la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Il s'agira de faire passer le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 2,4% à un taux minimum de 21,5 % en 2026 puis de maintenir au moins ce taux jusqu'en 2030. Il faudra également faire passer le taux annuel de réduction de la mortalité néonatale de 1,5% à 14,5% d'ici 2026 et maintenir cet taux d'ici 2030.

Nous suggérons à la taskforce de s'approprier l'ensemble du dispositif de la SDMR et de ses données comme un support de son action. Les revues à haut impact réalisées sont susceptibles d'apporter des informations à temps réel sur les causes profondes des barrières à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi la taskforce à travers la revue périodique de ces rapports sera en mesure de faire des propositions éclairées à l'autorité pour des prises de décision.

Nous recommandons enfin de documenter et de disséminer les leçons apprises de l'expérience de la taskforce.

À l'endroit des Directions départementales de la santé et des équipes d'encadrement des zones sanitaires

La mise en œuvre effective de la SDMR nécessite un leadership fort des managers aux niveau opérationnel et



intermédiaire. Nous suggérons donc un engagement pour une mobilisation continue des détenteurs d'enjeu autour de la santé maternelle et néonatale en vue de contribuer efficacement à l'atteinte des objectifs.

La mise en œuvre de la SDMR requiert la disponibilité de ressources notamment financières pour la préparation et l'organisation des revues mais aussi pour la mise en œuvre effective des recommandations qu'il s'agisse de revues conduites selon l'approche classique ou de revue à haut impact. En effet, la conduite d'une revue à haut impact exige une phase préparatoire mobilisant des ressources humaines (statisticiens et prestataires de soins) pour l'élaboration des outils de collecte de données, la collecte des données proprement dite et leur analyse. Ces mêmes ressources doivent être mobilisées dans un second temps pour une collecte de données complémentaires. Enfin, les membres des comités de revues se réunissent en deux séances au moins. Nous suggérons donc la sécurisation de lignes budgétaires pour accompagner ce processus.

Nous suggérons de plus le soutien des managers dans la mise en œuvre de la redevabilité pour la responsabilisation des agents chargés de la mise en œuvre des recommandations. Il s'agira pour les managers d'engager leur pouvoir de mandataire afin que les recommandations qui sont affectées aux agents soient pris au sérieux et traduit

Autorité pour prendre des décisions de nature à décourager les manquements dans la mise en œuvre de ces recommandations et aussi des mesures visant à encourager la mise en œuvre de ces recommandations de manière à créer un environnement qui incite au respect et à la mise en œuvre des recommandations. Ce type de leadership est susceptible d'apporter une plus-value importante au processus de la SDMR et d'accélérer son



impact.

Nous recommandons enfin, la redynamisation de stratégies telles que la communication pour un changement de comportement et la promotion d'initiatives femme pour femme pour une prise en charge des gestantes (cas de l'Atacora).

À l'endroit du Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie et des autres partenaires techniques et financiers intéressés par l'appui au processus

Nous suggérons de poursuivre le soutien à la mise en œuvre de la SDMR et notamment la formation des comités de revues sur l'approche des revues à haut impact et aussi le soutien à la mise en œuvre de celles-ci.

Nous suggérons également des actions localisées comme la mise en place de dispositif d'ordre structurel pour faciliter la mise en œuvre des revues à haut impact. Il pourrait s'agir par exemple de soutien pour la digitalisation des données sur les décès maternels et néonataux d'une zone sanitaire ou d'un département ; le soutien à des activités de recherche opérationnelle pour rendre disponible des données facilitant l'identification des causes profondes des décès maternels et néonataux ou encore des activités de formation des formateurs pour rendre autonome un département dans la conduite des revues à haut impact.

Nous suggérons aussi le soutien au niveau national pour la construction d'un écosystème plus favorable à la SDMR. Il pourrait s'agir de soutenir un processus conduisant à l'intégration dans le District health information software 2 de données utiles à la conduite des revues à haut impact, de soutenir le développement d'une plateforme digitalisée



pour faciliter la conduite des revues à haut impact et le suivi de la mise en œuvre des recommandations, de mettre à disposition des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de recommandations issues des revues à haut impact. Il pourrait également s'agir de soutenir le processus d'actualisation de l'arrêté ayant institutionnalisé la SDMR au Bénin, de soutenir les activités d'apprentissage continu autour des revues à haut impact, de soutenir la formation d'un pool de formateurs nationaux sur les revues à haut impact.



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A photograph of a woman and a baby in a hospital setting. The woman, on the left, is wearing a patterned headscarf and a yellow patterned garment, smiling warmly at the baby. The baby, on the right, is lying down, looking up at the woman. The background is a blurred hospital room with warm lighting. A semi-transparent yellow rectangle is overlaid in the center, containing the word 'Conclusion' in white text.

Conclusion



La SDMR en 2023 a été confrontée à des défis en lien avec la notification, les revues et la riposte. Les tendances relatives au taux de notification et de revues de cas ainsi que celles relatives aux principales causes de décès depuis 2016 informent sur une relative stagnation de ces paramètres. Il en découle que l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui constitue une priorité pour les détenteurs d'enjeu autour du sujet au Bénin requiert une approche innovante. Cela s'est traduit par les efforts fournis au cours de l'année 2023 avec notamment un fort engagement de ces détenteurs d'enjeu à divers stades du développement et de la phase pilote des revues à haut impact. Cette approche innovante apporte des solutions aux défis identifiés par l'évaluation de la mise en œuvre pendant 10 années de la SDMR. Elle est porteuse d'espoir et pourrait contribuer en synergie avec d'autres stratégies à l'accélération des progrès vers les cibles visées par les ODD.



6. Références bibliographiques

1. INStaD – Statistiques Démographiques [Internet]. 2018 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://instad.bj/statistiques/statistiques-demographiques>
2. Maternal Mortality in 2030 [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://srhr.org/mmr2030/?year=2015?mmr=219?arr=6.1>
3. CME Info – Child Mortality Estimates [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <https://childmortality.org/all-cause-mortality/data?indicator=MRM0&refArea=BEN.%202024>
4. Bing [Internet]. [cité 10 déc 2024]. The DHS Program. Statcompiler. <https://www.statcompiler.com/en>. Disponible sur: https://www.bing.com/search?q=The+DHS+Program.+Statcompiler.+https%3A%2F%2Fwww.statcompiler.com%2Fen&cvid=7c185e83aed040f9bd9c25ba48028415&gs_lcrp=EgRIZGdlKgYIABBFdKyBggAEEUYOTIICAEQ6QcY_FXSAQgxMTI0ajBqOagCBLACAQ&FORM=ANAB01&adppc=EdgeStart&PC=LCTS
5. POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ (PNS 2018-2030). pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/VF_PNS__19_01_2020_VF.pdf
6. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DE 2014 A 2063 ET PERSPECTIVES DE LA DEMANDE SOCIALE DE 2014 A 2030 AU BENIN [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://instad.bj/images/docs/Actualit%C3%A9s/Projection%20r%C3%A9vis%C3%A9e.pdf>

- 
7. Ministère de la Santé du Bénin. Annuaire des statistiques sanitaires 2022 [Internet]. 2023. Available from: www.sante.gouv.bj [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.bj/MS_console/recherche_avancee
 8. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DE 2014 A 2063 ET PERSPECTIVES DE LA DEMANDE SOCIALE DE 2014 A 2030 AU BENIN [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://instad.bj/actualites/416-projections-demographiques-de-2014-a-2063-et-perspectives-de-la-demande-sociale-de-2014-a-2030-au-benin>
 9. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
 10. CHOIGNIKA El. Rapport de l'analyse de l'enquête MICS Bénin 2021-2022 [Internet]. 2023 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://instad.bj/actualites/530-rapport-de-l-analyse-de-l-enquete-mics-benin-2021-2022>
 11. Ministère du Plan et du Développement Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) Cotonou B. Enquête Démographique et de Santé 2017-2018, Bénin. 2019..pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR259/SR259.pdf>
 12. Organisation Mondiale de la Santé. Onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 11). 2019. [Internet]. [cité 26 sept 2024].

Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>

13. Organization WH. Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death [Internet]. World Health Organization; 2013 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/87340>
14. Arrêté 096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFMT/DNEHS/DSME/DNSP/SP-C du 6 mai 2013 portant obligation de notification de décès maternels et néonataux et institutionnalisation des audits de décès maternels et néonataux et des cas de near miss. 096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFMT/DNEHS/DSME/DNSP/SP-C du 6 mai 2013 2013.
15. Lewis G. Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Br Med Bull. 1 déc 2003;67(1):27-37.
16. RAPPORT_ANNUEL_SDMR_2022.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/04/RAPPORT_ANNUEL_SDMR_2022.pdf
17. The Right Way to Hold People Accountable [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://hbr.org/2016/01/the-right-way-to-hold-people-accountable>
18. Epidemiology Morbidity And Mortality - PubMed [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613448/>
19. Institute of Medicine (US) Committee to Design a

Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1 [Internet]. Lohr KN, éditeur. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235462/>

20. World Health Organization. Making Every Baby Count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/about/> [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250124/WHO-RHR-16.11-eng.pdf?sequence=1>
21. RAPPORT_ANNUEL_SDMR-2021.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/07/RAPPORT_ANNUEL_SDMR-2021.pdf
22. Rapport-SDMR-2016.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-SDMR-2016.pdf>
23. RAPPORT-SDMR-2019.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/07/RAPPORT-SDMR-2019.pdf>
24. Rapport-SDMR-2017.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-SDMR-2017.pdf>
25. RAPPORT-SDMR-2018.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.cerrhud.net/wp-content/uploads/2024/07/RAPPORT-SDMR-2018.pdf>

- 
26. Jha P. Counting the dead is one of the world's best investments to reduce premature mortality. Hypothesis [Internet]. 25 juin 2012 [cité 25 sept 2024];10(1). Disponible sur: <http://www.hypothesisjournal.com/?p=1301>
 27. Glèlè Ahanhanzo Y, Ouendo EM, Kpozèhouen A, Levêque A, Makoutodé M, Dramaix-Wilmet M. Data quality assessment in the routine health information system: an application of the Lot Quality Assurance Sampling in Benin. Health Policy Plan. sept 2015;30(7):837-43.
 28. Boyi Hounsou C, Agossou MCU, Bello K, Delvaux T, Benova L, Vigan Guézodjè A, et al. "So hard not to feel blamed!": Assessment of implementation of Benin's Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response strategy from 2016-2018. Int J Gynecol Obstet. 2022;158(S2):6-14.
 29. Kinney M, Day L, Palestra F, Biswas A, Jackson D, Roos N, et al. Overcoming blame culture: key strategies to catalyse maternal and perinatal death surveillance and response. Bjog. mai 2022;129(6):839-44.



Cette page a été laissée intentionnellement vide

A full-page photograph of a family in a warm, intimate setting. A father with a beard and a mother with curly hair are shown in profile, looking down at a baby who is lying down. The scene is bathed in soft, golden light, likely from a window. A semi-transparent yellow rectangular box is overlaid in the center of the image, containing the text '7. Annexes' in white.

7. Annexes

Tableau 23: Répartition des décès maternels notifiés par zone sanitaire, Bénin, 2023

DEPARTEMENTS/ ZONES SANITAIRES	DM audité	DM non audité	% DM audité	Total DM
ALIBORI	67	0	100,0	67
BANIKOARA	24	0	100,0	24
KANDI-GOGOUNOU-SEGBANA	30	0	100,0	30
MALANVILLE-KARIMAMA	13	0	100,0	13
ATACORA	49	3	94,2	52
KOUANDE-PEHUNCO-KEROU	17	0	100,0	17
NATITINGOU-BOUKOUMBE-TOUCOUNTOUNA	15	3	83,3	18
TANGUIETA-COBY-MATERI	17	0	100,0	17
ATLANTIQUE	48	40	54,5	88
ABOMEY-CALAVI-SO-AVA	17	30	36,2	47
ALLADA-TOFFO-ZE	13	10	56,5	23
OUIDAH-KOPMASSE-TORI-BOSSITO	18	0	100,0	18
BORGOU	86	53	61,9	139
BEMBEREKE-SINENDE	18	0	100,0	18
NIKKI-KALALE-PERERE	13	0	100,0	13
PARAKOU-N'DALI	44	53	45,4	97
TCHAOUROU	11	0	100,0	11
COLLINES	42	0	100,0	42
DASSA-GLAZOUE	16	0	100,0	16
SAVALOU-BANTE	16	0	100,0	16
SAVE-OUESSE	10	0	100,0	10
COUFFO	33	0	100,0	33
APLAHOU-DJAKOTOMEY-DOGBO	17	0	100,0	17
KLOUEKAME-LALO-TOVIKLIN	16	0	100,0	16

DEPARTEMENTS/ ZONES SANITAIRES	DM audité	DM non audité	% DM audité	Total DM
DONGA	23	0	100,0	23
BASSILA	5	0	100,0	5
DJOUGOU-OUAKE-COPARGO	18	0	100,0	18
LITTORAL	34	101	25,2	135
COTONOU 1-COTONOU 4	10	48	17,2	58
COTONOU 2-COTONOU 3	4	6	40,0	10
COTONOU 5	13	0	100,0	13
COTONOU 6	7	47	13,0	54
MONO	11	36	23,4	47
COME-GRAND POPO-HOUEYOGBE-BOPA	6	3	66,7	9
LOKOSSA-ATHIEME	5	33	13,2	38
OUEME	63	69	47,7	132
ADJOHOUN-BONOU-DANGBO	8	9	47,1	17
AKPRO-MISSERETE-AVRANKOU-ADJARRA	1	0	100,0	1
PORTO-NOVO-SEME-KPODJI-AGUEGUES	54	60	47,4	114
PLATEAU	26	0	100,0	26
POBE-KETOU-ADJA-OUERE	12	0	100,0	12
SAKETE-IFANGNI	14	0	100,0	14
ZOU	39	93	29,5	132
ABOMEY-AGBANGNIZOUN-DJIDJA	18	92	16,4	110
BOHICON-ZA-KPOTA-ZOGBODOMEY	4	1	80,0	5
COVE-ZAGNANADO-OUINHI	17	0	100,0	17
BENIN	521	395	56,9	916

Source : Plateforme SIMR Bénin_ANSSP/MS, 2023

Tableau 24: Répartition des décès néonataux notifiés par zone sanitaire, Bénin, 2023

DEPARTEMENTS/ ZONES SANITAIRES	DNN audité	DNN non audité	% DNN audité	Total DNN
ALIBORI	277	13	95,5	290
BANIKOARA	166	0	100,0	166
KANDI-GOGOUNOU-SEGBANA	51	13	79,7	64
MALANVILLE-KARIMAMA	60	0	100,0	60
ATACORA	238	96	71,3	334
KOUANDE-PEHUNCO-KEROU	6	0	100,0	6
NATITINGOU-BOUKOUMBE-TOUCOUNTOUNA	80	38	67,8	118
TANGUIETA-COBY-MATERI	152	58	72,4	210
ATLANTIQUE	21	462	4,3	483
ABOMEY-CALAVI-SO-AVA	1	311	0,3	312
ALLADA-TOFFO-ZE	19	68	21,8	87
OUIDAH-KOPMASSE-TORI-BOSSITO	1	83	1,2	84
BORGOU	382	196	66,1	578
BEMBEREKE-SINENDE	104	31	77,0	135
NIKKI-KALALE-PERERE	77	32	70,6	109
PARAKOU-N'DALI	174	124	58,4	298
TCHAUROU	27	9	75,0	36
COLLINES	131	23	85,1	154
DASSA-GLAZOUE	111	8	93,3	119
SAVALOU-BANTE	11	15	42,3	26
SAVE-OUESSE	9	0	100,0	9
COUFFO	92	35	72,4	127
APLAHOUÉ-DJAKOTOMEY-DOGBO	81	22	78,6	103
KLOUEKAME-LALO-TOVIKLIN	11	13	45,8	24

DEPARTEMENTS/ ZONES SANITAIRES	DNN audité	DNN non audité	% DNN audité	Total DNN
DONGA	226	0	100,0	226
BASSILA	15	0	100,0	15
DJOUGOU-OUAKE-COPARGO	211	0	100,0	211
LITTORAL	43	1066	3,9	1109
COTONOU 1-COTONOU 4	3	822	0,4	825
COTONOU 2-COTONOU 3	0	44	0,0	44
COTONOU 5	29	18	61,7	47
COTONOU 6	11	182	5,7	193
MONO	34	240	12,4	274
COME-GRAND POPO-HOUEYOGBE-BOPA	24	39	38,1	63
LOKOSSA-ATHIEME	10	201	4,7	211
OUEME	13	524	2,4	537
ADJOHOUN-BONOU-DANGBO	2	4	33,3	6
AKPRO-MISSERETE-AVRANKOU-ADJARRA	0	0	NA	0
PORTO-NOVO-SEME-KPODJI-AGUEGUES	11	520	2,1	531
PLATEAU	54	0	100,0	54
POBE-KETOU-ADJA-OUERE	13	0	100,0	13
SAKETE-IFANGNI	41	0	100,0	41
ZOU	21	528	3,8	549
ABOMEY-AGBANGNIZOUN-DJIDJA	17	456	3,6	473
BOHICON-ZA-KPOTA-ZOGBODOMEY	0	2	0,0	2
COVE-ZAGNANADO-OUINHI	4	70	5,4	74
BENIN	1532	3183	32,5	4715

Source : Plateforme SIMR Bénin_ANSSP/MS, 2023

Tableau 25: Taux de notification des décès maternels et néonataux par département, Bénin, 2023

Département	Décès maternels			Décès néonataux		
	Estimés	Notifiés	Proportion de cas notifiés (en %)	Estimés	Notifiés	Proportion de cas notifiés (en %)
Alibori	248	67	27,0	901	290	32,2
Atacora	215	52	24,2	699	334	47,7
Atlantique	346	88	25,4	2252	483	21,5
Borgou	338	139	41,2	1549	578	37,3
Collines	190	42	22,0	874	154	17,6
Couffo	190	33	17,4	618	127	20,6
Donga	152	23	15,1	872	226	25,9
Littoral	152	135	88,8	378	1109	293,4
Mono	127	47	37,1	606	274	45,2
Ouémé	278	132	47,4	798	537	67,3
Plateau	167	26	15,6	1659	54	3,3
Zou	232	132	57,0	1285	549	42,7
Benin	2635	916	34,8	12491	4715	37,7

Source : Plateforme SIMR Bénin_ANSSP/MS, 2023 ; EDS 2017-2018 ; Estimations OMS 2020

Tableau 26: Gestité et parité des décès maternels identifiés, Bénin, 2023

Gestité et parité des décès maternels identifiés	
Caractéristiques	N = 379 ¹
Gestité	
Grande Multigeste	82 (21,6%)
Multigeste	102 (26,9%)
Non documenté	2 (0,5%)
Paucigeste	107 (28,2%)
Primigeste	86 (22,6%)
Gestité et parité des décès maternels identifiés	
Caractéristiques	N = 379 ¹
Parité	
Grande Multipare	51 (13,5%)
Multipare	105 (27,7%)
ND	4 (1,1%)
Nullipare	55 (14,5%)
Paucipare	101 (26,7%)
Primipare	63 (16,6%)

Tableau 27: Répartition des causes de décès néonataux par département, Bénin, 2023

	Causes des cas de décès néonataux revus												
Cause de décès	Total, N = 191 ¹	Allibori, N = 46 ¹	Atacora, N = 7 ¹	Atlantique N = 6 ¹	Borgou, N = 27 ¹	Collines, N = 1 ¹	Couffo, N = 1 ¹	Donga, N = 12 ¹	Littoral, N = 35 ¹	Mono, N = 10 ¹	Ouémé, N = 21 ¹	Plateau, N = 13 ¹	Zou, N = 12 ¹
Asphyxie	87	18	3	4	7	0	1	7	17	5	10	10	5
Autre	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0
Cause intriquée	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Hypoglycémie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Hypothermie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hypotrophie	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ictère	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Infections	32	9	0	1	8	0	0	1	6	0	1	2	4
Non documenté	6	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0
Prématurité	50	18	2	1	11	1	0	3	7	3	3	1	0
¹ n													

Source : Rapports de revues de décès néonataux par l'approche RCCP

Tableau 28: Dysfonctionnements issues des revues ACBC néonatales, Bénin ,2023

Dysfonctionnements ACBC néonatales identifiés		
Type de dysfonctionnement	N	%
Mauvaise documentation (dossier ou carnet)	82	30,3
Evaluation initiale incomplète ou examen clinique non adéquat	18	6,6
Défaut de surveillance	8	2,9
Traitement inapproprié	7	2,6
Référence non médicalisée (pas de personnel accompagnant à bord de l'ambulance/pas d'abord veineux/pas d'ambulance/centre d'accueil non alerté)	4	1,5
Le traitement n'a pas été fait à temps	3	1,1
Réanimation inadéquate	3	1,1
Diagnostic incorrect	2	0,7
Retard de décision de référence	2	0,7
Absence de remplissage du partogramme	1	0,4
Défaut d'exécution de la prescription	1	0,4
Insuffisance de communication avec la patiente	1	0,4
Insuffisance de CPN/grossesse non suivie	1	0,4
Transport non médicalisé (traitement de pré-référence inadéquat)	1	0,4
Autre	27	9,9
Non documenté	110	40,6
Total	271	100

Source : Rapports de revues maternels réalisés selon l'approche ACBC

Tableau 29 : Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des 379 revues maternels selon l'iceberg, Bénin, 2023

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/ Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Faible niveau de connaissance (ou de compétence) de l'agent de santé	316	0	0	0	0	316
Faible niveau de connaissance ou mauvaise information de la patiente ou de la communauté	225	0	0	0	0	225
Grève	1	0	0	0	0	1
Insubordination	3	0	0	0	0	3
Insuffisance dans l'organisation du service	0	0	105	0	0	105
Insuffisance de moyen financiers	58	0	0	0	0	58
Manque de produits sanguins et dérivés	17	0	0	0	0	17
Manque de moyen/matériel de communication entre 2 Formations Sanitaires	0	0	6	0	0	6
Manque de médicaments	26	0	0	0	0	26
Manque d'Équipements	0	0	44	0	0	44
Manque/insuffisance d'infrastructures (routes, locaux, etc.)	0	0	8	0	0	8

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Manque/insuffisance d'agents qualifiés	0	0	37	0	0	37
Non documenté	0	0	0	0	92	92
Problème de transport entre 2 formations sanitaires ou Manque d'ambulance	0	0	16	0	0	16
Taboo, Conviction religieuse	0	0	0	5	0	5
Total	646	0	216	5	92	959

Source : Rapports de revues maternels réalisés selon l'approche RCCP

Tableau 30: Facteurs expliquant les dysfonctionnements ayant contribué aux 191 décès néonataux selon le modèle de l'iceberg, Bénin, 2023

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Faible niveau de connaissance (ou de compétence) de l'agent de santé	170	0	0	0	0	170
Faible niveau de connaissance ou mauvaise information de la patiente ou de la communauté	92	0	0	0	0	92
Grève	0	0	0	0	0	0

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/ Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Insubordination	0	0	0	0	0	0
Insuffisance dans l'organisation du service	0	0	8	0	0	8
Insuffisance de moyen financier	17	0	0	0	0	17
Manque de produits sanguins et dérivés	1	0	0	0	0	1
Manque de moyen/ matériel de communication entre 2 Formations Sanitaires	0	0	2	0	0	2
Manque de médicaments	5	0	0	0	0	5
Manque d'Équipements	0	0	10	0	0	10
Manque/ insuffisance d'infrastructures (routes, locaux, etc.)	0	0	1	0	0	1
Manque/ insuffisance d'agents qualifiés	0	0	11	0	0	11
Non documenté	0	0	0	0	43	43

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Problème de transport entre 2 formations sanitaires ou Manque d'ambulance	0	0	8	0	0	8
Tabou, Conviction religieuse	0	0	0	5	0	5
Total	285	0	40	5	43	373

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP

Tableau 31: Facteurs expliquant les dysfonctionnements issus des revues néonatales par l'approche ACBC selon l'iceberg, Bénin, 2023

Facteur/Cause expliquant le dysfonctionnement	Évènement	Modèles/Tendances	Structures sous-jacentes	Modèles mentaux	Non documenté	Total
Faible niveau de connaissance (ou de compétence) de l'agent de santé	94	0	0	0	0	94
Faible niveau de connaissance ou mauvaise information de la patiente ou de la communauté	8	0	0	0	0	8
Audre	16	0	0	0	0	16
Insuffisance dans l'organisation du service	0	0	14	0	0	14
Manque de médicaments	3	0	0	0	0	3
Manque d'Équipements	0	0	5	0	0	5
Manque/insuffisance d'agents qualifiés	0	0	1	0	0	1
Non documenté	0	0	0	0	107	107
Total	121	0	20	0	107	248

Source : Rapports de revues de cas par l'approche ACBC

Tableau 32: Recommandations des revues néonatales ACBC selon l'iceberg, Benin 2023

Recommandations des revues néonatales ACBC selon l'iceberg	
Caractéristiques	N = 248 ¹
Type de recommandation selon le modèle de l'iceberg	
Anticipation	1 (0,4%)
Conception	10 (4,0%)
Non documenté	10 (4,0%)
Réaction	224 (90,4%)
Transformation	3 (1,2%)

Source : Rapports d'audits réalisés selon l'approche RCCP

Tableau 32: Recommandations issues des revues maternels et néonatales selon la composante du système de santé

Composante du système de santé associée à la recommandation	Recommandations issues des revues maternels N = 964 ¹	Recommandations issues des revues néonatales N = 621 ¹
Gouvernance	10 (1,0%)	7 (1,1%)
Prestations	546 (56,7%)	419 (67,5%)
Populations	224 (23,2%)	113 (18,2%)
Ressources	50 (5,2%)	36 (5,8%)
Non documenté	134 (13,9%)	46 (7,4%)

Source : Rapports d'audits réalisés

Tableau 33: Tendances des causes de décès néonataux, Bénin, 2017-2023

Cause des décès néonataux	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Infection	32,8	24,8	25	28,57	26,39	20,71	16,75
Asphyxie	29	32,9	36,29	20,83	43,87	42,39	45,55
Prématurité	14,8		13,31		17,79	17,15	26,18
Faible poids (Hypotrophie)	2,7	10,5	0,81	21,43	0,31	0,65	1,05
Anémie	2,2		2,02		0,92	0,97	1,57
Malformations congénitales	1,1		0,4		1,53	1,62	
Ictère				15,48	2,15	1,62	1,57

Source : Rapports annuel SDMR 2016-2023

Tableau 34: Tendances des causes de décès maternels , Bénin 2016-2023

Année	Hémorragies	HTA et ses complications	Anémie	Rupture utérine	Infection	Autre causes directes / indirectes	Inconnu (Non	Complications d'avortement
2016	27,6	18,9	8,7	11,8	9,4	7,9	15,7	
2017	29,7	15,8	8,2	9	9	8,9	19,4	
2018	34,3	15	13,1	8,2	7,5	17,7	2,9	1,3
2019	27,99	16,67	16,03	7,91	9,83	16,45	5,12	
2020	26,9	24,4	16,4	5	7,7	15,9	3,7	
2021	35,5	14,6	11,6		8	24,1	6,2	
2022	30,4	14,6	15,7		6,1	21,4	8,1	3,7
2023	24,01	14,51	12,14	3,96	11,87	26,91	5,54	1,06

Source : Rapports annuel SDMR 2016-2023

Tableau 35: Tendances de notification et de réalisations des revues de décès maternels et néonataux ,Bénin 2016-2023

Année	Proportion de notification de décès maternels	Proportion de notification de décès néonataux	Taux de revues réalisées de décès maternels	Taux de revues réalisées de décès néonataux
2016	26,4	15,7	55	10,4
2017	28,3	16,3	49,7	7,8
2018	29,9	20,8	55,6	17,4
2019	40,4	26,0	46,6	15,7
2020	41,7	24,4	51,3	19,2
2021	41,7	28,8	54,8	25,1
2022	40,5	36,9	62,8	30,2
2023	37,4	37,7	56,9	32,5

Source : Rapports annuels SDMR 2016-2023

Tableau 36 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 : Scénario1

Année	Taux annuel de réduction initial	Taux d'accélération (r)	Taux annuel de réduction calculé	Ratio de mortalité maternelle calculé
2023	2,44	0	2,44	523
2024		0	2,44	510,4
2025		0	2,44	498,1
2026		0	2,44	486,1
2027		0	2,44	474,4
2028		0	2,44	462,9
2029		0	2,44	451,8
2030		0	2,44	440,9

Source : Estimations OMS 2020

Tableau 37: Table de calcul de la proportion de cas de décès néonataux notifiés, Bénin, 2023

Région	Répartition par région	Population de la région	Taux brut de natalité	Nombre de naissances vivantes annuelles	Taux de mortalité néonatale	Nombre de DN estimé	DN notifié	Proportion de notification DN
Alibori	8,67	1 092 654	43,4	47421	19	901	290	32,19
Atacora	7,72	972 739	42,3	41147	17	699	334	47,75
Atlantique	13,97	1 761 206	37,6	66221	34	2252	483	21,45
Borgou	12,13	1 529 465	42,2	64543	24	1549	578	37,31
Collines	7,17	903 732	40,3	36420	24	874	154	17,62
Couffo	7,45	938 813	38,7	36332	17	618	127	20,56
Donga	5,43	684 125	42,5	29075	30	872	226	25,91
Littoral	6,78	855 282	34	29080	13	378	1109	293,36
Mono	4,97	626 326	38,7	24239	25	606	274	45,22
Oueme	10,99	1 386 066	38,4	53225	15	798	537	67,26
Plateau	6,22	783 938	40,7	31906	52	1659	54	3,25
Zou	8,51	1 072 648	41,3	44300	29	1285	549	42,73

Source : Projections de populations INstat ,2014 ; Annuaire des statistiques sanitaires, Bénin, 2022 ; EDS 2017-2018 ; Estimations OMS 2020

Tableau 38: Table de calcul de la proportion de notification des décès maternels , Bénin, 2023

Région	Population de la région	Nombre de naissances vivantes annuelles	Nombre de DM estimé	DM Notifié	Proportion de notification estimé DM
Alibori	1 092 654,5	47421	248	67	27,01
Atacora	972 739,5	41147	215	52	24,16
Atlantique	1 761 206,1	66221	346	88	25,41
Borgou	1 529 465,3	64543	338	139	41,18
Collines	903 732,4	36420	190	42	22,05
Couffo	938 813,5	36332	190	33	17,37
Donga	684 125,3	29075	152	23	15,13
Littoral	855 282,0	29080	152	135	88,77

Région	Population de la région	Nombre de naissances vivantes annuelles	Nombre de DM estimé	DM Notifié	Proportion de notification estimé DM
Mono	626 326,2	24239	127	47	37,08
Ouémé	1 386 066,4	53225	278	132	47,42
Plateau	783 938,4	31906	167	26	15,58
Zou	1 072 648,3	44300	232	132	56,97

Source : Projections de populations INstad ,2014 Annuaire des statistiques sanitaires, Bénin, 2022 ; EDS 2017-2018 ; Estimations OMS 2020

Tableau 39: Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité maternelle entre 2023 et 2030 : Scénario 2

Année	Taux annuel de réduction initial	Taux d'accélération (r)	Taux annuel de réduction calculé	Ratio de mortalité maternelle calculé
2023	2,44	0	2,4	523,0
2024		1,2	5,4	495,7
2025		3	21,5	399,9
2026		0	21,5	322,6
2027		0	21,5	260,3
2028		0	21,5	210,0
2029		0	21,5	169,4
2030		0	21,5	136,7

Source : Estimations OMS 2020

Tableau 40 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité néonatal entre 2023 et 2030 : Scénario 1

Année	Taux annuel de réduction initial	Taux d'accélération (r)	Taux annuel de réduction calculé	Taux de mortalité néonatal calculé
2023	1.5	0	1.5	28.64
2024		0	1.5	28.21360595
2025		0	1.5	27.79356008
2026		0	1.5	27.37976788
2027		0	1.5	26.97213624
2028		0	1.5	26.57057345
2029		0	1.5	26.17498915
2030		0	1.5	25.78529433

Tableau 41 : Table de calcul de l'estimation du ratio de mortalité néonatal entre 2023 et 2030 : Scénario 2

Année	Taux annuel de réduction initial	Taux d'accélération (r)	Taux annuel de réduction calculé	Taux de mortalité néonatal calculé
2023	1.5	0	1.5	28.64
2024		1.4	3.6	27.62729801
2025		2.9	14.04	24.00841376
2026		0	14.04	20.86356512
2027		0	14.04	18.13065845
2028		0	14.04	15.75573368
2029		0	14.04	13.69189897
2030		0	14.04	11.89840482



Cette page a été laissée intentionnellement vide



Veillez scanner ce QR code pour avoir l'intégralité du rapport SDMR 2023



+229 0199 886 001
info@cerrhud.org
CNHU-HKM, Av. Jean-Paul II
www.cerrhud.net



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