

CAPACITE D'OFFRE DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE (SONU) AU BENIN SUPPLY CAPACITY OF OBSTETRICAL AND NEONATAL EMERGENCY CARE (EMOC) IN BENIN

⁽¹⁾B. I. B. HOUNKPATIN, ⁽¹⁾A. TONATO-BAGNAN, ⁽³⁾A. A. A. OBOSO, ⁽²⁾C. TSHABU AGUEMON, ⁽³⁾F. N. HOUNKPONOU,
⁽¹⁾R. ONZO, ⁽¹⁾R. X. PERRIN

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (Cotonou)

⁽²⁾ Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (Cotonou)

⁽³⁾ Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Parakou)

Correspondance : HOUNKPATIN B. I. B., bhounkpatin@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Faire l'état des lieux des ressources disponibles pour l'offre des SONU au Bénin. **Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de type SARA (Service Availability and Readiness Assessment) qui s'était déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Août 2013 au Bénin dans les maternités de 43 hôpitaux, 95 centres de santé et cliniques (CS), 17 centres de soins primaires (CSP). Les variables étaient liées au type de formation sanitaire, au milieu urbain ou rural, au secteur public ou privé, à la capacité à offrir les SONU. **Résultats :** Pour les SONUB, les directives pour la Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'accouchement étaient disponibles dans 25/43 hôpitaux (58,1%), 25/93 CS (26,3%) et 7/17 CSP (41,2%). La formation du personnel était effective dans 53/155 formations sanitaires (34,2%). Les moyens pour un transport en urgence étaient disponibles dans 110/155 (71%). Tous les équipements étaient disponibles et fonctionnels dans 9 hôpitaux (20,9%). Les médicaments et produits étaient disponibles dans 10/155 formations sanitaires (6,5%). Pour les SONUC, les directives étaient disponibles dans 30/46 formations sanitaires SONUC (65,2%) avec 19 prestataires formés (41,3%). Les équipements étaient disponibles dans 13 des formations sanitaires SONUC (28,3%). Sur les 46 formations sanitaires SONUC, 20 (43,5%) disposait de moyens de diagnostic. **Conclusion :** Des efforts restent à fournir pour assurer une meilleure disponibilité des ressources nécessaires pour l'offre de toutes les fonctions SONU.

Mots clés : Ressources – SONU - mortalité maternelle – SONUB - SONUC

ABSTRACT

Objective: Our study objective was to make an inventory of resources for the supply of EmONC in Benin. **Material and Method:** He acted descriptive and analytical cross-sectional study such SARA (Service Availability and Readiness Assessment) which took place from January 1 to August 31, 2013 in Benin in maternity unit for 43 hospitals, 95 health centers and clinics, 17 primary care centers, public or private. The variables were related to the type of health facility, urban or rural areas, public or private sector, with the ability to offer Obstetric and Neonatal Care Emergency (EmONC). **Results:** For BEmONC, guidelines for the Integrated Management of Pregnancy and Childbirth were available in 25/43 hospitals (58.1%), 25/93 health centers (26.3%) and 7/17 primary care centers (41.2%). Staff training was effective in 53/155 health facilities (34.2%). The means for emergency transport was available in 110/155 health facilities (71%). All amenities were available and functional in 9 hospitals (20.9%). Medicines and products were available in 10/155 health facilities (6.5%). For CEmONC, guidelines were available in 30/46 health facilities CEmONC (65.2%) with 19 trained providers (41.3%). The facilities were available in 13 health facilities CEmONC (28.3%). Of the 46 CEmONC health facilities, 20 (43.5%) had diagnostic capacity. **Conclusion:** Efforts are still needed to ensure better availability of resources needed to supply all EmONC functions.

Keywords: Resources – EmONC -maternal mortality - BEmONC - CEmONC

INTRODUCTION

Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) constituent une des interventions majeures devant contribuer à accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en dehors de la planification familiale et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié [1]. Elles visent à offrir à toute femme enceinte en situation d'urgence, l'assistance de qualité dont elle et son bébé ont besoin. L'enquête sur les besoins en SONU du Bénin réalisée en 2003 et reprise en 2010, révèle que le Bénin dispose de 5 formations SONU pour 1.465.143 habitants. Il existe une sous-utilisation des formations sanitaires enquêtées particulièrement par les femmes et les nouveau-nés qui en ont le plus besoin avec un taux national d'accouchement par un personnel qualifié de 58,2%, un besoin satisfait en SONU très bas, 2,6%, une proportion de césarienne de 4,6%. Par ailleurs, l'offre de soins ne répond pas aux normes de la qualité comme en témoigne le taux de létalité directe particulièrement élevé dans les 22 formations sanitaires SONUC [2]. Cette offre de soins de qualité nécessite la disponibilité de ressources en nombre et en qualité. L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux des ressources disponibles pour l'offre des SONU au Bénin.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de type SARA (Service Availability and Readiness Assessment) [3, 4] qui s'était déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Août 2013. Ont été inclus les hôpitaux, centres de santé et cliniques, centres de soins primaires,

publics ou privés reconnus par le Ministère de la Santé, disposant d'un service ou d'une unité de maternité. Ont été exclus les formations Sanitaires n'ayant pas permis l'accès à leurs données et/ou dont les responsables étaient indisponibles. L'échantillonnage a été réalisé par un sondage aléatoire simple. La base de sondage utilisée a été la liste des formations sanitaires (publiques et privées) qui fournissent des données au Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Trois strates ont été constituées : le premier regroupant les hôpitaux (public et privé), le deuxième les centres de santé complets disposant d'une maternité et d'un dispensaire (CS) et le troisième les CSP (Centres de Soins Primaires) ne disposant que de dispensaire ou de maternité. La taille de l'échantillon calculée à l'aide de la formule de SCHWARTZ avec une précision de 10% et p égale à 50% représentant le pourcentage estimatif des établissements de santé qui devraient avoir les éléments traceurs recherchés par l'enquête SARA. La taille calculée était de 96. Il a été procédé à une augmentation de la taille de l'échantillon initial des strates où il y avait le plus de chances d'avoir des variations. Ainsi l'échantillon pour les SONUB regroupait 26 hôpitaux publics, 17 hôpitaux privés, 56 CS publics, 39 CS privés, 17 CSP publics soit un total de 155 formations sanitaires. Pour étudier la capacité à offrir les SONUC, nous avons travaillé sur les 43 hôpitaux et les 03 CS où la césarienne était disponible soit 46 formations sanitaires. Pour les SONUB, les variables étaient liées au type de formation sanitaire, au milieu (urbain ou rural), au secteur (public ou privé), à la capacité à offrir les SONUB à travers l'existence des directives pour la Prise en Charge Intégrée de la

Grossesse et de l'accouchement (PCIGA), la formation d'au moins un prestataire dans les 2 ans à la PCIGA, l'existence des équipements nécessaires (lampe d'examen, table d'accouchement, boîte d'accouchement, matériel de suture, ventouse obstétricale, boîte de dilatation/curetage, kit d'AMIU, gants en latex, partographes, aspirateur de mucosité, couveuse), l'accès à un transport d'urgence et l'existence des médicaments et produits (antibiotique injectable, utérotoniques injectable, sulfate de magnésium injectable, diazépam injectable, misoprostol comprimé ou gélule, désinfectant pour la peau, solution intraveineuse et nécessaires à la perfusion, pommade ou collyre antibiotique ophtalmique et bethametasone injectable). Pour les SONUC, la capacité a été évaluée sur l'existence des directives, la formation sur les SONUC dans les 2 dernières années, la présence physique ou le contact téléphonique 24 heures sur 24 d'un agent formé à la césarienne, à l'anesthésie, l'existence des médicaments et produits (produits sanguins, produits d'anesthésie et de réanimation), l'existence des équipements nécessaires à la chirurgie, l'anesthésie, la couveuse, les moyens de diagnostic pour le groupage sanguin et rhésus, le test de compatibilité croisé, l'analyse du sang à la recherche de maladies infectieuses, la détection de la protéinurie à l'aide de bandelettes réactives, la glycémie, la glycosurie, la cétonurie, la numération formule sanguine. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire papier et d'un Personal Digital Assistant (PDA). Elles ont été saisies et apurées sous CS Pro avec une double saisie (Mode Verify), traitées et analysées par les logiciels SPSS, CS Pro, Excel et Epi info7. L'étude a été

réalisée sous la tutelle du Ministère de la santé avec le consentement des responsables et des prestataires des formations sanitaires enquêtées avant l'administration du questionnaire dans le respect strict et scrupuleux des conditions éthiques et déontologiques en République du Bénin.

RESULTATS

Capacité à offrir les SONUB: Les directives pour la Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'accouchement (PCIGA) étaient présentes dans 25/43 hôpitaux (58,1%), 25/95 Centres de Santé et cliniques (26,3%), 7/17 centres de soins primaires (41,2%). La formation du personnel était effective dans 53/155 des formations sanitaires (34,2%). Un véhicule de transport d'urgence était disponible dans 110/155 des formations sanitaires (71%). Tous les équipements étaient disponibles et fonctionnels dans 9 hôpitaux sur les 155 formations sanitaires (5,8%). Parmi ces 9 hôpitaux, 6 étaient privés. Quatorze hôpitaux (9%) et 2 centres de santé (1,1%) sur les 155 formations sanitaires disposaient de tout l'équipement sauf de la couveuse. La couveuse et la ventouse obstétricale manquaient à la fois dans 3 hôpitaux (1,9%) et 5 centres de santé (3,2%). Tous les produits en dehors du misoprostol étaient disponibles dans 6 hôpitaux (3,9%) et 9 centres de santé (5,8%). Le misoprostol et le sulfate de magnésium manquaient dans 21/155 formations sanitaires (13,5%) dont 1 hôpital. Le point des ressources existant au niveau des formations sanitaires pour offrir les SONUB est présenté dans le tableau 1.

Tableau I : Capacité des formations sanitaires à offrir les SONUB au Bénin en 2012.

	Capacité d'offre des SONUB				
	Directives	Formation	Transport d'urgence	Equipements	Médicaments et produits
Type d'établissement					
Hôpital (N=43)	25 (58,1)	17 (39,5)	41 (95,4)	9 (20,9)	8 (18,6)
CS (N=95)	25 (26,3)	30 (31,6)	61 (64,2)	0 (0)	2 (2,1)
CSP (N=17)	7 (41,2)	6 (35,3)	8 (47,1)	0 (0)	0 (0)
Secteur					
Public (N=99)	40 (40,4)	38 (38,4)	79 (79,8)	3 (3)	5 (5,1)
Privé (N=56)	17 (30,4)	15 (26,8)	31 (55,4)	6 (10,7)	5 (8,9)
Milieu					
Urbain (N=78)	36 (46,2)	34 (43,6)	61 (77,8)	7 (9)	9 (11,5)
Rural (N=77)	21 (27,3)	19 (24,7)	54 (70,1)	2 (2,6)	1 (1,3)
Total (N=155)	57 (36,8)	53 (34,2)	110 (71)	9 (5,8)	10 (6,5)

Capacité à offrir les SONUC: Les directives en matière de SONUC étaient disponibles dans 30/46 formations sanitaires SONUC (65,2%). La totalité des équipements était disponible dans 16 des hôpitaux (34,8%) dont 9 privés (19,6%). Les agents formés sur la césarienne et l'anesthésie étaient disponibles dans respectivement 43 (93,5%) et 42 (91,3%) des 46 formations sanitaires SONUC. Tous les

équipements en dehors de la couveuse étaient disponibles dans 14 hôpitaux (30,4%) et 1 centre de santé (2,2%) sur les 46 formations sanitaires SONUC. Les médicaments/consommables étaient disponibles dans 16 hôpitaux (34,8%). Les moyens diagnostics existaient dans 20 hôpitaux (43,5%). La capacité des formations sanitaires à offrir les SONUC est présentée dans le tableau 2.

Tableau II : Capacité des formations sanitaires à offrir les SONUC au Bénin en 2012

	Capacité d'offre des SONUC						
	Directives SONUC	Formation au SONUC	Présence agents formés sur césarienne	Présence agents formés sur anesthésie	Equipements	Médicaments et produits	Moyens de diagnostic
Type d'établissement							
Hôpital (N=43)	28 (65,1)	16 (37,2)	40 (93)	40 (93)	13 (30,2)	16 (37,2)	20 (46,5)
CS (N=3)	2 (66,7)	3 (100)	3 (3,2)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Secteur							
Public (N=27)	19 (70,4)	10 (37)	26 (26,3)	26 (96,3)	4 (14,8)	9 (33,3)	14 (51,9)
Privé (N=19)	11 (57,9)	9 (47,4)	17 (30,4)	17 (89,5)	9 (47,4)	7 (36,8)	6 (31,6)
Milieu							
Urbain (N=43)	28 (65,1)	18 (41,9)	40 (93)	39 (90,7)	11 (25,6)	15 (34,9)	19 (44,2)
Rural (N=3)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)	3 (100)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (33,3)
Total (N=46)	30 (65,2)	19 (41,3)	43 (93,5)	42 (91,3)	13 (28,3)	16 (34,8)	20 (43,5)

DISCUSSION

Capacité à offrir les SONUB : Les directives n'étaient disponibles que dans 36,8% des formations sanitaires. Cela peut s'expliquer par l'absence de bibliothèque dans les formations sanitaires, la possession des directives par les seuls prestataires formés et la détention de ces directives par les agents de santé en cas d'affectation. Deux formations sanitaires sur trois ne disposaient pas d'agent de santé formé à la PCIGA. Ce résultat pose le problème de la compétence du personnel de soins au Bénin, ajouté au déficit quantitatif en agent de santé. Ces situations expliqueraient en partie le niveau élevé des différents indicateurs de SONU tels que le taux de létalité obstétricale directe, le taux de décès intra-partum et néonatal précoce et la proportion des décès maternels dus à des causes maternelles directes dans les formations sanitaires SONU [2, 5]. Les moyens de transport d'urgence existaient dans 71% des formations sanitaires. Nos résultats sont semblables à ceux d'une enquête sur les SONU en 2009 en Haïti, où 70% des structures disposaient d'un moyen de transport d'urgence fonctionnel et d'une autre au Niger où 67% des formations sanitaires disposaient d'ambulance, et 26,9% de voitures [9,10]. Par contre, ils sont supérieurs à ceux de Madagascar où seulement 45,9% des formations sanitaires disposaient d'au moins un moyen de transport fonctionnel [8]. Toutefois, ces véhicules ne sont pas souvent médicalisés. La situation de la disponibilité des équipements est alarmante car 5,8% des formations sanitaires disposaient du plateau technique nécessaire. Les équipements les plus absents étaient la couveuse et la ventouse obstétricale. Cette absence d'équipement déteint sur l'offre des différentes fonctions SONU concernées. En effet, même si le personnel est formé, la fonction ne peut être offerte en l'absence du matériel requis. Cette même tendance était déjà remarquée par l'enquête de 2010 et aussi à Madagascar [2, 8]. Les médicaments et produits d'urgence nécessaires aux SONUB étaient disponibles dans 6,5% des formations sanitaires (18,6% des hôpitaux et 2,1% des centres de santé), surtout du secteur privé. Ce déficit en produits d'urgence a pour conséquence l'indisponibilité de certaines fonctions de base. Cette situation accentue le troisième retard surtout en milieu rural où il n'existe pas souvent de pharmacies privées. Des constats similaires ont été faits au Togo [9].

Capacité à offrir les SONUC: Les directives en matière de SONUC étaient présentes dans deux tiers (65,1%) des formations sanitaires offrant la césarienne, sans disparité entre les milieux urbain et rural, ni les niveaux de la pyramide sanitaire ou les secteurs. La formation des prestataires de soins aux SONUC est globalement insuffisante. Certes tous les centres de santé offrant la césarienne avaient un personnel formé aux SONUC, mais ce n'était pas le cas de tous les hôpitaux. Ainsi, 62,8% de ceux-ci utilisaient un personnel non formé ou non recyclé aux SONUC. Ceci, ajouté à l'absence de directives pour l'auto apprentissage et de modèle anatomique, réduit considérablement la qualité des services fournis par les personnels de soins. Le même constat a été fait à Madagascar [8] où moins de 7% des prestataires interviewés ont pu énumérer les signes de danger devant une hémorragie du post-partum; moins de 2% des répondants ont pu donner la conduite à tenir devant une hémorragie du postpartum ou une rétention placentaire. La presque totalité (93%) des formations sanitaires offrant la césarienne disposait d'un agent formé à ladite intervention, présent dans l'établissement ou sur appel 24 heures sur 24. Il ne s'agit pas tout le temps de gynécologues ou de chirurgiens, mais parfois de médecins à compétence chirurgicale. Nos résultats concordent avec ceux des autres pays pour ce qui est de la couverture totale en opérateurs. Un agent formé à l'anesthésie était disponible dans 91,3% des formations sanitaires offrant la césarienne. Ceci peut s'expliquer par l'offre d'hébergement des cadres de santé au sein ou à proximité de leurs établissements. De plus, l'ouverture de l'école nationale de formation des infirmiers et sages-femmes anesthésistes réanimateur (ENAFISAR) du Bénin a favorisé l'augmentation des infirmiers et sages-femmes anesthésistes sur le terrain. Le matériel et les équipements nécessaires à la chirurgie,

l'anesthésie, la couveuse étaient présents dans une faible proportion (8,4%). Les couveuses fonctionnelles étaient absentes dans 32,6% des formations sanitaires. Cette absence peut augmenter les taux élevés de décès des nouveau-nés de faible poids de naissance. Les produits sanguins, d'anesthésie et de réanimation étaient disponibles, valides et prêts à l'usage dans 34,8%. Cette faible couverture en médicaments et produits SONUC remet en cause la qualité de la césarienne qui est offerte dans nos formations sanitaires. Au Togo, aucune pharmacie des formations sanitaires de SONUC ne disposait des médicaments de base à 100%, Il en était de même pour les kits. [9]. La capacité de diagnostic prend en compte la réalisation sur site et dans de brefs délais des examens paracliniques courants et nécessaires à l'offre des SONUC. La moitié des hôpitaux était incapable de réaliser ces examens dans ces conditions. Il en découle le retard au diagnostic et donc à une prise en charge adéquate, compromettant ainsi le pronostic des patientes. Par contre, en 2007 au Togo, toutes les formations sanitaires de SONUC disposaient de l'équipement, du matériel et des consommables de laboratoire nécessaires à la fourniture des SONU [9]. Cette différence peut s'expliquer par la procédure d'opérationnalisation de la mesure de subvention de la césarienne.

CONCLUSION

Les ressources pour l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont faibles. En effet, Les guides, protocoles et lignes de conduites à tenir sont absents dans les formations sanitaires. En somme, des efforts ont été faits depuis la dernière évaluation des besoins en SONU du Bénin, mais ils sont insuffisants pour l'atteinte des OMD 4 et 5. Il serait opportun de redynamiser les stratégies mises en œuvre en termes de capacité opérationnelle pour faciliter l'accès des femmes aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

REFERENCES

1. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *The Lancet* 2007; 370(9595):1383–91.
2. Ministère de la Santé du Bénin: Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, rapport final – 2011;123p.
3. USAID, WHO: Measuring service availability and readiness: A health facility assessment methodology for monitoring health system strengthening 2012; 30p.
4. World Health Organization: Service Availability and Readiness Assessment (SARA): A methodology for measuring health systems strengthening. 2010.
5. Ministère de la Santé du Bénin: Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, rapport final – 2003;75p.
6. Institut Haïtien pour l'Enfance, MSPP / UNFPA : Enquête sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en Haïti : Rapport enquête SONU, Décembre 2009;134p.
7. Ministère de la Santé du Niger : Enquête SONU au Niger 2010;260p.
8. Vice Primature Chargée de la Santé Publique/ UNFPA : Evaluation des Besoins en matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar: Rapport Final Mars 2010;219p
9. Ministère de la Santé du Togo / UNFPA : Evaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Togo : Rapport final Août 2007;67p.