

# Étude de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement dans les Formations Sanitaires : Résultats d'une enquête nationale réalisée au Bénin, 2006

---

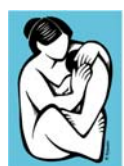
Rational Pharmaceutical Management Plus Program

Imprimé septembre 2007



**MANAGEMENT SCIENCES** *for HEALTH*

*RPM Plus* | *Rational Pharmaceutical Management Plus*



**POPPHI**

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative

Rational Pharmaceutical Management Plus  
Center for Pharmaceutical Management  
Management Sciences for Health  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, VA 22203 USA  
Téléphone: 703-524-6575  
Télécopieur: 703-524-7898  
E-mail: [rpmpplus@msh.org](mailto:rpmpplus@msh.org)

Objectif stratégique 2

Cette publication n'aurait pas été possible sans le support de l'Agence des États-Unis pour le Développement international, sous les termes de l'Accord de Coopération numéro HRN-A-00-00-00016-00. Les opinions exprimées dans ce document sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement international.

## **A propos de RPM Plus**

RPM Plus fournit l'assistance technique dans plus de 20 pays en développement pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments et fournitures médicales. Le programme donne des avis techniques et assiste les pays dans l'identification de stratégies et le développement de programmes pour améliorer la disponibilité des intrants médicaux – médicaments, vaccins, fournitures médicales, et équipement médical de base – de qualité prouvée pour la santé maternelle et infantile, l'infection VIH/SIDA, les maladies infectieuses, et la planification familiale. Il assure aussi la promotion de l'utilisation appropriée des intrants médicaux dans les structures sanitaires publiques et privées.

## **A propos de POPPHI**

L'Initiative pour la Prévention de l'Hémorragie du Post-Partum (POPPHI) est un projet de trois ans adjudgé, le 29 juillet 2004, à un partenariat composé de PATH, RTI International, EngenderHealth, la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM) et la Fédération internationale de Gynécologues et d'Obstétriciens (FIGO).

## **Citation Recommandée**

Rational Pharmaceutical Management Plus Program. 2007. *Étude de la Prise en Charge de la Troisième Période de l'Accouchement dans les Formations Sanitaires : Résultats d'une enquête nationale réalisée au Bénin, 2006*. Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

## **Avertissement**

Ce rapport fait suite à des missions qui se sont déroulées du 30 octobre au 18 novembre 2006 au Bénin, conduits par le Docteur Sourou Gbangbade, Consultant pour Management Sciences for Health et le projet Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus.

Les opinions et interprétations exprimées dans ce rapport n'engagent que son auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue des pays ou de MSH.

Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques  
Centre pour la Gestion des Produits pharmaceutiques  
Management Sciences for Health  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, VA 22203, États-Unis  
Tél: 703-524-6575  
Télécopieur: 703-524-7898  
E-mail: [rpmpius@msh.org](mailto:rpmpius@msh.org)  
Site Web: [www.msh.org/rpmpius](http://www.msh.org/rpmpius)

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	vii
SIGLES ET ABBRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
Prévention des hémorragies du post-partum et problématique de la mortalité maternelle.....	1
Problématique de la mortalité maternelle au Bénin.....	3
Justification de l'étude.....	7
MÉTHODE.....	9
Objectifs de l'étude.....	9
Type d'étude.....	10
Échantillonnage des formations sanitaires.....	10
Collecte des données.....	11
Traitement et analyse des données.....	14
ENVIRONNEMENT POLITIQUE.....	15
Environnement politique national.....	15
Environnement politique au niveau des formations sanitaires.....	15
GESTION DE LA LOGISTIQUE DES MÉDICAMENTS UTÉROTONIQUES.....	23
Gestion des stocks à la CAME.....	23
Dosage, présentation des utérotoniques et dose recommandé pour la GATPA.....	24
Condition de conservation des utérotoniques dans les pharmacies des formations sanitaires.....	26
Disponibilité des utérotoniques dans les formations sanitaires et dans la salle d'accouchement.....	28
PRATIQUE DE LA GATPA DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.....	33
Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon.....	33
Caractéristiques des femmes de l'échantillon.....	35
Usage d'utérotoniques lors de l'accouchement.....	35
Pratique de la GATPA dans les formations sanitaires enquêtées.....	41
Graphique 3: Comparaison performance sites pilotes et autres sites.....	49
Identification des goulots d'étranglement au niveau des composantes et au niveau des éléments de la GATPA.....	49
Analyse de la période de la délivrance.....	52
Pratiques potentiellement nuisibles.....	52
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	53
Conclusions.....	53
Recommandations.....	54
REFERENCES.....	59

ANNEXE 1 : REGROUPEMENT FONCTIONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES..... 61  
ANNEXE 2 : TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES ..... 63

### **LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Carte du Bénin ..... 3  
Graphique 2 : Évolution du ratio de MMR au Bénin (1992-2002)..... 5  
Tableau 1 : Répartition des formations sanitaires enquêtées ..... 17  
par quelques caractéristiques clés ..... 17  
Tableau 2 : Pourcentage des FS disposant de liste d'approvisionnement en médicaments et d'utérotoniques mentionné sur la liste ..... 18  
Table 3 : Répartition des FS selon la disponibilité de protocoles cliniques et de la mention de certaines composantes..... 19  
Tableau 4 : Pourcentage des FS selon la disponibilité de protocole et les caractéristiques des formations sanitaires ..... 21  
Tableau 5 : Pourcentage des FS ayant répondu par oui pour les modalités d'accessibilité des médicaments et consommables..... 22  
Tableau 6 : Répartition des formations sanitaires selon l'unité, le dosage et la présentation des utérotoniques et selon la dose recommandée pour la GATPA ..... 25  
Tableau 7 : Répartition des FS selon les conditions de stockage de température et de lumière des utérotoniques dans les pharmacies..... 26  
Tableau 8 : Répartition des FS selon les conditions de stockage de température et de lumière des utérotoniques recommandées par les fabricants ..... 27  
Tableau 9 : Disponibilité des produits utérotoniques ..... 28  
Tableau 10 : Répartition des modalités de gestion de l'ocytocine et des consommables..... 29  
Tableau 11 : Prix d'achat et prix de cession des utérotoniques ..... 30  
Tableau 12 : Détermination de la quantité des médicaments à commander..... 31  
Tableau 13 : Rupture de stock en produits utérotoniques..... 31  
Tableau 14 : Répartition des accouchements par caractéristiques des formations sanitaires..... 33  
Tableau 15 : Répartition des accouchements par caractéristiques des femmes..... 35

Tableau 16 : Répartition des accouchements selon l'usage.....	36
d'utérotoniques avant la troisième période du travail.....	36
Tableau 17 : Pourcentage des accouchements dirigés après un travail spontané par .....	37
caractéristiques des formations sanitaires.....	37
Tableau 18 : Répartition des accouchements selon la direction du travail après un travail spontané par caractéristiques des femmes .....	38
Tableau 19 : Répartition des accouchements selon l'usage d'utérotoniques durant la 3eme ou 4eme période de l'accouchement.....	40
Tableau 20 : Comparaison de la définition de la GATPA selon le Bénin et selon la.....	42
FIGO/ICM.....	42
Table 21 : Répartition de la pratique des différentes étapes et composantes de la GATPA.....	43
Tableau 22 : Correcte GATPA selon les caractéristiques des formations sanitaires .....	45
Tableau 23 : Pourcentage d'utilisation correcte d'utérotoniques par caractéristique des FS .....	46
Tableau 24 : Pourcentage de correcte traction contrôlée du cordon par caractéristique des FS...	47
Tableau 25 : Pourcentage de correct massage par caractéristique des FS .....	48
Tableau 26 : Synthèse des performances des sites pilotes comparés aux autres sites .....	48
Graphique 3: Comparaison performance sites pilotes et autres sites.....	49
Tableau 27 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des composantes de la GATPA .....	50
Graphique 4 : Diagramme de couverture en GATPA (composantes) .....	50
Tableau 28 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des éléments de la GATPA...	51
Graphique 5 : Diagramme de couverture en GATPA (éléments).....	51
Tableau 29 : Durée moyenne de la troisième période avec GATPA correcte et avec GATPA incorrecte.....	52
Tableau 30 : Répartition des pratiques potentiellement nuisibles .....	52
observées dans les FS.....	52

Répartition des FS selon la température de stockage des utérotoniques recommandée par le fabricant et la température d'emmagasiner à la pharmacie ..... 63

Répartition des FS selon les conditions de lumière des utérotoniques recommandées par le fabricant et la les conditions de lumière d'emmagasiner à la pharmacie ..... 63

## REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche remercie tout spécialement Madame Flore Gangbo, Ministre de la Santé, pour avoir autorisé la réalisation de cette étude au Bénin. Nous remercions particulièrement MSH/RPM Plus et l'USAID pour avoir financé cette étude au Bénin.

La réalisation de cette étude a été possible grâce à l'appui et à la collaboration des personnes et institutions suivantes au Bénin à qui nous présentons nos vifs remerciements:

- Dr Noël Ekue, Ancien Directeur de la Santé Familiale/MS
- Dr Alban Quenum, Directeur de la Santé Familiale/MS
- Mme Marcelle Tochenou, Point focal GATPA à la DSF/MS
- Dr Moussa Yarou, Directeur de Cabinet du MS
- Dr Benoît Faihun, Secrétaire Général du MS
- Dr Jacques Tossou, Direction de la Recherche en Santé
- Les responsables et le personnel des formations sanitaires publiques et privées enquêtées
- Les agents de collecte de données
- Toutes autres personnes ayant œuvré à la réalisation de cette étude

Nous remercions tout particulièrement tout les membres du Bureau USAID de Cotonou pour avoir facilité la réalisation de cette évaluation : Mr Pascal Zinzindohoue, Mme Francine Nicoue, Donald Dickerson.

Nous remercions tout sincèrement Cynthia Stanton, Jennifer Leopold, Emmanuel Nfor, Matthew Peterson, Luce Caries, Rod Knight, Deborah Arbuster pour avoir facilité la réalisation de cette étude.

Nous témoignons une reconnaissance aux personnes dont les noms suivent, qui ont consacré leur précieux temps pour améliorer la qualité de ce rapport par leurs observations et commentaires: Cynthia Stanton, Jennifer Leopold.

## **SIGLES ET ABBRÉVIATIONS**

ACD	agents de collecte de données
ADD	Aplahoué-Dogbo-Djakotomey
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CES	Certificat d'études spéciales
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CUGO	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DSF	Direction de la Santé Familiale
FCFA	franc de la Communauté Financière Africaine
FIGO	Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens
FS	Formations sanitaires
GATPA	gestion active de la troisième période de l'accouchement
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HPP	hémorragie du post-partum
HZ	Hôpital de Zone
ICM	Confédération internationale des Sages-femmes
IM	intramusculaire
INSAE	Institut National de la Statistique et d'Analyse Économique
LNME	Liste National des Médicaments Essentiels
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHPP	Prévention des Hémorragies du Post- partum
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale
POPPHI	l'Initiative sur la Prévention de l'Hémorragie du Post-partum
PSI	Population Services International
PSS	Projet Socio-sanitaire Suisse
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPM	Rational Pharmaceutical Management Plus
SGOBT	Société de Gynéco-Obstétrique du Bénin et du Togo
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence complets
TCC	Traction contrôlée du cordon
UI	unité internationale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URC	University Research Corporation
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International



## RÉSUMÉ

L'étude de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) au Bénin a été réalisée d'octobre à novembre 2006. Elle vise essentiellement à permettre aux Ministères de la Santé (MS) et à leurs partenaires au développement de disposer des informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA et à l'identification des barrières à son utilisation. Il s'agit d'une étude transversale et descriptive visant à atteindre les objectifs définis ci-dessus à travers la collecte de données dans 26 formations sanitaires réparties sur tout le territoire national. Cette étude a permis de répondre aux différentes questions de recherche.

Au plan de l'environnement politique national on note que :

- La GATPA est officiellement recommandée et promue par le MS à travers différents documents de politique et stratégie nationale et aussi à travers les protocoles de santé familiale édités depuis 2003. La définition de la GATPA telle que adoptée par le Bénin est à tout point de vue comparable à celle de la Confédération internationale des Sages-femmes et la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (ICM/FIGO). L'ocytocine est le principal utérotonique choisi par le Bénin pour la réalisation de la GATPA.
- L'enseignement de la GATPA n'est inclus encore dans le cursus de formation des sages-femmes, des infirmières et des médecins dans les écoles de formation publique.
- Depuis 2003, plusieurs séries de formations en cours des médecins, sages-femmes et infirmières sont en train d'être réalisés tant dans le secteur public que le dans le secteur privé du système de santé par le MS.

Au plan de l'environnement politique au niveau des formations sanitaires on note que :

- La liste d'approvisionnement des médicaments avec mention d'ocytocine et d'ergométrine est disponible dans 100% des formations sanitaires.
- Par contre le document « Protocoles des services de santé familiale » précisant les directives cliniques de la GATPA n'est que disponible dans 46% des formations sanitaires.

Au plan de gestion de médicaments et logistiques :

- Bien qu'il existe des postes de vente de médicaments ouverts 24 h sur 24 dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, les médicaments et consommables nécessaires à la GATPA doivent être achetés par les familles avant usage.
- L'ocytocine était conservée à une température entre 2-8 °C dans la majorité des formations sanitaires enquêtées. Il était disponible dans la plupart (92%) des formations sanitaires enquêtées mais vendu à un prix relativement élevé aux femmes.

- Dans la majorité des formations sanitaires la commande des médicaments est basée sur la consommation des mois précédents. Pour bien calculer le besoin avec cette méthode, il faut avoir les bonnes informations sur la consommation et souvent elles sont manquantes ou ne sont pas complètes. Aussi, si la GATPA est une nouvelle pratique dans une formation sanitaire, la consommation sera plus grande que les mois précédents. Par conséquent, cette méthode de quantification expose les formations sanitaires à de fréquentes ruptures de stock.

Au plan de la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires, on observe que :

- Bien que 82,4% des femmes aient accouché dans des formations sanitaires où les prestataires ont été formés à la GATPA, seulement 17,6% des femmes de notre échantillon ont bénéficié d'une pratique correcte de la GATPA.
- L'ocytocine a été correctement administré à 61,2% des femmes, la traction contrôlée du cordon a été correctement réalisée chez 65,2% des femmes et le massage et palpation correctement effectué chez seulement 34,8% des femmes.
- Le principal goulot d'étranglement à la bonne pratique de la GATPA se situe entre la traction contrôlée du cordon et le massage (chute de (65,2% à 34,8%).
- Les plus faibles performances de pratique correcte de la GATPA ont été enregistrées par les centres de santé, les hôpitaux de zone et les centres hospitaliers départementaux (CHD).
- La situation est alarmante dans les départements du Mono-Couffo et de l'Ouémé-Plateau qui n'ont enregistré aucune pratique correcte de la GATPA.
- Les sites pilotes de 2002 sont plus performante que les aux autres sites.

Cette étude a observé aussi un usage quelque exagéré de la technique de la direction du travail d'accouchement par l'ocytocine au niveau des formations sanitaires. Enfin quelques pratiques nuisibles ont été notées. Il s'agit surtout de la pression sur le fonds utérin pour aider la délivrance du placenta, le massage de l'utérus en attendant la délivrance du placenta et la traction sur le cordon sans contre-pression.

Le 18 juillet 2007, la Direction de la Santé Familiale (DSF) et l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) ont invité les décideurs clés (représentants de l'USAID, le MS, les écoles de formation, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF), Population Services International (PSI), le Project Socio-sanitaire Suisse (PSS), Unidea, University Research Corporation URC/QAP, Association des Sages Femmes du Bénin, Antenne Béninoise de la Société de Gynéco-Obstétrique du Bénin et du Togo (SGOBT)) à participer dans une journée de l'initiative

préventive de l'hémorragie du post-partum. Le but de cette journée était d'informer les participants sur l'état de la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires au Bénin et de susciter une réflexion sur les stratégies efficaces pour son renforcement en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. Plusieurs recommandations étaient adoptées pour augmenter la couverture de la GATPA et améliorer sa pratique dans les formations sanitaires.





## INTRODUCTION

### **Prévention des hémorragies du post-partum et problématique de la mortalité maternelle**

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, 529 000 femmes meurent chaque année dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [1,2]. Près de la moitié de ces décès survient en Afrique Sub-saharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales [2]. Avec un ratio estimé à 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la région africaine a la mortalité maternelle la plus élevée du monde. Quoiqu'il existe des variations régionales, le ratio de certains pays est au dessus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que d'autres ont un ratio supérieur à 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, en particulier dans les pays en Afrique Sub-saharienne [2].

Dans le monde, environ 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum est la cause la plus fréquente de décès maternels. L'hémorragie du post-partum immédiat se définit comme une perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (<500 ml) survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement [3]. Elle est responsable de près de 25% de tous les décès maternels. L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum, est imprévisible, soudaine et plus dangereuse chez une femme anémiée. Elle peut conduire à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés. Selon les estimations, il existe chaque année environ 14 millions de cas d'hémorragies liés à la grossesse dont au moins 128 000 décès.

Dans le contexte de mortalité élevée et de ressources limitées, qu'est celui de la plupart des pays de l'Afrique Sub-saharienne, l'introduction de pratiques à faible coût, reposant sur des bases factuelles et pouvant permettre de prévenir l'hémorragie du post-partum (HPP) amélioreront de façon significative, la survie de la mère et du nouveau-né. La gestion active de la troisième période de l'accouchement constitue l'une des interventions à faible coût et efficaces de prévention de l'HPP. Des essais cliniques réalisés dans les pays développés ont démontré que contrairement à la prise en charge physiologique de la troisième période de l'accouchement—dans laquelle les ocytociques ne sont pas utilisés et le placenta est expulsé par la pesanteur et l'effort maternel—la GATPA réduit de façon significative la survenue de l'HPP. Comparée à la GATPA, la prise en charge physiologique est associée à un taux élevé d'hémorragie du post-partum et d'hémorragie sévère du post-partum, un besoin accru de transfusion sanguine, un besoin accru d'administration d'utérotonique à titre thérapeutique et à une durée élevée de la troisième période de l'accouchement. La revue systématique de Cochrane de ces essais a recommandé la GATPA à toutes les femmes devant accoucher d'un enfant dans un hôpital [4].

La GATPA consiste en une gamme d'interventions ayant pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Ses composantes habituelles sont :

- l'administration d'utérotonique
- la traction contrôlée du cordon
- le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta

Cette définition de la GATPA est adoptée par la FIGO, l'ICM et l'OMS. Notons cependant que, cette définition adoptée par la FIGO, l'ICM et l'OMS, diffère quelque peu de celle utilisée dans le protocole originale des essais cliniques de Hinchingsbrooke [4] et Bristol [5]. En effet, le protocole original de ces deux essais cliniques comportait le clampage immédiat du cordon mais n'incluait pas le massage de l'utérus. De même, la déclaration conjointe de la ICM/FIGO [6] et le document intitulé « *Prise en Charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement* » publié par l'OMS en 2002 ne mentionne pas non plus le clampage immédiat du cordon [7].

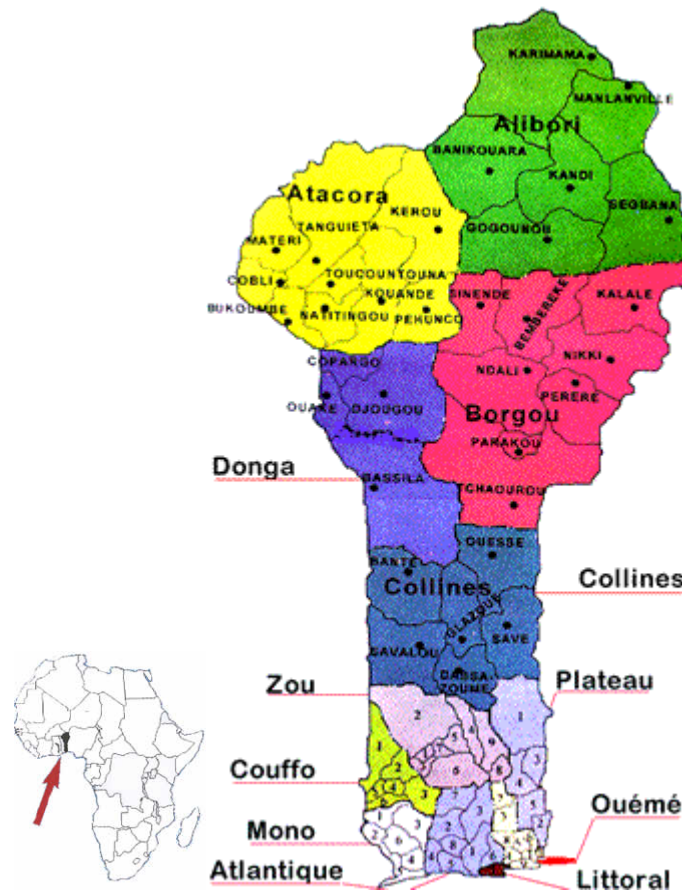
Au regard des preuves axées sur les preuves scientifiques de l'efficacité de cette pratique, l'ICM et la FIGO ont, à travers leur déclaration conjointe de novembre 2003, recommandé que la GATPA soit offerte à toute femme « comme moyen de réduire l'incidence de l'hémorragie du post-partum du à l'atonie utérine » [6]. L'inclusion de la GATPA dans le manuel de l'OMS intitulé « *Prise en Charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement* » [7] témoigne aussi de la reconnaissance internationale de cette pratique comme norme acceptable de soins.

Malgré l'efficacité de la GATPA, les preuves de son utilisation demeurent encore rares. L'évaluation de certains projets faisant la promotion de cette pratique tend le plus souvent à se limiter seulement aux nombres de prestataires formés et au pourcentage de prestataires ayant atteint le niveau de performance acceptable après formation. En dehors des informations anecdotiques, l'utilisation de cette pratique est quelque peu mieux décrite dans le rapport de la recherche publié par le Global Network for Perinatal and Reproductive Health [Réseau mondial de la Santé périnatale et reproductive] [8]. En effet, les données issues de l'étude de 15 structures universitaires obstétricales de référence en pays développés et en pays en développement indiquent une nette variation de l'utilisation de la pratique de la GATPA tant au sein d'une même structure hospitalière qu'entre structures hospitalières. Dans l'ensemble, seulement 25% des accouchements observés ont comporté la pratique de la GATPA. Cette étude a aussi révélé que les trois composantes de la technique n'ont été appliquées de façon consistante que dans seulement un hôpital (Dublin). Par ailleurs, il a été noté de grandes variations au niveau de l'utilisation de ses diverses composantes. Par exemple, l'utilisation prophylactique d'ocytocine a varié de 0% à 100% ; la pratique de la traction contrôlée du cordon a varié de 13% à 100% et enfin le nombre de femmes ayant reçu des doses supplémentaires d'ocytocine pendant la troisième période de l'accouchement a varié de 5% à 100%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation correcte de la GATPA est encore faible. De même, dans les endroits où elle est pratiquée, la définition varie non seulement au sein d'un même pays mais aussi entre pays [9].

## Problématique de la mortalité maternelle au Bénin

### Présentation de la République du Bénin

Le Bénin est un pays situé en Afrique Occidentale et s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 kilomètres (km). Sa superficie est de 114 763 km carrés et il est limité au Nord par la République du Niger et le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par la République Fédérale du Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 km. [10] (Voir Graphique 1.)



Graphique 1 : Carte du Bénin

Au plan administratif, le Bénin dispose de 12 départements depuis le 15 janvier 1999. Le pays compte en outre 77 communes, 566 arrondissements et 3557 villages et quartiers de ville.

Le troisième recensement général de la population et de l'habitat réalisé du 15 février au 1<sup>er</sup> mars 2002 par l'Institut National de la Statistique et d'Analyse Économique (INSAE) a dénombré 6 752 569 habitants [11] avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3%. Les femmes représentent 51,5%. Les femmes en âge de procréer constituent 22% de la population totale. Les principaux indicateurs de santé sont :

- taux de natalité : 41,2 pour 1000 habitants
- indice synthétique de fécondité : 5,5 enfants par femme
- prévalence contraceptive : 18,6 pour 100
- taux de mortalité générale : 12,3 pour 1000 habitants
- ratio de mortalité maternelle : 498 pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité néonatale : 38 pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité infantile : 89 pour 1000 naissances vivantes ;
- taux de mortalité infanto-juvénile : 160 pour 1000 naissances vivantes
- espérance de vie à la naissance : 59 ans

Au plan économique, le Bénin est classé parmi les pays les moins avancés [12]. L'agriculture constitue la base de l'économie béninoise. Le produit intérieur brut par habitant est de 273 641 francs CFA, soit 390 dollars US en 2001 [13].

Le système de santé du Bénin comporte deux grands secteurs : le secteur public et le secteur privé confessionnel et libéral. Le secteur public est bien structuré, alors que le secteur privé est peu organisé et difficilement contrôlé par le Ministère de la Santé.

Le système de santé du secteur public a une structure pyramidale et comprend trois niveaux :

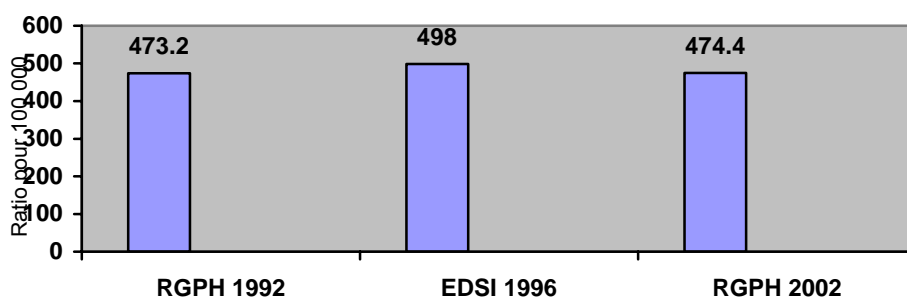
- Le niveau central ou national représenté par le Ministère de la Santé avec ses directions administratives et techniques, les formations sanitaires de référence nationale.
- Le niveau intermédiaire ou départemental représenté par six directions départementales de la santé et des formations sanitaires de référence du niveau départemental.
- Le niveau périphérique ou niveau opérationnel, représenté par 34 zones sanitaires ; la zone sanitaire comporte généralement une à trois communes ; elle comprend un hôpital de zone (HZ), des centres de santé de commune et des centres de santé d'arrondissement. Notons que seulement 13 zones sanitaires sont véritablement fonctionnelles sur les 34 existants.

Le nombre de formations sanitaires recensées en 1998 au Bénin est de 1250 dont 619 publiques et 631 privées [13]. Selon l'enquête démographique de santé de 2001, 76% des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire (public ou privé). Cette même source révèle que 64,8% des accouchements ont lieu dans le secteur public, 11,2% dans le secteur privé et 22,7 % à la maison [14].

Les ressources financières du secteur santé proviennent de trois sources que sont : l'État (budget national), les partenaires au développement (aides bilatérales et internationales) et les communautés (financement communautaire).

## Problématique de la mortalité maternelle

Jusqu'en 1992, la situation réelle du niveau de mortalité maternelle n'était pas bien connue au Bénin. En effet, les seules estimations disponibles jusqu'alors provenaient des sources hospitalières qui ne traduisent guère la réalité au sein de la population. Ce n'est qu'en 1992 qu'à travers le deuxième recensement général de la population et de l'habitat que la première estimation de la mortalité maternelle basée sur des données de population a été publiée [15]. Deux autres estimations du ratio de mortalité ont été publiées en 1996 [16] et en 2002 [11]. Ces estimations ont permis d'apprécier l'impact sur la mortalité maternelle des différentes politiques et stratégies mises en œuvre depuis 1992 dans le domaine sanitaire. En effet, depuis 1992 trois documents de politiques et stratégies de développement du secteur santé ont été mis en œuvre et couvrent les périodes 1993-1996, 1997-2001 et 2002-2006 [17, 18, 19, 20]. Comme le montre le graphique 2, le ratio de mortalité maternelle stagne autour de 473 pour 100 000 naissances vivantes de 1992 à 2002 [21].



RGPH = recensement général de la population et de l'habitat ; EDSI = Enquête démographique et de santé

### Graphique 2 : Évolution du ratio de mortalité maternelle au Bénin (1992-2002)

Alors que la mortalité maternelle marque le pas, la mortalité infantile quant à elle, a sensiblement baissé de 94 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 89 pour 1000 naissances vivantes en 2001 [6]. Ceci constitue probablement la preuve que ces deux problèmes n'ont certainement pas reçu la même attention au cours de la période 1992-2002.

De même l'évaluation nationale des besoins en soins obstétricaux d'urgence (SOU) réalisée en mai 2003 [22] et qui a porté sur l'ensemble des 48 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SOUC) et sur un échantillon aléatoire de 234 sur les 581 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence de base (SOUB) a révélé que:

- Le Bénin dispose de peu de formations sanitaires offrant réellement les SOU.

- Le déficit est surtout préoccupant pour les formations sanitaires offrant les SOU de base: 1,4 au lieu de 4 pour 500 000 habitants.
- Tous les indicateurs d'utilisation des SOU sont au dessous du niveau minimal acceptable : 12,6% au lieu de 15% pour la proportion de naissances survenant dans les établissements de SOU ; 22,9% contre 100% pour les besoins satisfaits en services de soins obstétricaux d'urgence, et 2,6% au lieu de 5% au moins pour le nombre de césariennes rapporté au nombre total de naissances au sein de la population.
- Le taux de létalité obstétricale indiquant la qualité des SOU offerts est de 3,5% au lieu d'être inférieur 1%.

Ces différents faits démontrent l'acuité de la problématique de la mortalité maternelle au Bénin.

### **Mise en œuvre de la GATPA au Bénin**

Grâce à l'appui financier de l'USAID, le Bénin a été l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest à être impliqué dans l'initiative de réduction de la morbidité et la mortalité maternelle dues à l'hémorragie du post-partum par la technique de la GATPA. L'initiative « prévention des hémorragies du post-partum » (PHPP) par la GATPA initiée en 2002 par l'USAID avec l'assistance technique de Prime II (IntraHealth, American College of Nurses and Midwives, EngenderHealth et Abt Associates) est en plein essor au Bénin depuis 2003 à travers des séries de formations à l'intention des prestataires de soins tant du secteur public que privé. Un fait remarquable qui mérite d'être souligné est l'intensification des activités de formation en GATPA même après la clôture des activités de son promoteur Prime II au Bénin en 2006, ceci grâce à une relève dynamique assurée par la Ministère de la Santé à travers la DSF.

La mise en œuvre de l'initiative PHPP par la GATPA a connu trois grandes phases au Bénin :

- Une phase pilote
- Une phase d'extension à 14 nouvelles formations sanitaires à Cotonou
- Une phase de passage à l'échelle nationale

### **Phase pilote**

En 2002, les séries de discussions entre le MS à travers sa DSF et Prime II ont conduit au lancement du projet pilote de l'initiative PHPP au Bénin. Il a été procédé à la formation des formateurs nationaux en GATPA et au choix de sept sites pilotes. Les sites pilotes retenues sont : la Maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO), le Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) d'Akassato, Centre de Santé de Commune (CSC) de Bohicon, le CHD Zou, le CHD Borgou et le CSA de Pébié. Notons que six des sept sites se sont retrouvés dans l'échantillon de cette étude.

En mars-avril 2003, une enquête de base a été réalisée dans ces sites pilotes avec pour objectif de collecter des informations sur la performance actuelle des prestataires des services, la faisabilité et l'acceptabilité de la prévention de l'hémorragie du post-partum à travers la technique de la

GATPA, et les données de base pour le suivi et l'évaluation de l'initiative. La mise en œuvre de l'initiative a effectivement démarré en mai 2003 dans les sept sites pilotes après la formation des prestataires.

En janvier 2004, après six mois de mise en œuvre, cette phase pilote a été évalué avec des résultats encourageants d'une bonne acceptabilité de la GATPA tant par les prestataires que par les femmes.

### ***Phase d'extension à 14 nouvelles formations sanitaires à Cotonou***

En 2004, fort des résultats obtenus dans les sites pilotes, l'initiative a été étendue à 14 nouvelles formations sanitaires de la ville de Cotonou.

### ***Phase de passage à l'échelle***

De 2004 à 2007, sous le leadership de la DSF, de nombreuses formations des prestataires en GATPA ont été organisées au Bénin avec diverses sources de financement, à savoir : Budget National, USAID (Projet ACQUIRE, PROSAF, PSI), Unicef, UNFPA et PSS.

De 2003 à mars 2007, au total 838 prestataires dont 581 sages-femmes (69,2%) ont été formés en GATPA au Bénin. Notons que 62% (21 sur 34) des zones sanitaires sont déjà couvertes par l'initiative PHPP/GATPA. S'il est vrai qu'au début de l'initiative, l'accent avait été mis sur le secteur public, on note de plus en plus une couverture des formations sanitaires privées surtout grâce à l'appui de PS) et de l'Association des Sages femmes du Bénin avec l'appui de l'Initiative sur la Prévention de l'Hémorragie du Post-Partum (POPPHI).

Les acteurs œuvrant actuellement dans le domaine de la PHPP au Bénin sont : le MS, l'UNFPA, le PSI, le PSS, l'Unicef, l'USAID, l'Association des Sages-femmes du Bénin et l'Antenne béninoise de la SGOBT. Ce groupe d'acteurs est désormais renforcé par de nouveaux programmes et projet de l'USAID à savoir : le PISAF, couvrant de façon prioritaire les départements du Zou et des Collines et le Quality Assurance Project couvrant la zone sanitaire d'Aplahoué-Dogbo-Djakotomey (ADD).

### **Justification de l'étude**

Depuis 1997, l'Initiative Maternité à Moindre Risque a déclaré que la mortalité maternelle est un problème de système de santé. La GATPA constitue un aspect de ce système. Elle constitue une intervention mesurable, reposant sur des bases factuelles et susceptibles de sauver la vie des mères. Compte tenu du fait que l'hémorragie du post-partum est la cause majeure de décès maternels dans la plupart des pays, il est impérieux de disposer des informations sur les pratiques actuelles en matière de GATPA en vue de permettre aux pays de concevoir et de mettre des stratégies efficaces et efficaces pour sa promotion dans les sites d'accouchements. C'est dans ce cadre que POPPHI, financée par l'USAID, a entrepris de réaliser en complément aux travaux du « Global Network for Perinatal and Reproductive Health », la présente enquête pour approfondir davantage notre connaissance sur l'état actuel de la pratique de la GATPA.

Cette étude a été réalisée dans plusieurs pays : il s'agit de pays africains (Ghana, Tanzanie, Éthiopie, Ouganda et Bénin), latino-américains (El Salvador, Honduras, Nicaragua, Guatemala) et asiatique (Indonésie). Au Bénin, elle a été financée par le Programme de Gestion Rationnelle des Produits Pharmaceutiques Plus (RPM Plus) du Management Sciences for Health (MSH). En outre, RPM Plus a déjà réalisé de novembre 2005 à février 2006, une revue nationale sur les politiques de gestion pharmaceutique et les directives de la GATPA au Mali, au Bénin, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso. Les conclusions de la présente étude au Bénin viennent compléter les données déjà disponibles notamment dans le domaine de la logistique des médicaments.

La présente étude vise à permettre aux Ministères de la Santé et à leurs partenaires au développement de disposer des informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA et à l'identification des barrières à son utilisation. Elle permettra aussi de disposer des outils et méthode susceptibles d'aider la communauté sanitaire à documenter leur pratique actuelle de la GATPA.

## MÉTHODE

Il s'agit d'une étude visant à évaluer l'utilisation de la technique de la GATPA pendant les accouchements en formations sanitaires dans plusieurs pays dont le Bénin. Les autres pays sont la Tanzanie, l'Ouganda, le Ghana, l'Éthiopie, El Salvador, l'Honduras, le Nicaragua, le Guatemala et l'Indonésie. Le protocole de recherche a été élaboré selon une approche participative en plusieurs étapes qui sont : la tenue en mai 2005 à Washington DC d'une réunion initiale des experts en vue de recueillir des amendements sur le premier brouillon du protocole, suivi en juillet 2005 à Nairobi au Kenya d'un séminaire-atelier de planification et enfin un atelier de planification à Salvador en février 2006 pour raffiner le protocole de recherche et les instruments avant le démarrage effective de la collecte des données à Salvador, Honduras, Nicaragua et Guatemala.

Avant la collecte des données, le protocole de recherche, les instruments de collecte ainsi que les fiches de consentement éclairé ont été revus et approuvés par le comité scientifique sectoriel de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin), le Comité d'éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin) et par le Ministre de la Santé du Bénin. Après cette phase d'approbation au Bénin, le protocole a été soumis au comité d'éthique de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health à Baltimore, Maryland. Ce dernier comité a estimé que le protocole mérite une exemption de revue pour la recherche portant sur les sujets humains car aucun identifiant personnel n'est recueilli au cours de l'enquête ; de plus les procédures observées sont toutes conformes aux normes de soins. Le comité a néanmoins spécifié que le consentement éclairé doit être obtenu non pas dans la salle de travail d'accouchement et la salle d'accouchement mais plutôt en accédant à la formation sanitaire.

### Objectifs de l'étude

Comme déjà mentionné au début de ce rapport, la présente étude vise à permettre aux Ministères de la Santé et à leurs partenaires au développement de disposer des informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA et à l'identification des barrières à son utilisation. Elle permettra aussi de disposer des outils et méthode susceptibles d'aider la communauté sanitaire à documenter leur pratique actuelle de la GATPA.

Les questions de recherche spécifiques de cette étude se présentent comme suit :

1. Pour quelle proportion d'accouchements pratique-t-on la GATPA au niveau national ? Quelles sont les composantes de la GATPA utilisées (utilisation prophylactique d'ocytociques, traction contrôlée du cordon, massage de l'utérus) et comment sont-elles utilisées de façon consistante ?
2. La GATPA est-elle recommandée officiellement dans les protocoles et standards de traitement de chaque pays aux niveaux national et/ou des formations sanitaires ? Depuis quand ? Comment la GATPA est-elle définie selon les normes et standards ?

3. Comment les besoins en médicaments pour la GATPA sont-ils quantifiés au niveau national et au niveau des formations sanitaires ?
4. Quel type de médicament est utilisé (ocytocine, ergométrine, prostaglandines) ? Comment est-il conservé ?
5. Est-ce qu'une quantité suffisante d'ocytocine est disponible au niveau des formations sanitaires pour une utilisation régulière pour la pratique de la GATPA ?
6. Quels sont les principaux obstacles entravant la pratique correcte de la GATPA ?

### **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive visant à atteindre les objectifs définis ci-dessus à travers la collecte de données dans 26 formations sanitaires réparties sur tout le territoire national. La stratégie de collecte de données intègre les quatre techniques suivantes :

- Observation directe des accouchements réalisés dans des formations sanitaires
- Interview avec des informateurs-clés
- Revue de documents relatifs à la formation et à la pratique des accouchements
- Examen de la disponibilité et des conditions de conservation des médicaments utilisés pour la GATPA

### **Échantillonnage des formations sanitaires**

Un échantillon représentatif au niveau national d'environ 200 accouchements ayant lieu dans les formations sanitaires était nécessaire pour atteindre les objectifs de cette étude. La taille de l'échantillon a été calculée sur la base d'une prévalence de 30%, d'un taux de réponse de 90% et d'un effet grappe de deux. Pour des raisons d'ordre logistique et financière, l'échantillon a été restreint aux formations sanitaires effectuant au moins 90 accouchements par mois pour éviter des séjours infructueux dans certaines formations sanitaires. Au Bénin, les 26 formations sanitaires remplissant ce critère ont été initialement sélectionnées avec représentation de 11 départements sur les 12 existants. Mais dans le souci d'avoir une représentation de tous les 12 départements existants, l'une des 26 formations sanitaires a été tirée au sort et remplacée par la formation sanitaire ayant en moyenne, le plus grand volume d'accouchements par jour dans le département non représenté dans l'échantillon initial. Notons que ce sont les statistiques sanitaires de l'année 2004 qui ont servi de base à l'échantillonnage.

À l'issue de l'enquête, 250 accouchements éligibles ont été observés dans les 26 formations sanitaires réparties dans les 12 départements du pays.

Au cours de l'analyse, il a été procédé à une pondération du nombre des accouchements afin d'assurer une représentativité nationale de l'échantillon. Au cas où le nombre d'accouchements observés dans une formation sanitaire au cours de la période de trois jours d'observation ne serait pas proportionnel au nombre annuel d'accouchements dans cette formation sanitaire, la pondération corrigera la sous ou la surreprésentation. Dans ce rapport, tous les tableaux présentent des valeurs pondérées de « *n* ».

## **Collecte des données**

### ***Instruments de collecte de données***

Deux instruments de collecte de données ont été utilisés au Bénin. Il s'agit du questionnaire formations sanitaires et du guide d'observation des accouchements. Ces instruments ont été adaptés à partir de ceux développés et utilisés en Éthiopie et Tanzanie. Ces instruments ont été révisés à Arlington, Virginie, en avril 2006. Après révision, ils ont été traduits de l'anglais en français.

### ***Questionnaire formation sanitaire***

Ce questionnaire a été conçu pour recueillir les informations relatives à l'environnement politique de chacune des informations sanitaires. Les principales données visées sont: l'existence d'une liste d'approvisionnement en médicaments, l'existence de protocoles cliniques incluant la GATPA, la formation en cours d'emploi, l'accessibilité des médicaments et consommables nécessaires à la GATPA, la gestion et la logistique des utérotoniques et consommables. Le remplissage de ce questionnaire a nécessité un entretien avec les responsables des formations sanitaires, les gestionnaires de pharmacie et une visite de la pharmacie de la formation sanitaire. Ces informations ont été collectées par les agents de collecte assignés à chaque formation sanitaire selon leur organisation spécifique.

### ***Guide d'observation des accouchements***

Ce guide a été conçu pour documenter la pratique des prestataires au cours de la troisième période de l'accouchement et au cours des 30 premières minutes de la quatrième période de l'accouchement. Il a été basé sur celui utilisé par Festin et al [8] dans leur étude. En dehors des pratiques des prestataires, ce questionnaire documente la disponibilité des utérotoniques et des consommables ainsi que leur conservation au sein de la formation sanitaire. Ce questionnaire a été rempli par les agents de collecte de données suite à l'observation directe des accouchements durant leur séjour dans les formations sanitaires. Les accouchements éligibles pour l'observation sont tous les accouchements réalisés par voie basse.

### ***Sélection et formation des agents collecte de données***

Dix sages-femmes expérimentées et familiarisées avec la technique de la GATPA ont été sélectionnées par un comité de sélection, parmi les 25 sages-femmes pré-sélectionnées par la DSF. Les principaux critères de choix des agents sont : la bonne maîtrise de la technique de la

GATPA, l'endurance physique et la disponibilité pendant la période de l'étude (congé administratif). Le nombre d'agents à sélectionner a été déterminé sur la base d'une durée moyenne de trois semaines retenues pour réaliser la collecte des données dans les 26 formations sanitaires retenues.

Une fois sélectionnées, ces 10 agents de collecte de données (ACD) ont été contactés par téléphone par le coordonnateur de la recherche pour s'assurer de leur disponibilité effective pour les fins de l'étude.

Les agents recrutés ont suivi une session de formation de trois jours qui s'est déroulée du 19 au 21 octobre 2006 dans la salle de conférence du Programme National de Lutte contre le SIDA au sein du Ministère de la Santé à Cotonou. Cette formation a été techniquement préparée et conduite par le coordonnateur de la recherche assisté de deux personnes ressources de la DSF. Au cours de la formation, les ACD à travers des présentations, des jeux de rôle, des simulations, des pratiques sur mannequin et des discussions ont été orientées sur le but, les objectifs et la finalité de l'étude.

Les deux outils de collecte de données (guide d'observation, questionnaire formations sanitaires) ont fait l'objet d'une étude systématique question par question appuyée de clarifications appropriées. Un pré-test de la recherche a été réalisé en vue de :

- familiariser les agents aux outils de collecte
- apprécier la clarté des outils et l'utilité de chacun des items des instruments
- mesurer la durée moyenne de remplissage de chaque instrument
- apprécier les réactions des prestataires
- tester le modèle d'organisation des équipes sur le terrain

Le pré-test a permis aux agents de se familiariser avec le remplissage des outils de collecte, de renforcer leur compréhension de leur contenu et d'anticiper les conditions dans lesquelles se dérouleront la collecte effective des données.

Pendant la formation, les ACD ont bénéficié de l'assistance technique d'un agent de la Central d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) qui a aidé à élucider les problèmes relatifs à la variété d'ocytocines rencontrés dans les formations sanitaires au cours du pré-test et à leurs conditions de stockage (lumière, température, etc.).

Pendant la formation, nous avons reçu le soutien actif du Bureau USAID du Bénin à travers la visite d'un membre du bureau.

### **Organisation, déroulement et supervision de la collecte de données**

Les 10 ACD recrutés ont été repartis en cinq équipes de deux agents. De plus, les 26 formations sanitaires sélectionnées ont été regroupées en six strates opérationnelles: une strate commune à tous les ACD et cinq strates spécifiques. (Voir Annexe 1.)

Avant le démarrage de l'enquête, tous les matériels de terrain ont été préparés et mis à la disposition de chacune des équipes. En outre, les moyens logistiques ont aussi arrangés et chaque équipe a été dotée d'un matériel roulant en bon état et d'un conducteur de véhicule. Un guide de terrain a été élaboré et mis à la disposition de chaque agent.

Chaque équipe d'agents de collecte a été planifiée pour couvrir cinq à six formations sanitaires durant l'enquête. La durée du séjour dans chaque formation sanitaire est de trois jours, et la durée d'observation des accouchements est de huit heures par jour et par agent.

Pour des raisons d'anticipation d'une résolution prompte des problèmes majeurs éventuels de collecte qui pourraient survenir, il est prévu qu'à la phase initiale de collecte des données, il a été planifié que tous les cinq équipes démarrent l'enquête par la strate opérationnelle commune de formations sanitaires du département du Littoral.

La collecte des données s'est déroulée du 30 octobre au 18 novembre 2006. Elle s'est globalement déroulée de la manière suivante :

- Une première phase de collecte est allée du 30 octobre au 1er novembre au cours de laquelle toutes les équipes ont été concentrées dans le département de Littoral et reparties par équipe de deux agents dans cinq formations sanitaires.
- Une séance de mise en commun a eu lieu au cours de laquelle les problèmes opérationnels rencontrés au cours de cette première phase de collecte ont été débattus. Elle a été tenue le 2 novembre au Ministère de la Santé avant de faire partir les équipes dans leurs départements respectifs.
- Une deuxième phase de collecte de données est allée du 2 au 18 novembre au cours de laquelle chaque équipe a opéré dans les formations à elle assignées.
- Une séance de mise en commun et de revue des fiches remplies a été tenue le 20 novembre au Ministère de la Santé en présence de tous les agents et des superviseurs.

La supervision de l'étude a été assurée par le coordonnateur national de l'étude et des personnes ressources de la DSF. Au cours de ces supervisions, le contrôle de qualité des données recueillies a été régulièrement fait pour leur complétude, leur fiabilité et des corrections sont effectuées en cas de besoin.

## **Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies par le logiciel Epi Info 6 et analysées par le logiciel STATA 9 selon un plan d'analyse élaboré pour atteindre les objectifs de l'étude. Les différentes étapes du traitement des données se résument comme suit :

- vérification des questionnaires
- numérotation des questionnaires
- codage des questionnaires
- double saisie des données
- apurement
- analyse

La vérification des questionnaires a consisté à contrôler l'exhaustivité des questionnaires par formations sanitaires et à vérifier la cohérence et la vraisemblance des réponses recueillies. Elle a été assurée par l'équipe de superviseurs sur les sites de collecte tout le long du déroulement de l'enquête. Les erreurs constatées ont été au fur et à mesure corrigées par les équipes de collecte.

La numérotation des questionnaires a été effectuée selon une stratégie définie par le coordonnateur national de l'étude en évitant toute duplication de numéros. Le codage de certains items non pré-codés des questionnaires a été réalisé au fur et à mesure par les équipes de collecte.

La saisie des données a été réalisée selon l'approche de la double saisie des données à l'aide du logiciel Epi Info 6 à partir d'un masque de saisie élaborée pour cette étude. L'apurement des données saisies a été réalisé à l'aide du logiciel Epi Info 6 puis de STATA 9. L'analyse des données a été essentiellement descriptive et a été réalisée avec le logiciel STATA 9.

Le contrôle de la qualité des données a été fait à quatre niveaux :

- Avant la collecte des données par le choix soigneux des agents de collecte, leur formation et le pré-test des outils
- Pendant la collecte par les superviseurs
- Avant la saisie des données et lors de la numérotation et du codage des fiches remplies
- Après la saisie des données et au cours de l'analyse des données

## **ENVIRONNEMENT POLITIQUE**

### **Environnement politique national**

#### ***Directives des Standards de Traitement***

Au Bénin, le document intitulé « Protocoles des services de santé familiale, Volet Femme » édité par la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé grâce à l'appui financier de l'USAID et avec l'assistance technique de IntraHealth constitue le document de référence nationale en matière de santé de la reproduction. La première version de ce document a été éditée en novembre 2002. Mais c'est la version révisée du 23 décembre 2003 qui mentionne largement la GATPA. Ceci peut s'expliquer par le fait que la GATPA n'a été introduit au Bénin qu'en 2003.

#### ***Liste Nationale de Médicaments Essentiels***

La Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) (janvier 2003) décrit l'ocytocine 10 UI/ml et 5 UI/ml, et l'ergométrine comprimé 0.2 mg ; injectables : 0.2mg/ml et 0.5mg/ml dans la rubrique ocytocique. Elle est renouvelable tous les deux ans. La version la plus récente du Formulaire National des Médicaments Essentiels (1993) disponible ne décrit pas l'usage des ocytociques pour les HPP et la GATPA [25].)

#### ***Formation initiale et formation en cours d'emploi en GATPA***

A l'heure actuelle l'enseignement de la GATPA n'est inclus dans le cursus de formation des sages-femmes, des infirmières et des médecins dans les écoles de formation publique. Cependant, depuis 2003, la GATPA a été introduite au Bénin et plusieurs séries de formations en cours des médecins, sages-femmes et infirmières sont en train d'être réalisés tant dans le secteur public que dans le secteur privé du système de santé par le Ministère de la Santé.

### **Environnement politique au niveau des formations sanitaires**

Les formations sanitaires (FS), tant publiques que privées, quelque soit le niveau auquel elles se situent dans le système de santé d'un pays (périphérique, intermédiaire ou national) ont un rôle prépondérant à jouer dans la mise en œuvre de l'initiative de la prévention des hémorragies du post-partum par la technique de la GATPA. En effet, l'interface communauté – formation sanitaire constitue le lieu privilégié où se joue le pronostic vital des femmes et des nouveau-nés présentant une complication ou non. Les formations sanitaires constituent le maillon du système de santé qui détermine de par leur niveau de performance, la survie et le bien être des mères et des nouveau-nés. La performance des formations sanitaires en GATPA dépend entre autres des politiques mises en place, des ressources humaines et matérielles disponibles, de la gestion et logistique des médicaments utérotoniques et de l'accès des femmes aux services.

Nous présentons dans ce chapitre, l'environnement politique constaté au niveau des formations sanitaires enquêtées, spécifiquement leurs caractéristiques, l'existence de liste d'approvisionnement en médicaments, la disponibilité de protocoles cliniques, l'accessibilité des médicaments nécessaires à la GATPA et la gestion et la logistique des utérotoniques.

### **Caractéristiques des formations sanitaires**

Le type de formation sanitaire, le secteur d'administration, le contexte géographique, le contexte administratif (département<sup>1</sup> et zone sanitaire), le volume des accouchements, la taille du personnel accouchant, et la formation en GATPA sont des caractéristiques qui peuvent influencer la performance en GATPA. Ces différentes caractéristiques sont ici étudiées afin de les relier, par la suite, à la pratique de la GATPA au Bénin.

Le tableau 1 présente la répartition (en pourcentage) des formations sanitaires de l'échantillon selon les variables suivant : type de formation sanitaire, secteur d'administration, contexte géographique, contexte administratif, volume des accouchements, taille du personnel accouchant et formation en GATPA.

Ce tableau montre que la moitié (50%) des formations sanitaires est représentée par les centres de santé suivi par les hôpitaux de zone (HZ) (30%), les CHD (11,5%) et les structures nationales (7,7%). Cette répartition des formations sanitaires dans l'échantillon est similaire à celle observée au niveau national. Par centre de santé, nous avons regroupé ici les CSC, les CSA et les formations privées non hospitalier contenu dans l'échantillon.

Ce tableau montre aussi que la grande majorité des formations sanitaires est publique et située en zone urbaine. Le département de l'Atlantique-Littoral est fortement représenté dans l'échantillon compte du fait beaucoup de formations sanitaires à haut volume d'accouchement sont situées à Cotonou. Par ailleurs, sur les 34 zones sanitaires que comptent le Bénin, 14, soit 41%, sont représenté dans l'échantillon. Au Bénin, la zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Un peu de la moitié (57,7%) effectuent entre 1000 et 2000 accouchements par an et une très faible proportion (7,7%) a plus de 20 prestataires assurant les accouchements.

En qui concerne la GATPA, ce tableau indique que la grande majorité (80,8%) des structures sanitaires enquêtées a été formé en GATPA entre 2003 et 2006.

---

<sup>1</sup> Les départements sont ici présentés selon l'ancienne subdivision qui est toujours en vigueur.

**Tableau 1 : Répartition des formations sanitaires enquêtées par quelques caractéristiques clés**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Type de formation sanitaire</b>		
Hôpital National de référence	2	7,7
CHD	3	11,5
Hôpital de Zone	8	30,8
Centre de santé	13	50,0
Total	26	100,0
<b>Secteur</b>		
Privé	3	11,6
Public	23	88,4
Total	26	100,0
<b>Contexte géographique</b>		
Rural	2	7,7
Urbain	24	92,3
Total	26	100,0
<b>Département</b>		
Borgou-Alibori	2	7,7
Atacora-Donga	2	7,7
Mono-Couffo	2	7,7
Zou-Collines	4	15,4
Ouémé-Plateau	5	19,2
Atlantique-Littoral	11	42,3
Total	26	100,0
<b>Niveau système sanitaire</b>		
Zone sanitaire	21	80,8
FS Départementales	3	11,5
FS Nationales	2	7,7
Total	26	100,0
<b>Accouchement par an</b>		
<1000	4	15,4
1000-1999	15	57,7
2000 et plus	7	26,9
Total	26	100,0
<b>Nombre total d'agents assurant les accouchements dans cette FS (Q105)</b>		
<10	11	42,3
10-19	13	50,0
20 et plus	2	7,7
Total	26	100,0
<b>Formation en GATPA</b>		
Non	21	19,2
Oui	5	80,8
Total	26	100,0

### **Existence de liste d'approvisionnement en médicaments**

L'injection d'un médicament utérotonique immédiatement après la naissance du bébé est l'une des interventions les plus importantes utilisées pour prévenir les HPP. Ceci amène à s'assurer de l'inclusion des médicaments utérotoniques non seulement sur la liste nationale des médicaments essentiels du pays mais aussi et surtout sur la liste d'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires.

Comme l'indique le tableau 2, toutes les formations sanitaires enquêtées disposent de liste d'approvisionnement en médicaments qui mentionnent dans leur ensemble l'ocytocine et l'ergométrine. Par contre, le misoprostol n'est mentionné que dans un peu moins de la moitié (42%) des formations sanitaires et le syntométrine dans aucune structure sanitaire.

**Tableau 2 : Pourcentage des FS disposant de liste d'approvisionnement en médicaments et d'utérotoniques mentionné sur la liste**

<b>Liste d'approvisionnement et mention d'utérotoniques</b>	<b>Nombre de FS (N = 26)</b>	<b>%</b>
<b>Disponibilité de liste d'approvisionnement en médicaments</b> Liste disponible	26	100
<b>Mention d'utérotoniques sur la liste</b>		
Ocytocine Oui	26	100
Ergométrine Oui	26	100
Syntométrine Oui	0	0
Misoprostol Oui	11	42,3

### **Existence de protocoles cliniques**

L'une des questions de recherche de cette étude est de savoir si la GATPA est recommandée officiellement dans les protocoles de soins au niveau des formations sanitaires. Comme le montre le tableau 3, les protocoles de services de santé familiale existe dans un peu plus de moitié (53,9%) des formations sanitaires enquêtées. Mais, c'est seulement dans 46% des formations sanitaires que les protocoles de service a mentionné spécifiquement la GATPA. En ce qui concerne les trois composantes de la GATPA :

- L'utilisation d'ocytocine, d'ergométrine, de syntométrine et de misoprostol, de même que leur mode d'administration, est mentionné dans toutes les formations sanitaires dont le protocole des services de santé familiale a mentionné la GATPA.

- L'ocytocine, a été mentionné dans toutes les formations sanitaires comme utérotonique de première intention. Il est administré par voie intramusculaire (IM) et à la dose de 10 UI.
  
- La traction contrôlée du cordon et le massage de l'utérus sont aussi mentionnés dans toutes les formations sanitaires dont le protocole des services de santé familiale mentionné la GATPA.

La seule restriction à la GATPA au niveau des prestataires est la non-formation à la technique.

Le document de protocole retrouvé dans les formations sanitaires enquêtées est le document intitulé « Protocoles des services de santé familiale, Volet Femme » édité par la DSF du Ministère de la Santé grâce à l'appui financier de l'USAID et avec l'assistance technique d'Intrahealth. La GATPA n'est mentionné qu'en la version du 23 décembre 2003. La version de novembre 2002 n'en pas fait mention. Ceci se comprend aisément dans la mesure où la GATPA n'a été introduit dans les formations sanitaires du Bénin qu'en 2003.

Le tableau 4 examine la disponibilité de protocole de services de santé selon les caractéristiques des formations sanitaires. Il ressort de l'analyse de ce tableau qu'il existe une différence marginalement significative ( $p < 0,05$ ) entre le secteur public comparé au secteur privé en ce qui concerne la disponibilité de protocoles de service de santé : la situation semble plus inquiétante dans les formations sanitaires du secteur privé.

**Table 3 : Répartition des FS selon la disponibilité de protocoles cliniques et de la mention de certaines composantes**

<b>Disponibilité de protocoles et mention de certaines composantes</b>	<b>Nombre de FS</b>	<b>%</b>
<b>Existence de protocoles ou standards cliniques pour travail d'accouchement</b>	14	53,9
Oui	12	46,1
Non	26	100,0
Total		
<b>Mention spécifique de la prise en charge active du 3<sup>e</sup> stade du travail</b>	12	46,2
Oui	2	7,6
Non	12	46,2
Pas applicable (FS ne disposant pas de protocoles)	26	100,0
Total		

<b>Disponibilité de protocoles et mention de certaines composantes</b>	<b>Nombre de FS</b>	<b>%</b>
<b>Mention spécifique de l'utilisation d'ocytocine?</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (FS ne disposant pas de protocoles + FS dont protocoles ne mentionnent pas GATPA)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention spécifique de l'utilisation d'ergométrine</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem coi dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention spécifique de l'utilisation de syntométrine</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention spécifique de l'utilisation de misoprostol</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention spécifique de la traction contrôlée du cordon</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention spécifique du massage du fond utérin</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total Pas applicable (Idem ci dessus)</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Mention de l'administration de l'utérotonique</b>		
Oui	12	46,2
Non	0	0
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Utérotonique de première intention</b>		
<b>Première intention</b>		
Ocytocine	12	46,2
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Voie d'administration</b>		
IM	12	46,2
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Dose</b>		
10UI	12	46,2
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>
<b>Restriction au niveau des prestataires</b>		
Prestataire non formé	12	46,2
Pas applicable (Idem ci dessus)	14	53,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 4 : Pourcentage des FS selon la disponibilité de protocole et les caractéristiques des formations sanitaires**

Caractéristiques	% de « oui »	Effectif des FS	Nombre total FS	P
<b>Type de formation</b>				0,409
Hôpital national de référence	50,0	1	2	
CHD	66,7	2	3	
Hôpital de Zone	75,0	6	8	
Centre de Santé	38,4	5	13	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Département</b>				0,396
Atacora-Donga	0,0	0	2	
Atlantique-Littoral	45,5	5	11	
Borgou-Alibori	50,0	1	2	
Mono-Couffo	100,0	2	2	
Ouémé-Plateau	60	3	5	
Zou-Collines	75	3	4	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0,892
FS Zones sanitaires	52,4	11	21	
FS Départementales	66,7	2	3	
FS Nationales	50,0	1	2	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0,047
Public	60,9	14	23	
Privé	0,0	0	3	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Contexte géographique</b>				0,910
Urbain	54,2	13	24	
Rural	50,0	1	2	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Formation GATPA</b>				0,490
Oui	57,1	12	21	
Non	40,0	2	5	
Ensemble	53,9	14	26	
<b>Volume d'accouchements</b>				0,972
<1000	50,0	2	4	
1000-1999	53,3	8	15	
2000 et plus	57,1	4	7	
Ensemble	53,9	14	26	

### **Accessibilité des médicaments et consommables nécessaires à la GATPA**

Le manque d'accessibilité des parturientes aux utérotoniques et aux consommables nécessaires à la GATPA peut constituer un obstacle entravant la pratique correcte de la GATPA. Le tableau 5 présente les modalités d'accès aux utérotoniques et consommables dans les formations sanitaires enquêtées. Ce tableau montre que les femmes ou leurs familles doivent acheter les seringues et les utérotoniques dans presque la totalité des formations sanitaires enquêtées. Mais il existe des pharmacies ou dépôts de médicaments fonctionnant 24 heures sur 24 dans l'ensemble des 26 formations sanitaires dans lesquelles les femmes ou leurs familles peuvent acheter les produits prescrits.

**Tableau 5 : Pourcentage des FS ayant répondu par oui pour les modalités d'accessibilité des médicaments et consommables**

<b>Modalités d'accès aux médicaments et consommables</b>	<b>Nombre de FS</b>	<b>%</b>	<b>Nombre total de FS</b>
Achat de seringues par les familles Oui	25	96,2	26
Achat de médicaments utérotoniques par les familles Oui	24	92,3	26
Existence de pharmacie ou dépôt de médicaments sur place dans la FS Oui	26	100	26
Modalité d'obtention des médicaments et les consommables lorsque la pharmacie ou le dépôt de la FS est fermé Ouvert 24h sur 24	26	100	26

## GESTION DE LA LOGISTIQUE DES MÉDICAMENTS UTÉROTONIQUES

La FIGO et l'ICM dans leur déclaration conjointe recommandent que la GATPA soit offerte à toute femme « comme moyen de réduire l'incidence de l'hémorragie du post-partum due à l'atonie utérine ». Cependant, la mise en œuvre de cette recommandation nécessite la disponibilité permanente de médicaments utérotoniques de bonne qualité dans les formations sanitaires où s'effectuent les accouchements. Ceci soulève la problématique de la gestion de la logistique des produits utérotoniques dans le pays en général et dans formations sanitaires en particulier.

### Gestion des stocks à la CAME<sup>2</sup>

« L'approvisionnement et les achats des médicaments ocytotiques se font à la suite d'un appel d'offre international ouvert comportant les besoins exprimés sur deux années et ce conformément à la Liste nationale des médicaments essentiels. Les commandes sont ensuite fractionnées en fonction des besoins et des disponibilités financières. Le misoprostol dont l'utilisation est restreinte aux médecins gynécologues, était en stock à la CAME alors qu'il ne figure pas sur la liste des médicaments essentiels et n'est pas enregistré à la [Direction de la Pharmacie et des Médicaments] DPM.

En générale, le stock est géré sur des fiches avec un suivi informatique selon les bonnes pratiques de gestion des stocks (premier-périmé-premier-sorti, ou PPPS). Des ruptures fréquentes subsistent en raison des délais parfois longs des livraisons, mais surtout de l'expression des besoins ne tenant pas compte du feed-back quantitatif des centres de santé périphériques. Il manque une définition d'un stock spécifique de médicaments pour la PHPP, car les ocytotiques sont encore largement utilisés par les sages-femmes pour le déclenchement du travail lors des accouchements.

La CAME dispose d'une chambre froide qui assure une température comprise entre +2 °C et +8 °C. Au moment de la visite, la température affichée était de 7 °C compatible avec les conditions de conservation prescrites par le fournisseur. La disposition des produits dans la chambre froide est faite sur des palettes sans regroupement des produits ocytotiques ; cela ne facilite pas le respect de la règle du premier-entré-premier-sorti (PEPS) et augmente le risque d'avoir les produits périmés. Il faut avoir un système d'enregistrement de la température de la chambre froide même si le personnel assure une surveillance de l'affichage des températures.

La distribution des utérotoniques de la CAME aux dépôts régionaux ou de district se fait en système « pull » ou basé sur les réquisitions, en respectant la chaîne de froid par l'utilisation de glacières munis d'accumulateurs. Autrement, les formations sanitaires sont responsables à déterminer la quantité des produits nécessaires et pour la livraison des commandes de dépôt jusqu'à leur formation sanitaire.

---

<sup>2</sup> Cette section a été tiré du rapport de la revue de la politique et des procédures d'utilisation des ocytotiques réalisée par RPM plus au Bénin. [25]

Le contrôle de qualité est constitué par les analyses portant sur l'identification du principe actif et la détermination du titre, effectuées sur les médicaments à la réception des commandes mais rarement après la distribution aux centres de santé. »

### **Dosage, présentation des utérotoniques et dose recommandé pour la GATPA**

Le tableau 6 présente la répartition des formations selon l'unité, et dosage et la présentation des utérotoniques. Il montre aussi la dose recommandée pour la GATPA selon les différents utérotoniques.

Notons que certains utérotoniques ne sont pas vendus dans un nombre de formations sanitaires : par exemple l'ocytocine n'est vendu que dans 24 sur 26, l'ergométrine dans 17 sur 26 et le misoprostol dans 6 sur 26. Le misoprostol, en effet, ne figure pas encore sur la LNME du Bénin [23]. De plus depuis l'introduction de la GATPA au Bénin, l'ergométrine est de moins en moins utilisé au Bénin.

Le tableau 6 montre que l'ocytocine est l'utérotonique le plus répandu dans les formations sanitaires enquêtées. Le dosage de 10 UI/ml en ampoules injectables a été la forme la plus rencontrée dans la majorité des structures sanitaires enquêtées. L'ocytocine est d'ailleurs l'utérotonique recommandé pour la GATPA au Bénin. La dose recommandée pour la GATPA est de 10 UI/ml en IM. Cette dose d'ocytocine est la même recommandé par la FIGO et l'ICM dans leur déclaration conjointe [6].

**Tableau 6 : Répartition des formations sanitaires selon l'unité, le dosage et la présentation des utérotoniques et selon la dose recommandée pour la GATPA**

Utérotoniques	Nombre de FS	%
<b>Ocytocine</b>		
Unité et dosage		
5 UI/ml	3	11,5
10 UI/ml	21	80,8
20 UI/ml	0	0,0
Non vendu	2	7,7
Ensemble	26	100,0
Présentation		
Ampoules	24	92,3
Autres	0	0,0
Pas applicable (Non vendu)	2	7,7
Ensemble	26	100,0
Dose recommandé pour GATPA		
5 UI/ml	0	0,0
10 UI/ml	24	92,0
20 UI/ml	0	0,0
Pas applicable (Non vendu)	2	7,7
Ensemble	26	100,0
<b>Ergométrine</b>		
Unité et dosage		
0,2 mg/ml	7	26,9
0,25mg/m	1	3,9
0,4mg/ml	0	0,0
0,5 mg/ml	9	34,6
Non vendu	9	34,6
Ensemble	26	100,0
Présentation		
Ampoules	16	61,5
Comprimés	1	3,9
Pas applicable (Non vendu)	9	34,6
Ensemble	26	100,0
<b>Misoprostol</b>		
Unité et dosage		
100 µg	1	3,9
200 µg	5	19,2
600 µg	0	0,0
800 µg	0	0,0
1000 µg	0	0,0
Non vendu	20	76,9
Ensemble	26	100,0
Présentation		
Comprimés	6	23,1
Autres	0	0,0
Pas applicable (Non vendu)	20	76,9
Ensemble	26	100,0

## **Condition de conservation des utérotoniques dans les pharmacies des formations sanitaires**

Le tableau 7 montre la répartition des FS selon les conditions de stockage de température et de lumière des utérotoniques retrouvées dans les pharmacies. L'examen de ce tableau montre que l'ocytocine est conservée à une température entre 2 et 8 °C dans la majorité des formations sanitaires enquêtées. Il est conservé dans la température ambiante dans près d'un cinquième des formations sanitaires. Quant à l'ergométrine, il est conservé à une température entre 2 et 8 °C dans un peu plus du tiers des formations sanitaires enquêtées, et dans la température ambiante dans près d'un cinquième des formations sanitaires.

L'ergométrine est de moins en moins utilisé dans les FS du Bénin. Il n'est pas disponible dans 42% des FS enquêtées. Ce fait rend difficile l'appréciation des conditions de conservation selon la lumière. Cependant, on peut noter que dans la grande majorité des FS disposant d'ergométrine (13 sur 15 FS), il est conservé dans l'obscurité.

Nous n'avons pas étudié les conditions de conservation du misoprostol, compte de sa rareté dans les FS enquêtées.

**Tableau 7 : Répartition des FS selon les conditions de stockage de température et de lumière des utérotoniques dans les pharmacies**

Conditions de conservation	Utérotoniques	
	Ocytocine (%) n = 26	Ergométrine % n = 26
Conditions de température dans la pharmacie		
2-8 °C	61,5	38,5
<15 °C	0,0	0,0
15-25 °C	11,6	3,8
Température ambiante ou dans glacière	19,2	19,2
Aucun disponible (non vendu)	7,7	38,5
Conditions de lumière dans la pharmacie		
Dans l'obscurité	84,6	50,0
À la lumière du jour, à l'abri du soleil direct	7,7	7,7
Au soleil direct	0,0	0,0
Autre (spécifier):	0,0	0,0
Aucun disponible lors de la visite (non vendu)	7,7	42,3

### **Conditions de conservation des utérotoniques recommandée par le fabricant**

Le tableau 8 présente pour les produits utérotoniques retrouvés dans les pharmacies des FS visités, les conditions de conservation (température et lumière) recommandées par le fabricant. De l'examen de ce tableau, il ressort une absence d'harmonisation de recommandations entre les fabricants étant donné les conditions de conservation des utérotoniques. Par exemple, pour l'ocytocine la température de conservation recommandée par le fabricant est entre 2 et 8 °C dans

50% des FS et entre 15 et 25 °C dans 27%. Dans 15% des FS, il n'a pas été possible d'apprécier les conditions de conservation de température recommandée par le fabricant parce que les boîtes sur lesquelles ces instructions sont en général inscrites n'ont pas été vues par les observateurs au cours de leur visite. Ce même constat de non harmonisation de conservation est aussi noté pour l'ergométrine.

En ce qui concerne les conditions de lumière pour lesquelles l'ergométrine est sensible [24], aucune indication n'a été indiquée dans 8% des FS. Dans 12% des FS, il n'a pas été possible d'apprécier les conditions de conservation de lumière recommandée par le fabricant parce que les boîtes sur lesquelles ces instructions sont en général inscrites n'ont pas été vues par les observateurs au cours de leur visite.

**Tableau 8 : Répartition des FS selon les conditions de stockage de température et de lumière des utérotoniques recommandées par les fabricants**

Conditions de conservation	Utérotoniques	
	Ocytocine (%) n = 26	Ergométrine % n = 26
Conditions de température recommandée par le fabricant :		
2-8 °C	50,0	50,0
<15 °C	0	0
15-25 °C	26,9	0
Boîte non vue au cours de la visite	15,4	15,4
Pas applicable (non vendu)	7,7	34,6
Conditions de lumière recommandées par le fabricant		
Non indiqué	15,4	7,7
Mettre à l'abri de la lumière	76,9	46,2
Boîte non vue au cours de la visite	0,0	11,5
Pas applicable (non vendu)	7,7	34,6

***Respect des conditions de conservation des utérotoniques recommandées par le fabricant***

Le respect par les pharmacies des conditions de température recommandée par le fabricant pour l'ocytocine n'a pu être apprécié que dans les 20 FS disposant d'ocytocine et avec mention des recommandations du fabricant relatives aux conditions de température. Les résultats obtenus sont :

- Dans 13 pharmacies où le fabricant a recommandé une température de conservation de l'ocytocine entre 2 et 8 °C, 11 soit 85% ont respecté les instructions du fabricant.
- Dans 7 pharmacies où le fabricant a recommandé une température de conservation de l'ocytocine entre 15 et 25 °C, 3 soit 43% ont respecté les instructions du fabricant (voir détail en Annexe 2).

Le respect par les pharmacies des conditions de température recommandée par le fabricant pour l'ergométrine n'a pu être apprécié que dans les 13 FS disposant d'ergométrine et avec mention des recommandations du fabricant relatives aux conditions de température. Les résultats obtenus sont :

- Dans 12 pharmacies où le fabricant a recommandé une température de conservation de l'ergométrine entre 2 et 8 °C, 12 soit 100% ont respecté les instructions du fabricant (voir détail en Annexe 2).
- Notons que dans une formation sanitaire, il n'avait aucune indication des recommandations du fabricant sur les conditions de lumière.

### **Disponibilité des utérotoniques dans les formations sanitaires et dans la salle d'accouchement**

Nous avons recueilli les données relatives à la disponibilité de médicaments au moment de la visite et la quantité disponible. Comme l'indique le tableau 9, l'ocytocine est disponible dans la plupart (92%) des formations sanitaires enquêtées. Près de la moitié (46%) des formations sanitaires dispose entre 101 à 500 ampoules d'ocytocine au moment de la visite. Quant à l'ergométrine, il est disponible dans un peu plus de la moitié (54%) des formations sanitaires au moment de la visite.

**Tableau 9 : Disponibilité des produits utérotoniques**

Disponibilité des utérotoniques	Médicaments utérotoniques		
	Ocytocine (%) n = 26	Ergométrine (%) n = 26	Misoprostol (%) n = 26
<b>Médicament disponible au moment de la visite</b>			
Oui	92,3	53,8	19,2
Non	7,7	46,2	80,8
<b>Quantité de médicaments disponibles au moment de la visite</b>			
0	0,0	0,0	3,8
1-100	19,2	26,9	3,8
101-500	46,2	26,9	7,7
>500	29,9	0,0	3,8
Pas applicable (non disponible)	7,7	46,2	80,9
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0

Le tableau 10 montre que l'ocytocine était disponible en salle d'accouchement pour plus des trois quarts (77,6%) des accouchements observés. Mais l'ocytocine n'a été conservé réfrigéré que pour un cinquième (21,6%) des accouchements.

Les ampoules d'ocytocine non conservée dans le réfrigérateur n'ont été mises dans l'obscurité que dans 4% des accouchements. Les aiguilles et seringues étaient disponibles lors de 79% des accouchements.

**Tableau 10 : Répartition des modalités de gestion de l'ocytocine et des consommables**

<b>Modalités de Gestion</b>	<b>Nombre d'accouchements (n = 250)</b>	<b>%</b>
<b>Ocytocine</b>		
Disponibilité d'ocytocine en salle d'accouchement	194	77,6
Oui	56	22,4
Non		
Conservation dans le réfrigérateur		
Oui	54	21,6
Non	140	56,0
Non disponible	56	22,4
Protection contre la lumière		
Dans l'obscurité	9	3,6
A la lumière du jour, à l'abri du soleil direct	85	34,0
Au soleil direct	0	0,0
Autre	46	18,4
Non disponible	56	22,6
Pas applicable	54	21,6
Quantité d'ampoule d'ocytocine au réfrigérateur		
<=2	35	14,0
3-20	14	5,6
21- 84	5	2,0
Pas applicable	196	78,4
<b>Seringue</b>		
Disponibilité de seringues en salle d'accouchement	195	78,0
Oui	55	22,0
Non		
Quantité de seringues en salle d'accouchement		
0	55	22,0
1-3	170	68,0
4-10	25	10,0
<b>Aiguille</b>		
Disponibilité d'aiguilles en salle d'accouchement	197	78,8
Oui	53	21,2
Non		
Quantité d'aiguilles en salle d'accouchement		
0	54	21,6
1-3	168	67,2
4-10	28	11,2

### **Consommation des utérotoniques dans les formations sanitaires**

Le manque de fiabilité des données relatives au nombre total d'ampoules d'utérotoniques consommées au cours des trois derniers mois dans la plupart des formations sanitaires, nous a conduit à décider de ne pas inclure ces données dans ce rapport. En effet dans la plupart des formations sanitaires on a noté une discordance entre les quantités de consommation enregistrées au niveau des pharmacies et celles vraisemblablement utilisées dans les salles d'accouchement en tenant compte des déclarations des prestataires et du volume des accouchements.

### **Prix d'achat et prix de cession des utérotoniques**

Le tableau 11 montre que l'ocytocine, utérotonique de choix pour la GATPA au Bénin, coûte en moyenne 50 FCFA (\$0,1) (\$1 = 500 FCFA) l'ampoule. Cependant, il est cédé quatre fois plus chères (200 FCFA soit \$0,4) aux femmes dans la plupart des formations sanitaires enquêtées. Cette marge bénéficiaire de près 300% pour un produit essentiel à une intervention devant sauver la vie des femmes qui pour la plupart ont un niveau socio-économique bas pourrait constituer une barrière à l'offre de la GATPA.

**Tableau 11 : Prix d'achat et prix de cession des utérotoniques**

Prix des produits utérotoniques (FCFA)	Médicaments utérotoniques		
	Ocytocine (%) n = 26	Ergométrine (%) n = 26	Misoprostol (%) n = 26
<b>Prix d'achat (par ampoule) pour l'établissement</b>			
<=50	69,3	0,0	
51-100	11,5	23,1	
>100	11,5	30,8	11,5
Pas applicable	7,7	46,1	88,5
Moyenne	50	103	280
<b>Prix de cession par ampoule aux patientes</b>			
<=200			
>200	69,2	34,6	
Pas applicable	19,3	15,4	19,2
	11,5	50,0	80,8
Moyenne (	200	200	400
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0

### **Quantification des utérotoniques**

La quantification des médicaments à commander pose un problème dans les formations sanitaires enquêtées. En effet, comme le montre le tableau 12, dans la majorité des formations sanitaires la commande des médicaments est basée sur la consommation des mois précédents. À bien calculer le besoin utilisant cette méthode, il faut avoir les bonnes informations sur la consommation. Aussi, si la GATPA est une nouvelle pratique dans une formation sanitaire, la

consommation actuelle sera plus grande que les mois précédents. Par conséquent, cette méthode de quantification des besoins en médicaments expose les formations sanitaires au risque de ruptures de stock du fait des variations fréquentes observées dans les consommations mensuelles.

**Tableau 12 : Détermination de la quantité des médicaments à commander**

Modalités	Médicaments utérotoniques	
	Ocytocine (%) n = 26	Ergométrine (%) n = 26
Commande basée sur la consommation des mois précédents, processus sous le contrôle des FS	76,9	42,4
Médicaments fournis par le niveau central sans qu'aucune commande ne soit lancée par les FS		
Commande lancée quand la FS ne dispose plus de médicaments	0,0	3,8
Quantité pré-déterminée par le niveau central ; les FS décide de quand lancer la commande	3,8	3,8
Autre	0,0	0,0
Pas applicable	11,6	15,4
Total	7,7	34,6
	100,0	100,0

### ***Ruptures de stock et raisons***

Une rupture de stock d'au moins huit jours a été observée dans 34,6% des formations sanitaires au cours des trois derniers mois (tableau 13). La raison principale de rupture donnée par les FS était une rupture de stock chez le principal fournisseur que constitue la CAME.

**Tableau 13 : Rupture de stock en produits utérotoniques**

	Médicaments utérotoniques	
	Ocytocine(%) n = 26	Ergométrine(%) n = 26
<b>Nombre de jours de rupture de stock</b>		
0 jours	57,7	42,3
Au moins 8 jours	34,6	15,5
Non applicable	7,7	42,2
<b>Raisons de rupture de stock</b>		
Rupture de stock chez le fournisseur	42,3	7,7
Pas applicable	57,7	92,3
<b>Total</b>	100,0	100,0



## PRATIQUE DE LA GATPA DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Depuis 2003, la GATPA est en train d'être mise en œuvre au Bénin et environ 838 prestataires (sages-femmes, infirmières et médecins) ont été déjà formés. S'il est vrai que la formation est nécessaire à la pratique de la GATPA, il n'en demeure pas moins vrai que seule l'utilisation correcte de cette pratique garantit l'impact de prévention de l'hémorragie du post-partum escompté – d'où l'importance de se poser les questions suivantes :

- Pour quelle proportion d'accouchements pratique-t-on la GATPA au niveau national ?
- Quelles sont les composantes de la GATPA utilisées ?
- Comment sont-elles utilisées de façon consistante ?

Ce chapitre présente les résultats de l'observation des accouchements dans les formations sanitaires du Bénin et s'articule autour des points suivants :

- Caractéristiques des formations sanitaires et des femmes de l'échantillon
- Pratique de la GATPA
- Analyse de la période de la délivrance
- Pratiques potentiellement nuisibles

### Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon

Le type de formation sanitaire, le secteur d'administration, le contexte géographique, le contexte administratif (Département et Zone Sanitaire), la qualification de l'accoucheur et la formation en GATPA sont des caractéristiques qui peuvent influencer la pratique de la GATPA. Ces différentes caractéristiques sont ici étudiées afin de les relier, par la suite, à la pratique de la GATPA au Bénin.

Le tableau 14 montre que plus de la moitié (57,2%) des accouchements ont eu lieu dans les centres de santé (CSC, CSA, et les formations privées non hospitalier contenues dans l'échantillon). Ce tableau montre également que la grande majorité des accouchements a été réalisée dans des formations sanitaires publiques et en zone urbaine. Le département de Atlantique-Littoral a concentré plus du tiers (44.4%) des accouchements compte du fait qu'il renferme beaucoup de formations sanitaires à haut volume d'accouchements. De même la grande majorité (82,4) des accouchements observés se situe dans des formations sanitaires des zones sanitaires.

En ce qui concerne la GATPA, on constate dans ce tableau que la plupart (82,4%) des accouchements observés a été réalisée dans des formations sanitaires où les prestataires ont été formés en GATPA et dans la grande majorité (94%) par des sages-femmes.

#### **Tableau 14 : Répartition des accouchements par caractéristiques des formations sanitaires**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre (n = 250)</b>	<b>%</b>
<b>Type de formation sanitaire</b>		
Hôpital national de référence	13,0	5,2
Centre Hospitalier Départemental	31,0	12,4
Hôpital de Zone	63,0	25,2
Centre de Santé	143,0	57,2
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Département de la FS</b>		
Atacora-Donga	11,0	4,4
Atlantique-Littoral	111,0	44,4
Borgou- Alibori	27,0	10,8
Mono-Couffo	21,0	8,4
Ouémé-Plateau	53,0	21,2
Zou-Collines	27,0	10,8
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Niveau système sanitaire</b>		
FS Zone sanitaire	206,0	82,4
FS Départementales	31,0	12,4
FS Nationales	13,0	5,2
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Contexte géographique</b>		
Urbain	238,0	95,2
Rural	12,0	4,8
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Secteur (public ou privé)</b>		
Public	235,0	94,0
Privé	15,0	6,0
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Qualification de l'accoucheur</b>		
Obstétricien	1,0	0,4
CES, élève et étudiants	8,0	3,2
Sage-femme	235,0	94,0
Infirmière	2,0	0,8
Autres	4,0	1,6
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Est-ce plus d'une personne a assisté la femme pendant l'accouchement ?</b>		
Oui	210,0	84,0
Non	40,0	16,0
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Dans FS où personnel formé en GATPA</b>		
Oui	206,0	82,4
Non	44,0	17,6
Ensemble	<b>250,0</b>	<b>100,0</b>

## Caractéristiques des femmes de l'échantillon

Le tableau 15 présente la répartition des accouchements par caractéristiques des femmes (âge, gestité, parité, jour et heure d'accouchement). Ce tableau montre que la majorité (84,8%) des accouchées se trouve dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, qu'un peu moins de la moitié (45,6%) d'entre elles sont nullipares ou primipares. On note une légère prédominance des accouchements réalisés les jeudis et ceux effectués entre 0h et 8h du matin.

**Tableau 15 : Répartition des accouchements par caractéristiques des femmes**

Caractéristiques	Nombre FS (n = 250)	%
<b>Age</b>		
<20 ans	19,0	7,6
20-34 ans	212,0	84,8
35 ans+	19,0	7,6
<b>Gestité</b>		
Primigeste	51,0	20,4
Secondigeste	50,0	20,0
Troisième geste	53,0	21,2
Multigeste	96,0	38,4
<b>Parité</b>		
Nullipare	58,0	23,2
Primipare	56,0	22,4
Secondipare	50,0	20,0
Troisième pare	24,0	9,6
Multipare	62,0	24,8
<b>Jour d'accouchement</b>		
Dimanche	14,0	5,6
Lundi	23,0	9,2
Mardi	38,0	15,2
Mercredi	40,0	16,0
Jeudi	52,0	20,8
Vendredi	44,0	17,6
Samedi	39,0	15,6
<b>Heure d'accouchement</b>		
0h à 8h	108,0	43,2
8h à 16h	66,0	26,4
16h à 24h	76,0	30,4

## Usage d'utérotoniques lors de l'accouchement

L'introduction des utérotoniques dans la pratique obstétricale a non seulement amélioré l'environnement des accouchements pour les prestataires, mais aussi a permis de soulager beaucoup les femmes en réduisant le nombre d'accouchements à effectué par césariennes et à grand frais. Mais l'abus de l'utilisation des utérotoniques ou leur usage inapproprié peut être catastrophique pour les femmes et même conduire au décès maternels et fœtaux. Ce sont les raisons qui ont motivé l'examen de l'usage des utérotoniques par les prestataires durant les différentes périodes de l'accouchement au Bénin afin d'en déduire les tendances. L'usage

d'utérotoniques a été spécifiquement examiné avant la troisième période de l'accouchement et durant les troisième et quatrième périodes d'accouchement.

### **Usage d'utérotoniques avant la troisième période de l'accouchement**

Le tableau 16 montre que la grande majorité des accouchements ont démarré de façon spontanée. Cependant, une proportion aussi élevée de 40,2% des femmes a reçu de l'utérotonique avant la troisième période de l'accouchement. L'analyse du sous-échantillon des femmes ayant démarré spontanément leur travail d'accouchement révèle que plus du tiers (39,3%) d'entre elles ont reçu d'utérotoniques avant la troisième période du travail. Ce constat d'usage accentué d'ocytocine chez les femmes ayant pourtant démarré spontanément leur travail d'accouchement suggère une tendance exagérée des prestataires pour « diriger » le travail d'accouchement (autrement dite – l'utilisation des utérotoniques pour la stimulation de l'utérus au cours du travail ayant pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions).

Ce tableau montre aussi que l'ocytocine est l'utérotonique le plus fréquemment utilisé pour diriger ou pour déclencher le travail d'accouchement au Bénin.

**Tableau 16 : Répartition des accouchements selon l'usage d'utérotoniques avant la troisième période du travail**

<b>Usage d'utérotonique</b>	<b>Nombre (n = 250)</b>	<b>%</b>
<b>Modalité de démarrage de l'accouchement</b>		
Spontané	242,0	96,8
Déclenché	8,0	3,2
<b>A reçu d'utérotonique avant la troisième période de l'accouchement</b>		
Pour le déclenchement	8,0	3,2
Pour la direction du travail	95,0	38,0
Aucun utérotonique avant la troisième période de l'accouchement	147,0	58,8
<b>Type d'utérotonique utilisée pour déclenché ou dirigé le travail (n = 103)</b>		
Ocytocine	99,0	96,1
Autre	4,0	3,9
<b>Travail dirigé après un démarrage spontané (n = 242)</b>		
Oui	95,0	39,3
Non	147,0	60,7

**Direction du travail d'accouchements après démarrage spontané du travail d'accouchement par caractéristiques des formations sanitaires**

Le tableau 17 montre que des proportions relativement plus élevées d'accouchements ont été dirigées dans les hôpitaux de référence nationale et les CHD comparés aux hôpitaux de zone et les centres de santé. On constate qu'au niveau des départements, l'Atlantique-Littoral et le Borgou-Alibori ont enregistré les plus fortes proportions d'accouchements dirigés. La comparaison des formations sanitaires des zones sanitaires à celles des hôpitaux départementaux et nationaux montre une prédominance des accouchements dirigés dans les hôpitaux départementaux et nationaux. Le secteur privé comparé au secteur public a une tendance plus prononcée à diriger les accouchements.

Ces différents constats pourraient suggérer une tendance trop facile à la direction du travail d'accouchement par les prestataires du secteur privé et par les prestataires des hôpitaux nationaux et départementaux.

**Tableau 17 : Pourcentage des accouchements dirigés après un travail spontané par caractéristiques des formations sanitaires**

Caractéristiques	% accouchements dirigés	Effectif	Total	P
<b>Type de formation</b>				0.0785
Hôpital national de référence	83,3	10	12,0	
CHD	60,7	17,0	28,0	
Hôpital de Zone	38,3	23,0	60,0	
Centre de Santé	31,7	45,0	142,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Département</b>				0.3006
Atacora-Donga	30,0	3,0	10,0	
Atlantique-Littoral	49,1	53,0	108,0	
Borgou-Alibori	40,0	10,0	25,0	
Mono-Couffo	4,8	1	21,0	
Ouémé-Plateau	34,6	18,0	52,0	
Zou-Collines	33,3	9,0	27,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0.0021
FS Zone sanitaire	33,7	68,0	202,0	
FS Départementales	60,7	17,0	28,0	
FS Nationales	83,3	10,0	12,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0.1066
Public	37,1	85,0	229,0	
Privé	76,9	10,0	13,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Contexte géographique</b>				0.7013
Urbain	38,7	89,0	230,0	
Rural	50,0	6,0	12,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Qualification de l'accoucheur</b>				0.2549
Obstétricien	0,0	0,0	0,0	

CES, élèves et étudiants	66,7	4,0	6,0
Sage-femme	37,8	87,0	230,0
Infirmière	100,0	2,0	2,0
Autres	50,0	2,0	4,0
Ensemble	39,3	95,0	242,0

### **Direction du travail d'accouchements par caractéristiques des femmes**

Le tableau 18 montre que les primigestes sont plus sujets à la direction du travail comparé au reste des femmes. L'heure d'accouchement ne semble pas influencer la direction du travail dans cet échantillon.

**Tableau 18 : Répartition des accouchements selon la direction du travail après un travail spontané par caractéristiques des femmes**

Caractéristiques	% accouchements dirigés	Effectif	Total	P
<b>Age des parturientes</b>				0.2257
<20 ans	64,7	11,0	17,0	
20-34 ans	36,7	76,0	207,0	
35 ans+	50,0	9,0	18,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Gestité</b>				0.0199
Primigeste	66,0	31,0	47,0	
Secondigeste	38,8	19,0	49,0	
Troisième geste	28,8	15,0	52,0	
Multigeste	33,0	31,0	94,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Parité</b>				0.0285
Nullipare	64,1	34,0	53,0	
Primipare	41,8	23,0	55,0	
Secondipare	26,5	13,0	49,0	
Troisième pare	13,0	3,0	23,0	
Multipare	37,1	23,0	62,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	
<b>Heure d'accouchement</b>				0.3330
0h à 8h	36,3	37,0	102,0	
8h à 16h	50,0	33,0	66,0	
16h à 24h	33,8	25,0	74,0	
Ensemble	39,3	95,0	242,0	

### **Usage d'utérotoniques durant la 3ème ou 4ème période de l'accouchement**

Le tableau 19 présente la répartition en pourcentage des accouchements selon l'usage d'utérotoniques durant la troisième ou la quatrième période de l'accouchement. Il ressort de l'examen de ce tableau que la grande majorité (96,0%) des femmes a reçu d'utérotonique durant la troisième ou la quatrième période de l'accouchement. L'analyse de la pratique d'usage de

l'ocytocine montre que la majorité des femmes ont reçu une dose de 10 UI en IM et après la sortie de l'enfant. Près des deux tiers des femmes ont reçu l'ocytocine dans un intervalle d'une minute après la naissance.

L'ergométrine est de moins en moins utilisé depuis l'avènement de la GATPA au Bénin. Comme le montre le tableau 19 moins de 3% des femmes de cet échantillon ont reçu d'ergométrine aux doses de 0,2 et 0,4 mg en IM et après la sortie du placenta.

**Tableau 19 : Répartition des accouchements selon l'usage d'utérotoniques durant la 3ème ou 4ème période de l'accouchement**

Usage d'utérotoniques	Nombre d'accouchements N = 250	%
<b>A reçu d'utérotonique durant la troisième et la quatrième période du travail</b>		
Oui	240,0	96,0
Non	10,0	4,0
<b>Type d'utérotonique reçu durant la 3ème ou 4ème phase du travail</b>		
Ocytocine uniquement	237,0	94,8
Ocytocine + Ergométrine	2,0	0,8
Ocytocine + Misoprostol	1,0	0,4
Ocytocine +Ergométrine + Misoprostol	1,0	0,4
Aucun utérotonique	9,0	3,6
<b>Ocytocine</b>		
<b>A reçu d'ocytocine</b>		
Oui	240,0	96,0
Non	10,0	4,0
<b>Dose</b>		
5UI	6,0	2,4
10 UI	229,0	91,6
20UI	5,0	2,0
40 UI	1,0	0,4
Aucun	9,0	3,6
<b>Voie d'administration</b>		
IM	240,0	96,9
IVD/IV	0,0	0,0
IV lente + IM	1,0	0,4
Non applicable	9,0	3,6
<b>Période d'administration</b>		
Pendant la sortie du fœtus	2,0	0,8
Après la sortie du fœtus	222,0	88,8
Pendant la délivrance du placenta	17,0	6,8
Après la sortie du placenta	9,0	3,6
<b>Intervalle de temps naissance-administration</b>		
<= 1min	160,0	64,0
1-3 min	50,0	20,0
4-93 min	31,0	12,4
Aucun utérotonique	9,0	3,6
<b>Ergométrine</b>		
<b>A reçu d'ergométrine</b>		
Oui	3,0	1,2
Non	247,0	98,8
<b>Dose</b>		
0,2 mg	2,0	0,8
0,4 mg	1,0	0,2
Pas applicable	247,0	98,8
<b>Voie d'administration</b>		
IM	3,0	1,2
Pas applicable	247,0	98,8

<b>Période d'administration</b>		
Après la sortie du placenta	3,0	1,2
Pas applicable	247,0	98,8
<b>Misoprostol</b>		
<b>A reçu du misoprostol</b>		
Oui	1,0	0,4
Non	249,0	99,6
<b>Dose</b>		
100 mcg	1,0	0,4
Pas applicable	249,0	99,6
<b>Voie d'administration</b>		
Rectale	1,0	0,4
Pas applicable	249,0	99,6
<b>Période d'administration</b>		
Après la sortie du placenta	1,0	0,4
Pas applicable	249,0	99,6

Bien que ne figurant pas encore sur la liste des médicaments essentiels du Bénin, on note plus en plus une utilisation de misoprostol dans certaine formation sanitaire du Bénin. Dans cet échantillon moins de 0,5% des femmes ont reçu du misoprostol à la dose de 100 mcg par voie rectale après la sortie du placenta.

### ***Usage d'utérotoniques durant la 3ème ou 4ème période d'accouchement chez les femmes dont le travail était déclenché ou dirigé***

On a constaté aussi que la totalité des 7,9 femmes dont le travail a été déclenché et la totalité des 94,8 des femmes dont le travail a été dirigé ont reçu d'utérotoniques durant la troisième ou quatrième période de l'accouchement. Cette pratique peut porter préjudice aux femmes en les prédisposant à l'hémorragie du post-partum.

### **Pratique de la GATPA dans les formations sanitaires enquêtées**

Comme le montre le tableau 20, la définition de la GATPA adoptée par le Bénin est presque identique à celle recommandée par la FIGO/ICM. Lors d'une séance tenue avec les autorités du Ministère de la Santé le 14 février 2007, ces derniers ont expressément recommandé que l'analyse de la couverture soit faite en suivant strictement la définition de la GATPA telle qu'adoptée par le Bénin. Cette définition du Bénin comporte les trois composantes de la GATPA telles qu'énoncées par la FIGO/ICM et neuf éléments. Mais cette étude n'ayant pas collecté d'information sur le « Massage relayé par la femme », nous allons nous contenter des huit commun avec la définition du FIGO/ICM.

**Tableau 20 : Comparaison de la définition de la GATPA selon le Bénin et selon la FIGO/ICM**

<b>Composantes</b>	<b>Définition du Bénin</b>	<b>Définition ICM/FIGO pour ocytocine</b>
I. Utérotonique	1. Type : Ocytocine	1. Type : Ocytocine
	2. Dose : 10 UI	2. Dose : 10 UI
	3. Voie d'administration : IM	3. Voie d'administration : IM
	4. Délai d'administration : Dans la minute qui suit la sortie de l'enfant (Précautions : Palper l'utérus pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) avant l'administration d'un utérotonique)	4. Délai d'administration : Dans la minute qui suit la sortie de l'enfant (Précautions : Palper l'utérus pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) avant l'administration d'un utérotonique)
II. Traction contrôlée	5. Traction contrôlée sur le cordon	5. Traction contrôlée sur le cordon
	6. Avec une contre-pression sus-pubienne	6. Avec une contre-pression sus-pubienne
III. Massage	7. Massage utérin trans-abdominal par l'accoucheur après la délivrance	7. Massage utérin trans-abdominal par l'accoucheur après la délivrance
	8. Massage relayé par la femme	
	9. Contrôler le tonus utérin toutes les 15 minutes pendant 2 heures	8. Contrôler le tonus utérin toutes les 15 minutes pendant 2 heures

Le tableau 21 présente la répartition en pourcentage de la pratique des différentes composantes et éléments de la GATPA au cours des accouchements observés. Il ressort de ce tableau que l'utilisation correcte d'utérotonique n'a été enregistrée que chez 61,2% des femmes. La correcte traction contrôlée sur le cordon a été enregistrée chez 65,2% des accouchées. Mais le composant massage (massage utérin trans-abdominal après la délivrance et contrôle du tonus utérin) a enregistré la plus basse performance. En effet, elle n'a été correctement effectuée que chez 34,8% des femmes.

Enfin, la couverture effective en GATPA, c'est à dire la proportion des accouchements au cours desquels la GATPA est correctement pratiquée au niveau national est 17,6%.

Table 21 : Répartition de la pratique des différentes étapes et composantes de la GATPA\*

Composantes/elements	Nombre FS (n = 250)	%
<b>Utérotonique</b>		
<b>Utérotonique</b>		
Correct choix d'utérotonique (ocytocine)	240,0	96,0
Incorrect choix ou non administration	10,0	4,0
<b>Voie d'administration</b>		
Correcte voie d'administration	240,0	96,0
Incorrecte voie ou non administration	10,0	4,0
<b>Dose</b>		
Correcte dose	229,0	91,6
Incorrecte dose ou non administration	21,0	8,4
<b>Période d'administration</b>		
Correcte période d'administration (après sortie de l'enfant)	222,0	88,8
Pendant la sortie de l'enfant ou du placenta	19,0	7,6
Pas d'administration	9,0	3,6
<b>Délai d'administration</b>		
Correcte délai d'administration	158,0	63,2
Incorrecte délai ou non administration	92,0	36,8
<b>Utilisation d'utérotonique</b>		
Correcte utilisation	153,0	61,2
Incorrecte utilisation	97,0	38,8
<b>Traction contrôlée du cordon</b>		
Traction contrôlée sur le cordon exercée		
Oui	186,0	74,4
Non	64,0	25,6
Contre-pression exercée		
Oui	163,0	65,2
Non	87,0	34,8
Traction contrôlée + contre-pression		
Correcte	163,0	65,2
Incorrecte	87,0	34,8
<b>Massage et palpation</b>		
Massage immédiate de l'utérus		
Oui	204,0	81,6
Non	46,0	18,4
Palpation de l'utérus		
Oui	90,0	36,0
Non	160,0	64,0
Massage + contrôle du tonus utérin correcte		
Oui	87,0	34,8
Non	163,0	65,2
<b>Couverture GATPA</b>		
GATPA correcte	44,0	17,6
GATPA incorrecte ou pas de GATPA	206,0	82,4

### **Pratique de la GATPA et caractéristiques des FS**

Le tableau 22 montre que seulement 21,4% des femmes ayant accouché dans des formations sanitaires dans lesquelles les prestataires ont été formés en GATPA ont effectivement bénéficié de cette intervention. Ce constat suggère que la formation à elle seule ne suffit pas pour le maintien des compétences des prestataires.

Selon les types de formations sanitaires, les centres de santé, les hôpitaux de zone et les CHD ont enregistré les performances les plus faibles en pratique correcte de la GATPA.

Au niveau des départements, on constate que les départements du Borgou-Alibori et celui du Atacora-Donga ont enregistré les meilleures performances en pratique correcte de la GATPA. Les départements du Mono-Couffo et l'Ouémé-Plateau ont enregistré les plus faibles performances en pratique correcte de la GATPA. Le secteur privé semble de loin plus performant que le secteur public.

Selon les niveaux du système de santé, bien qu'il ait de problème de performance à tous les niveaux du système de santé, la situation au niveau des zones sanitaires est préoccupante.

On note aussi que seulement 17% des femmes ayant été accouchées par des sages-femmes ont bénéficié d'une pratique correcte de la GATPA.

La comparaison des sites pilotes aux autres sites montre qu'une proportion significativement plus élevée de femmes ayant accouché dans les sites pilotes ont bénéficié de la pratique correcte de la GATPA.

**Tableau 22 : Correcte GATPA selon les caractéristiques des formations sanitaires**

Caractéristiques	% correcte GATPA	Nombre d'accouchements	Total d'accouchements	P
<b>Formé en GATPA</b>				0.2245
Oui	21,3	44,0	206,0	
Non	0,0	0,0	44,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Type de formation</b>				0.0547
Hôpital national de référence	38,5	5,0	13,0	
CHD	22,6	7,0	31,0	
Hôpital de Zone	33,3	21,0	63,0	
Centre de Santé	8,4	12,0	143,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Département</b>				0.1738
Atacora-Donga	36,4	4,0	11,0	
Atlantique-Littoral	16,2	18,0	111,0	
Borgou-Alibori	48,1	13,0	27,0	
Mono-Couffo	0,0	0,0	21,0	
Ouémé-Plateau	0,0	0,0	53,0	
Zou-Collines	33,3	9,0	27,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0.4701
FS Zone sanitaire	16,0	33,0	206,0	
FS Départementales	22,5	7,0	31,0	
FS Nationales	38,5	5,0	13,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0.0261
Public	15,7	37,0	235,0	
Privé	46,7	7,0	15,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Qualification de l'accoucheur</b>				0.6732
Obstétricien	00,0	0,0	1,0	
CES, élèves et étudiants	25,0	2,0	8,0	
Sage-femme	17,4	41,0	235,0	
Infirmière	0,0	0,0	2,0	
Autres	0,0	0,0	4,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	
<b>Sites pilotes vs autres</b>				0.0022
Sites pilotes	44,6	21,0	47,0	
Autres sites	11,8	24,0	203,0	
Ensemble	17,6	44,0	250,0	

### **Analyse des composantes de la GATPA**

#### **Utilisation correcte d'utérotoniques et caractéristiques des formations sanitaires**

Le tableau 23 montre le pourcentage d'utilisation correcte d'utérotoniques selon les caractéristiques des formations sanitaires. Il ressort de l'examen de ce tableau que les meilleures performances d'administration correcte d'utérotoniques ont été enregistrées par les hôpitaux de

zone et les hôpitaux nationaux de référence. Les centres de santé et les CHD ont eu des performances plus faibles. Au niveau des départements, l'Atacora-Donga et Mono-Couffo ont enregistré les plus faibles performances en pratique correcte de la GATPA. Ici encore, on note une meilleure performance des sites pilotes par rapport aux autres sites.

**Tableau 23 : Pourcentage d'utilisation correcte d'utérotoniques par caractéristique des FS**

Caractéristiques	% utilisation correcte	Nombre d'accouchements	Total d'accouchements	P
<b>Type de formation</b>				0.0329
Hôpital national de référence	84,6	11,0	13,0	
CHD	45,2	14,0	31,0	
Hôpital de Zone	81,0	51,0	63,0	
Centre de Santé	54,5	78,0	143,0	
Ensemble	61,2	153,0	250,0	
<b>Département</b>				0.2856
Atacora-Donga	36,4	4,0	11,0	
Atlantique-Littoral	64,0	71,0	111,0	
Borgou-Alibori	70,3	19,0	27,0	
Mono-Couffo	52,4	11,0	21,0	
Ouémé-Plateau	56,6	30,0	53,0	
Zou-Collines	66,7	18,0	27,0	
Ensemble	61,2	153,0	250,0	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0.0903
FS Zone sanitaire	62,1	128,0	206,0	
FS Départementales	45,2	14,0	31,0	
FS Nationales	84,6	11,0	13,0	
Ensemble	61,2	153,0	250,0	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0.4240
Public	60,8	143,0	235,0	
Privé	73,3	11,0	15,0	
Ensemble	61,2	153,0	250,0	
<b>Sites pilotes vs autres</b>				0.6279
Sites pilotes	70,2	33,0	47,0	
Autres sites	59,6	121,0	203,0	
Ensemble	61,2	153,0	250,0	

### **Correcte traction contrôlée du cordon et caractéristiques des formations sanitaires**

Le tableau 24 montre le pourcentage de correcte traction contrôlée du cordon (TCC) selon les caractéristiques des formations sanitaires. Il ressort de l'examen de ce tableau que les meilleures performances ont été enregistrées par les hôpitaux de zone et les hôpitaux nationaux de référence. Les centres de santé et les CHD ont eu des performances plus faibles. Au niveau des départements, le Borgou-Alibori et le Zou-Collines ont enregistrés les meilleures performances .

**Tableau 24 : Pourcentage de correcte traction contrôlée du cordon par caractéristique des FS**

Caractéristiques	% correcteTCC	Nombre d'accouchements	Total d'accouchements	P
<b>Type de formation</b>				0.2768
Hôpital national de référence	84,6	11,0	13,0	
CHD	64,5	20,0	31,0	
Hôpital de Zone	77,8	49,0	63,0	
Centre de Santé	58,0	83,0	143,0	
Ensemble	65,2	163,0	250,0	
<b>Département</b>				0.1272
Atacora-Donga	54,5	6,0	11,0	
Atlantique-Littoral	76,6	85,0	111,0	
Borgou-Alibori	85,2	23,0	27,0	
Mono-Couffo	33,3	7,0	21,0	
Ouémé-Plateau	39,6	21,0	53,0	
Zou-Collines	81,8	22,0	27,0	
Ensemble	65,2	163,0	250,0	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0.4337
FS Zone sanitaire	64,1	132,0	206,0	
FS Départementales	64,5	20,0	31,0	
FS Nationales	84,6	11,0	13,0	
Ensemble	65,2	163,0	250,0	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0.0212
Public	63,4	149,0	235,0	
Privé	93,3	14,0	15,0	
Ensemble	65,2	163,0	250,0	
<b>Sites pilotes vs autres</b>				0.2089
Sites pilotes	76,6	36,0	47,0	
Autres sites	62,6	127,0	203,0	
Ensemble	65,2	163,0	250,0	

### **Correcte massage et caractéristiques des formations sanitaires**

Le tableau 25 montre le pourcentage de correcte massage et palpation selon les caractéristiques des formations sanitaires. Il ressort de l'examen de ce tableau que les meilleures performances de massage ont été enregistrées par les hôpitaux nationaux de référence. Les centres de santé et les hôpitaux de zone ont eu des performances plus faibles. Au niveau des départements, Mono-Couffo et l'Ouémé-Plateau ont enregistré les plus faibles performances en massage correct. L'analyse du niveau du système montre que les zones sanitaires ont enregistré les plus faibles performances comparées au niveau national. On note une meilleure performance des sites pilotes par rapport aux autres sites.

**Tableau 25 : Pourcentage de correct massage par caractéristique des FS**

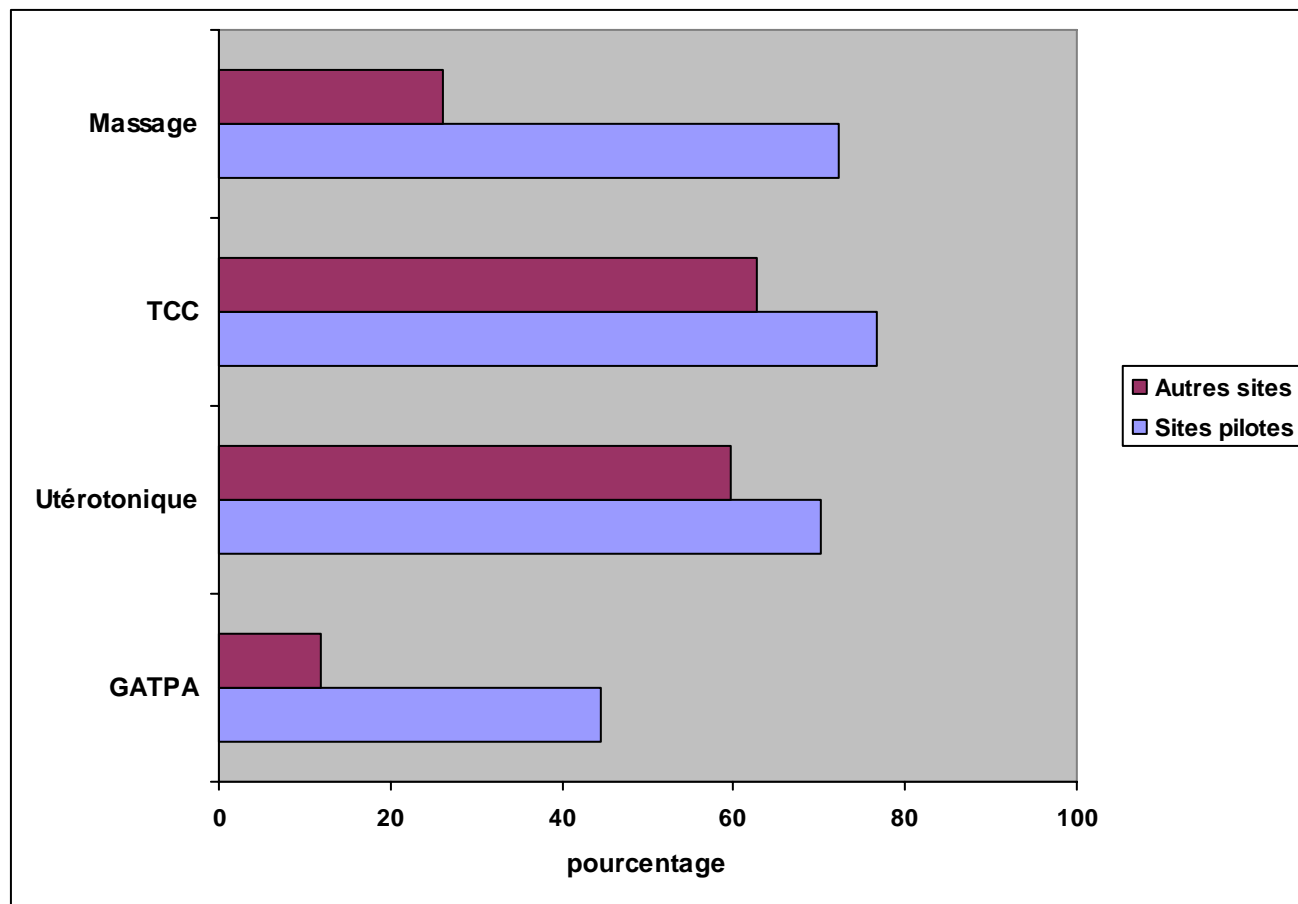
Caractéristiques	% correcte massage	Nombre d'accouchements	Total d'accouchements	P
<b>Type de formation</b>				0.4081
Hôpital national de référence	69,2	9,0	13,0	
CHD	45,2	14,0	31,0	
Hôpital de Zone	42,9	27,0	63,0	
Centre de Santé	25,9	37,0	143,0	
Ensemble	34,8	87,0	250,0	
<b>Département</b>				0.0039
Atacora-Donga	63,6	7,0	11,0	
Atlantique-Littoral	39,6	44,0	111,0	
Borgou-Alibori	77,8	21,0	27,0	
Mono-Couffo	4,8	1,0	21,0	
Ouémé-Plateau	0,0	0,0	53,0	
Zou-Collines	48,1	13,0	27,0	
Ensemble	34,8	87,0	250,0	
<b>Niveau système sanitaire</b>				0.4104
FS Zone sanitaire	31,1	64,0	206,0	
FS Départementales	45,2	14,0	31,0	
FS Nationales	69,2	9,0	13,0	
Ensemble	34,8	87,0	250,0	
<b>Secteur (public ou privé)</b>				0.2434
Public	33,2	78,0	235,0	
Privé	60,0	9,0	15,0	
Ensemble	34,8	87,0	250,0	
<b>Sites pilotes vs autres</b>				0.0023
Sites pilotes	72,3	34,0	47,0	
Autres sites	26,1	53,0	203,0	
Ensemble	34,8	87,0	250,0	

### **Performance des sites pilotes comparés aux autres sites**

Le tableau 26 illustré par le graphique 3 montre la performance relativement meilleure des sites pilotes comparés aux autres sites. Parmi les possibles facteurs pouvant expliquer cette situation, on peut citer la nature de formation reçu par les prestataires des sites pilotes lors de la phase pilote et la qualité du suivi sur le terrain après formation.

**Tableau 26 : Synthèse des performances des sites pilotes comparés aux autres sites**

Sites	% correcte GATPA	% utilisation correcte d'utérotoniques	% correcte TCC	% correcte massage
Sites pilotes	44,6	70,2	76,6	72,3
Autres sites	11,8	59,6	62,6	26,1
Ensemble	17,6	61,2%	65,2	34,8
<b>p</b>	0,002	0,628	0,209	0,002



Graphique 3: Comparaison performance sites pilotes et autres sites

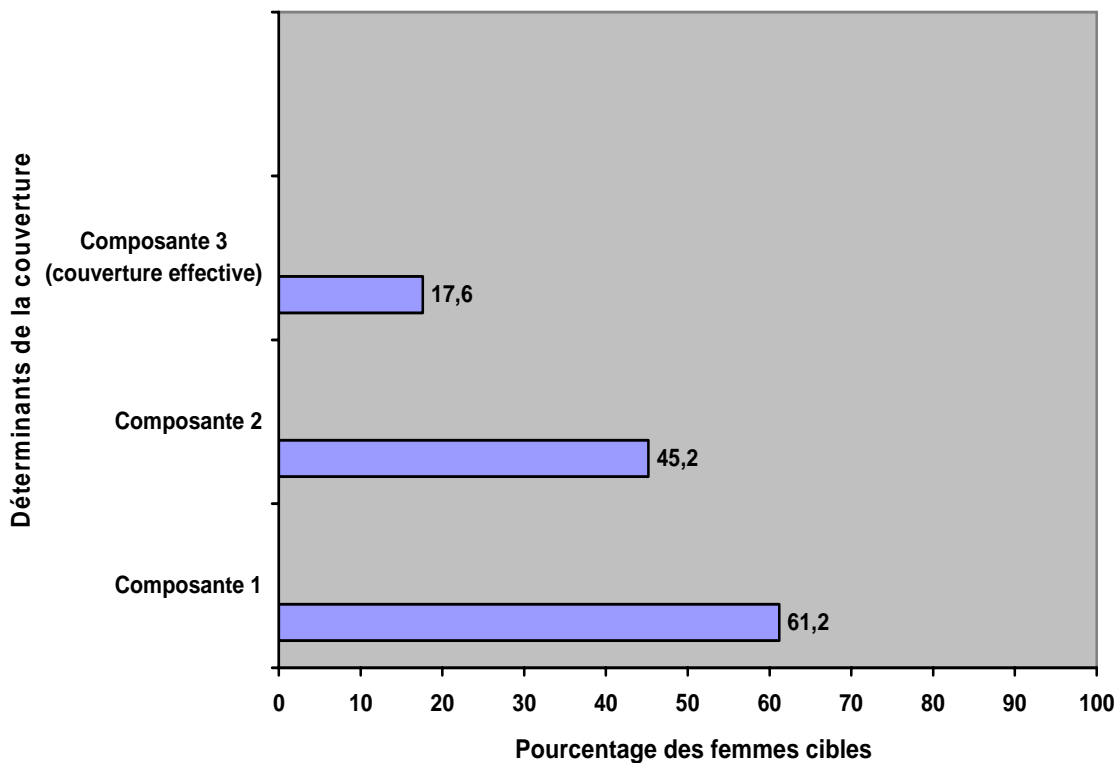
### Identification des goulots d'étranglement au niveau des composantes et au niveau des éléments de la GATPA

Le tableau 27 présente les résultats de l'analyse de façon additive d'une part des trois composantes de la GATPA et d'autre part des huit éléments de la GATPA. L'analyse de façon additive des composantes vise à déceler les failles dans le processus d'exécution de la GATPA. En effet, elle examine successivement l'exécution de la composante 1, l'exécution de la composante 1 + la composante 2, et enfin l'exécution de la composante 1 + composante 2 + composante 3.

Ce tableau illustré par le graphique 4 montre qu'il existe deux goulots d'étranglement dans la pratique des composantes de la GATPA : un premier goulot d'étranglement entre la première et la deuxième composante de la GATPA (chute de 61,2% à 45,2%), et un deuxième goulot d'étranglement entre la deuxième et la troisième composante de la GATPA (chute de 45,2% à 17,6%). Ceci démontre d'une part une faiblesse dans la pratique correcte de la traction contrôlée du cordon et de la contre-pression et d'autre part une faiblesse dans la pratique correcte du massage utérin trans-abdominal par l'accoucheur après la délivrance et le contrôle correct du tonus utérin.

**Tableau 27 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des composantes de la GATPA**

Composantes	Nombre N = 250	%
Composante 1 : Correcte utilisation d'utérotoniques	153,0	61,2
Composante 2 : Correcte étape 1 + correcte traction et contre-pression	113,0	45,2
Composante 3 : Correcte étape 2 + correcte massage et contrôle du tonus utérin	44,0	17,6



**Graphique 4 : Diagramme de couverture en GATPA (composantes)**

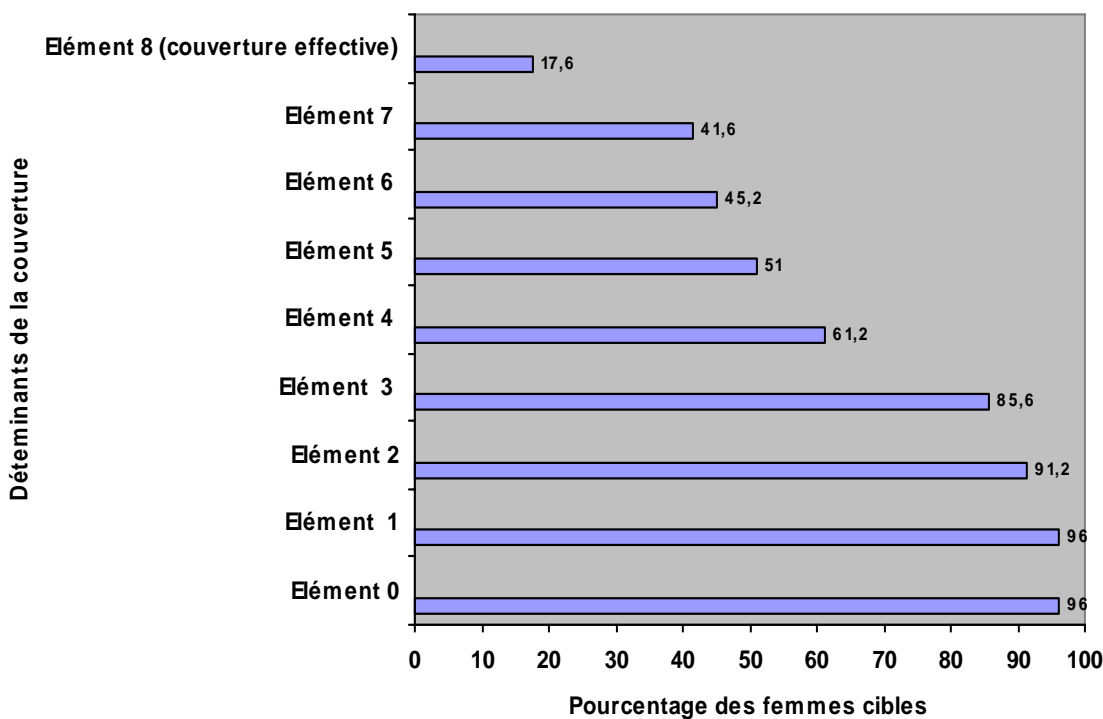
Le tableau 28 présente les résultats de l'analyse de façon additive des huit éléments de la GATPA. L'analyse des éléments de la GATPA examine l'exécution de façon additive des huit éléments de la GATPA, c'est-à-dire : élément 1, élément 1 + élément 2, élément 1 + élément 2 + élément 3 etc...

Ce tableau 28 illustré par le graphique 5 montre qu'il existe trois importants goulots d'étranglement dans la pratique des éléments de la GATPA : un premier goulot entre la correcte

période d'administration de l'ocytocine et le délai d'administration de l'ocytocine, un deuxième goulot entre la correcte traction sur le cordon et la contre-pression et enfin un troisième goulot entre le correct massage et contrôle du tonus utérin.

**Tableau 28 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des éléments de la GATPA**

Eléments	Nombre N = 250	%
Elément 0 : Choix d'ocytocine	240,0	96,0
Elément 1 : Correcte élément 0 + Correcte voie d'administration	240,0	96,0
Elément 2 : Correcte élément 1 + Correcte dose	228,0	91,2
Elément 3 : Correcte élément 2 + Correcte période d'administration	214,0	85,6
Elément 4 : Correcte élément 3 + Correct délai d'administration	153,0	61,2
Elément 5 : Correcte élément 4 + Correcte traction	128,0	51,2
Elément 6 : Correcte élément 5 + Correcte contre-pression	113,0	45,2
Elément 7 : Correcte élément 6 + Correcte massage	104,0	41,6
Elément 8 (couverture effective) : Correcte composante 7 + correcte contrôle du tonus utérin	44,0	17,6



**Graphique 5 : Diagramme de couverture en GATPA (éléments)**

## Analyse de la période de la délivrance

Dans notre échantillon, la durée moyenne de la troisième période du travail est de 6,7 minutes chez les femmes ayant bénéficié d'une GATPA correcte contre 10,9 minutes chez celle n'ayant pas bénéficié d'une GATPA correcte.

**Tableau 29 : Durée Moyenne de la troisième période avec GATPA correcte et avec GATPA incorrecte (Selon la définition du Bénin)**

Utilisation de la Gatpa	Durée Moyenne	95 % Intervalle de Confiance	N	p
GATPA correcte	6,7 minutes	4,3-9,1	44,0	0,0536
GATPA incorrecte	10,9 minutes	7,9-14,0	206,0	

## Pratiques potentiellement nuisibles

Certaines pratiques potentiellement nuisibles ont été observées dans notre échantillon. Le tableau 30 montre près du quart des accouchements, les prestataires ont exercé une pression sur le fonds utérin pendant la troisième période de l'accouchement. De même un massage de l'utérus a été pratiqué chez environ 10% des femmes avant la délivrance. Enfin, une traction sans contre-pression a été pratiqué chez 9% des femmes.

**Tableau 30 : Répartition des pratiques potentiellement nuisibles observées dans les FS**

Pratiques	Nombre (n = 250)	%
<b>Pression sur le fonds utérin</b>		
Oui	56,0	22,4
Non	194,0	77,6
<b>Massage de l'utérus en attendant la délivrance</b>		
Oui	24,0	9,6
Non	226,0	90,4
<b>Traction sans contre-pression</b>		
Oui	23,0	9,2
Non	227,0	90,8
<b>Traction contrôle sans utérotoniques</b>		
Oui	0,0	0,0
Non	250,0	100,0

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### Conclusions

Cette étude de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Bénin permet de répondre aux différentes questions fondamentales évoquées dans le chapitre « Méthode » de ce rapport. Cette conclusion sera axée sur trois rubriques relatifs à la prévention des hémorragies du post-partum par l'utilisation de la GATPA : environnement politique national, environnement politique au niveau des formations sanitaires et la pratique de la de la GATPA au Bénin.

#### ***Environnement politique nationale***

Au Bénin, la GATPA est officiellement recommandée et promue par le Ministère de la Santé à travers différents documents de politique et stratégie nationale et aussi à travers les protocoles de santé familiale édités depuis 2003. La définition de la GATPA telle que adoptée par le Bénin est à tout point de vue comparable à celle de la ICM/FIGO. L'ocytocine est le principal utérotonique choisi par le Bénin pour la réalisation de la GATPA. La Liste Nationale des Médicaments Essentielles du Bénin comporte l'ocytocine et l'ergométrine mais pas encore le misoprostol.

À l'heure actuelle l'enseignement de la GATPA n'est pas inclus dans le cursus de formation des sages-femmes, des infirmières et des médecins dans les écoles de formation publique. Cependant, depuis 2003, plusieurs séries de formations en cours des médecins, sages-femmes et infirmières sont en train d'être réalisés tant dans le secteur public que le dans le secteur privé du système de santé par le Ministère de la Santé.

#### ***Environnement politique au niveau des formations sanitaires***

On note une disponibilité de la liste d'approvisionnement des médicaments avec mention d'ocytocine et d'ergométrine dans 100% des formations sanitaires. Par contre le document « Protocoles des services de santé familiale » précisant les directives cliniques de la GATPA n'est disponible que dans 46% des formations sanitaires qui sont d'ailleurs toutes publiques. Ce document n'est présent dans aucune formation sanitaire du secteur privé. Les médicaments et consommables nécessaires à la GATPA doivent être achetés par les familles avant usage.

#### ***Gestion des médicaments et logistiques***

L'ocytocine est conservée à une température entre 2 et 8 °C dans la majorité des pharmacies des formations sanitaires enquêtées. Quant à l'ergométrine, il est conservé à une température entre 2 et 8 °C dans un peu plus du tiers des formations sanitaires enquêtées, et dans la température ambiante dans près d'un cinquième des formations sanitaires. L'ocytocine est disponible dans la plupart (92%) des formations sanitaires enquêtées. Quant à l'ergométrine, il est disponible dans un peu plus de la moitié (54%) des formations sanitaires au moment de la visite.

Il convient de souligner la relative cherté de l'ocytocine qui coûte à l'achat en moyenne 50 FCFA (\$0,1) (\$1=500 FCFA) l'ampoule, mais vendu quatre fois plus cher (200 FCFA soit \$0,4) aux femmes dans la plupart des formations sanitaires enquêtées. Cette marge bénéficiaire de près

300% pour un produit essentiel à une intervention devant sauver la vie des femmes qui pour la plupart ont un niveau socio-économique bas pourrait constituer une barrière à l'offre de la GATPA.

La quantification des médicaments à commander pose un énorme problème dans les formations sanitaires enquêtées. En effet, dans la majorité des formations sanitaires la commande des médicaments est basée sur la consommation des mois précédents. Cette méthode de quantification des besoins en médicaments expose les formations sanitaires au risque de ruptures de stock. Une rupture de stock d'au moins huit jours a été observée dans 34,6% des formations sanitaires au cours des trois derniers mois. La raison principale de rupture donnée par les formations sanitaires était une rupture de stock chez le principal fournisseur que constitue la CAME.

### ***Pratique de la GATPA dans les formations sanitaires***

Bien que 82,4% des femmes aient accouché dans des formations sanitaires où les prestataires ont été formés à la GATPA, cette étude révèle que 17,6% seulement des femmes de notre échantillon ont bénéficié d'une pratique correcte de la GATPA.

En ce qui concerne les trois composantes de la GATPA, on note que l'ocytocine a été correctement administré à 61,2% des femmes, la traction contrôlée du cordon a été correctement réalisée chez 65,2% des femmes et le massage correctement effectué chez seulement 34,8% des femmes. On constate donc que les principaux goulots d'étranglement se situent d'une part entre l'utilisation de l'ocytocine et la traction contrôlée du cordon et d'autre part entre la traction contrôlée du cordon et le massage.

Bien que la situation ne soit pas bonne au plan national, on note cependant que les plus faibles performances de pratique correcte de la GATPA ont été enregistrées par les centres de santé, les hôpitaux de zone et les CHD. La situation est alarmante dans les départements du Mono-Couffo et du Ouémé-Plateau qui n'ont enregistré aucune pratique correcte de la GATPA.

La comparaison des sites pilotes aux autres sites montre qu'une proportion significativement plus élevée de femmes ayant accouchées dans les sites pilotes ont bénéficié de la pratique correcte de la GATPA. Cette étude révèle aussi un usage quelque exagéré de la technique de direction du travail d'accouchement par les prestataires des formations sanitaires.

Enfin quelques pratiques nuisibles ont été notées. Il s'agit surtout de la pression sur le fonds utérin pour aider la délivrance, le massage de l'utérus en attendant la délivrance et la traction sans contre-pression.

### **Recommandations**

Le 18 juillet 2007, la DSF et l'USAID ont invité les décideurs clés (représentants de l'USAID, MoH, les écoles de formation, UNFPA, UNICEF, OMS, PISAF, PSI, PSS, UNIDEA, URC/AQ, Association des Sages Femmes du Benin, Antenne Béninoise de la SGOTB) à participer dans

une journée de l'initiative préventive de l'hémorragie du post-partum. Le but de cette journée était d'informer les participants sur l'état de la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires au Bénin et de susciter une réflexion sur les stratégies efficaces pour son renforcement en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

Après avoir appris les résultats de l'étude, les participants ont partagé les commentaires et fait plusieurs recommandations pour augmenter la couverture de la GATPA et améliorer sa pratique dans les formations sanitaires. La DSF a validé les recommandations de la journée de l'initiative préventive de l'hémorragie du post-partum le 25 Juillet 2007. Ces recommandations sont les suivantes.

### **À propos de la politique**

1. Décréter la GATPA comme droit de toute femme admise dans une maternité et devant accoucher par voie basse.
2. Informer la patiente de la méthode GATPA tout au long de la consultation prénatale.
3. Développer les soins intégrés. Assurer les soins immédiats au nouveau-né et la surveillance étroite pendant au moins les six premières heures après la délivrance.
4. Prévoir deux sages-femmes par formation sanitaire.
5. Trouver des stratégies pour assurer la formation des personnes nouvellement affectées dans les zones sanitaires.
6. Promouvoir la GATPA en mettant sur pied un réseau de parties prenantes et partenaires au développement.
7. Élargir l'équipe de supervision nationale aux sociétés savantes et aux associations professionnelles.
8. Assurer la supervision formative.
9. Promouvoir les audits et en publier les résultats.
10. Impliquer la communauté dans les efforts pour réduire la mortalité maternelle.
11. Corriger le dysfonctionnement dans le système sanitaire en agissant sur les trois retards.
12. Promouvoir des innovations financières et systèmes d'assurance médicale pour réduire les obstacles socioéconomiques au recours aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
13. Promouvoir la révision continue des politiques, normes et procédures pour tenir compte des preuves scientifiques sur la prévention et le traitement de l'HPP.

14. Faire respecter les normes et procédures pour le déclenchement et la direction du travail afin d'en réduire les abus.
15. En cas de rupture de l'ocytocine, étendre les utérotoniques à utiliser pour la GATPA pour inclure l'ergométrine.
16. Organiser une large dissémination du document « Protocoles des services de santé familiale : Volet Femme » et doter chaque maternité publique ou privée d'au moins un exemplaire à mettre à la disposition des prestataires.
17. Inclure les structures privées dans les formations et la dissémination des normes et protocoles.
18. Améliorer de toute urgence la situation au niveau des zones sanitaires en procédant surtout à un recyclage des prestataires au niveau des départements à basse couverture en GATPA.
19. Promouvoir la recherche opérationnelle sur la PHPP.
20. Assurer la pérennisation des activités après projet.
21. Capitaliser, documenter et disséminer les résultats.

### **À propos des prestataires**

1. Programmer une dissémination décentralisée des résultats de la présente étude.
2. Tenir des discussions avec les prestataires afin d'élaborer les plans d'action pour améliorer la pratique de la GATPA.
3. Identifier les barrières, y compris la démotivation, qui affectent la pratique correcte de la GATPA et lever ces barrières à l'aide des interventions de changement de comportement et autres.
4. Veiller à ce que les formateurs aient les compétences requises.
5. Veiller à ce que la compétence de chaque personne formée soit validée.
6. Amener chaque prestataire à se sentir responsable des résultats obtenus dans la prévention de l'HPP dans sa formation sanitaire.
7. Promouvoir un sentiment pionnier de chercheur opérationnel pour chaque prestataire formé.
8. Promouvoir l'auto-évaluation et l'évaluation par les pairs.

9. Revoir les approches actuelles de formation des prestataires et de suivi post-formation des prestataires en privilégiant l'approche compétences et en se basant sur les leçons apprises au niveau des sites pilotes.
10. Réviser et standardiser le curriculum et les procédures de formation en GATPA au Bénin (approche axée sur les compétences et le respect strict des composantes de la GATPA).
11. Institutionnaliser des approches d'amélioration continue de la qualité, de même que les supervisions intégrées de soutien, pour renforcer les pratiques au cours de la grossesse et l'accouchement y compris la GATPA.
12. Attirer l'attention des prestataires sur les pratiques nuisibles identifiées dans l'étude.
13. Institutionnaliser la pratique de la GATPA en introduisant son enseignement dans le cursus de formation de base des sages-femmes, médecins, infirmiers(ères) d'État et des infirmiers(ères).

#### ***À propos des médicaments et logistiques***

1. Assurer la disponibilité des consommables, médicaments et équipements nécessaires.
2. Assurer l'estimation quantitative, le stockage et l'utilisation adéquate des utérotoniques.
3. Améliorer les prestations de la CAME vis à vis de sa clientèle et éviter les ruptures de stock en produits utérotoniques.
4. Former les responsables des pharmacies des formations sanitaires sur les techniques de quantification des besoins en médicaments.
5. Améliorer l'information des prestataires sur les conditions de conservation des produits utérotoniques en élaborant et en disséminant des affiches et brochures contenant des informations claires et précises.
6. Créer par zone sanitaire un dépôt répartiteur.

#### ***À propos de monitoring et évaluation***

1. Développer des indicateurs nationaux pertinents de monitoring et d'évaluation de la pratique de la GATPA.
2. Élaborer une approche simple mais valide de monitoring et d'évaluation.



## REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO.
2. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l'Afrique (OMS/AFRO). 2004. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. *Bulletin régional de la santé génésique* no 2. Brazzaville: OMS/AFRO.
3. Lansac, J., et G. Body. 1988. *Pratique de l'accouchement*. Paris : SIMEP SA.
4. Rogers, J., J. Wood, R. McCandlish, S. Ayers, A. Truesday, et D. Elbourne. 1998. Active versus Expectant Management of Third Stage of Labour: The Hinchingbrooke Randomized Controlled Trial. *Lancet* 351: 693–699.
5. Prendiville, W.J., J. E. Harding, D. R. Elbourne, et G. M. Stirrat. 1988. The Bristol Third Stage Trial: Active versus Physiological Management of the Third Stage of Labour. *British Medical Journal* 297: 1295–1300.
6. ICM et FIGO. 2003. *Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage*. Washington: ICM/FIGO.
7. OMS. 2002. *Prise en charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève : OMS.
8. Festin, M. R., P. Lumbiganon, J. Tolosa, K. Finney, K. Ba-Thike, T. Chipato et al. 2003. International Survey on Variations in Practice of the Management of the Third Stage of Labour. *Bulletin of the World Health Organization* 81: 286–291.
9. Prendiville, W. J., J. E. Harding, D. Elbourne, et S. McDonald. 2001. Active versus Expectant Management in the Third Stage of Labour (Cochrane review). The Cochrane Library.
10. Ministère de la Santé Publique du Bénin (MSP). 2002. Politique et Stratégies de Développement du Secteur Santé 2002-2006. MSP: Cotonou.
11. Ministère Chargé du Plan de la Prospective et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). 2003. *Troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3) Février 2002 : Principaux indicateurs socio-démographiques*. Cotonou: Direction des études démographiques.
12. Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement. 2001. Rapport sur l'État et le devenir de la Population du Bénin. Cotonou, décembre 2001.

13. Ministère de la Santé Publique du Bénin. 2002. *Annuaire des statistiques sanitaires : Année 2000*. Cotonou: DPP/SSDRO.
14. INSAE et ORC Macro, Calverton, Maryland USA. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001*. Cotonou: INSAE.
15. Ministère du Plan de la Restructuration Economique, INSAE. 1993. *Deuxième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH2) 1992*. Cotonou : Bureau Central du Recensement.
16. INSAE et ORC Macro, Calverton, Maryland USA. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 1996*. Cotonou: INSAE.
17. Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de Condition Féminine (MSPSCF). 1997. *Politiques et stratégies de développement du secteur santé 1997-2001*. Cotonou: MSPSCF.
18. Ministère de la Santé Publique. 2001. *Carte blanche du Ministère de la Santé du Bénin, 1996-2001*. Cotonou: MSPSCF.
19. Ministère de la Santé Publique. 2002. *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*. Cotonou: MSP.
20. La Santé du Bénin. 2003. *Politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, 2<sup>ème</sup> ed. 2003. Cotonou: MSP.
21. Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (CNDLP). 2005. *Rapport d'avancement de la mise en oeuvre du DSRP Année 2004*. Cotonou: CNDLP.
22. Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale. 2003. *Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence – Rapport final*. Cotonou: DSF.
23. Ministère de la Santé Publique/Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques (DPED). 2003. *Liste Nationale des Médicaments Essentiels sous noms génériques*. Cotonou: DPED.
24. WHO. 1993. *Stability of Injectable Oxytocics in Tropical Climates*. Geneva: WHO.
25. Rational Pharmaceutical Management Plus Program. 2006. *Revue de la politique et des procédures d'utilisation des ocytociques pour la gestion active de la troisième phase de l'accouchement et la prévention d'hémorragie du post-partum dans quatre pays africains: Bénin, Burkina Faso, Cameroun et Mali*. Présenté à l'Agence des États Unis pour le Développement International par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

## ANNEXE 1 : REGROUPEMENT FONCTIONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES

Strates fonctionnelles	Équipes	Zone	Localité	Formations sanitaires
<b>Strate commune</b>	Toutes les 5 équipes (à raison d'une équipe de deux agents par formation sanitaire)	<b>(Littoral)</b>	Cotonou	1. HOMEL Cotonou 2. Maternité Cotonou II (Missessin) 3. CS Menontin 4. CS Houenoussou (Cotonou VI) 5. Maternité Cotonou III (Suru-Lere)
<b>Strates spécifiques</b>				
<b>2</b>	<b>Equipe 1</b>	<b>Alibori-Borgou-Atacora-Donga</b>	Kandi	6. CSKU Kandi
			Parakou	7. CHD-Borgou
			Djougou	8. CSC Djougou
			Tanguiéta	9. Hop St Jean De Dieu
<b>3</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Atlantique</b>	Cotonou	10. CUGO 11. Bethesda 12. CS St Jean
			Godomey	13. CCS Godomey
			Abomey-Calavi	14. Abomey-Calavi
<b>4</b>	<b>Equipe 3</b>	<b>Ouémé-Plateau</b>	Porto-Novo	15. CHD Ouémé
			Akpro-Missereté	16. CSC Akpro-Missereté
			Ketou	17. CSC Kétou
			Pobe	18. CSC Pobe
<b>5</b>	<b>Equipe 4</b>	<b>Zou-Collines</b>	Abomey	19. CHD-Zou
			Bohicon	20. CSC Bohicon
			Cove	21. HZ Cove
			Savalou	22. HZ Savalou
<b>6</b>	<b>Equipe 5</b>	<b>Mono-Couffo</b>		
			Lokossa	23. CSKU Lokossa
			Aplahoué	24. HZ Aplahoué
			Akassato	25. CCS Akassato
			Adjarra	26. CSC Adjarra



## ANNEXE 2 : TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES

**Répartition des FS selon la température de stockage des utérotoniques recommandée par le fabricant et la température d'emmagasinage à la pharmacie**

Température recommandée par le fabricant	Température d'emmagasinage à la pharmacie de la FS			
	Ocytocine			
	2-8 degré C	15-25 degré C	Autres	Total
2-8 degré C	11 (84,6%)	0 (0%)	2 (15,4%)	13 (100%)
15-25 degré C	1 (14,4%)	3 (42,8%)	3 (42,8%)	7 (100%)
Total	12 (60,0%)	3 (15%)	5 (25%)	20 (100%)
Température recommandée par le fabricant	Ergométrine			
	2-8 degré C	15-25 degré C	Autres	Total
2-8 degré C	8 (61,5%)	1 (7,7%)	3 (7,7%)	12 (100%)
15-25 degré C	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)
Total	8 (34,6%)	1 (3,8%)	3 (19,3%)	12 (100%)

**Répartition des FS selon les conditions de lumière des utérotoniques recommandées par le fabricant et la les conditions de lumière d'emmagasinage à la pharmacie**

Fabricant	Pharmacie		
	Obscurité	A la lumière du jour	Total
Non indiqué	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
A l'abri dans la lumière	12 (100%)	0 (0%)	12 (100%)
Total	13 (100%)	0 (0%)	13 (100%)