



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

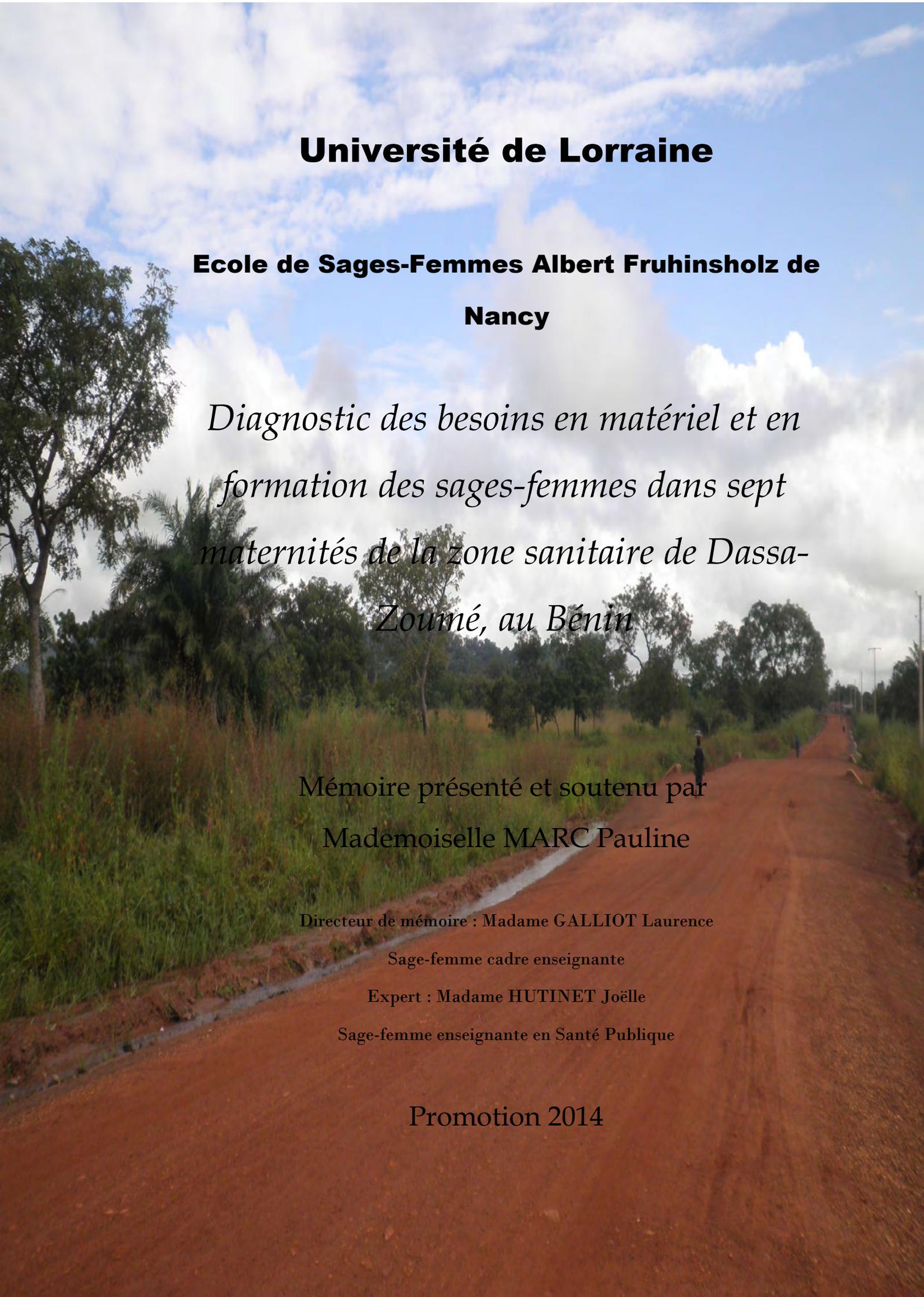
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Université de Lorraine

**Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz de
Nancy**

*Diagnostic des besoins en matériel et en
formation des sages-femmes dans sept
maternités de la zone sanitaire de Dassa-
Zoumé, au Bénin*

Mémoire présenté et soutenu par
Mademoiselle MARC Pauline

Directeur de mémoire : Madame GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Madame HUTINET Joëlle

Sage-femme enseignante en Santé Publique

Promotion 2014

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mon équipe encadrante Mme GALLIOT Laurence pour la confiance qu'elle a eu en moi, et Mme HUTINET Joëlle pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Je remercie aussi de tout mon cœur mes proches avec une pensée toute particulière aux deux êtres chers qui m'ont indirectement menée à devenir sage-femme : Mamie CAILLARD et mon grand-père Christian BERGUET.

-Ma mère, pour m'avoir soutenue et supportée au cours de ces 5 années d'études,

-Ma grand-mère Chantale d'avoir été si présente,

-Ma sœur Eléna, pour m'avoir offert le plus bel accouchement de mon début de "carrière",

-Lyliane et Jean-François pour leurs précieuses relectures et leur soutien quotidien, mais aussi Julia et Benoît pour leurs encouragements,

Je remercie très chaleureusement Aurélie pour son accompagnement sans égal, Alain et tous les autres membres de l'association GAMIA sans qui je n'aurais pu faire ni vivre cette merveilleuse aventure et étude,

-Robert et tous les membres de PROMUSAF ainsi que toutes les sages-femmes que j'ai rencontré dans les différentes maternités,

-Et pour terminer, Yann, mon véritable pilier quotidien, qui m'accompagne et m'épaulé chaque jour. Merci pour ton soutien sans faille.

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Préambule.....	7
Introduction.....	8
Partie 1 : Le contexte du Bénin.....	9
1. Le contexte du Bénin.....	10
1.1. Présentation générale du Bénin.....	10
1.2. Spécificités de la zone sanitaire Dassa-Glazoué.....	13
1.3. Le système de santé béninois.....	14
1.4. Le suivi de grossesse au Bénin.....	21
1.5. Formation des personnels de santé en maternité.....	23
Partie 2 : Présentation de l'étude et de ses résultats.....	29
2. Présentation de l'étude et de ses résultats.....	30
2.1. Méthode et cadre d'étude.....	30
2.2. Déroulement de l'étude.....	34
2.3. Résultats.....	35
Partie 3 : Discussion et perspectives.....	50
3. Discussion.....	51
3.1. Les pathologies prédominantes.....	51
3.2. Les difficultés rencontrées.....	51
3.3. En ce qui concerne les consultations prénatales.....	52
3.4. En ce qui concerne la planification familiale.....	54
3.5. Les consultations postnatales.....	54
3.6. Stratégie de sensibilisation.....	54
3.7. La couverture sanitaire.....	54
3.8. Le matériel.....	55
3.9. En ce qui concerne la formation des sages-femmes.....	56
4. Perspectives.....	57
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	59
Table des matières.....	61
Annexes.....	63

Liste des abréviations utilisées

BM : Banque Mondiale

CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHNU : Centre Hospitalier National Universitaire

CPN : Consultation Prénatale

CS : Centre de Santé

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSCOM : Centre de Santé de COMMune

CU : Contraction Utérine

DDS : Direction Départementale de Santé

FAP : Femme en Âge de Procréer

FNUAP : Fonds de Nations Unies pour les Activités de Population

GATPA : Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

HTA : Hypertension Artérielle

HZ : Hôpital de Zone

ICM : Conférence Internationale des Sages-femmes

IDH : Index de Développement Humain

INMES : Institut National Médico-Social

INMeS :Institut National Médico-Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LA : Liquide Amniotique

OMD : Objectifs Millénaire du Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PISAF : Projet Intégré de Santé Familiale

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PROMUSAF : PROgramme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SSP : Soins de Santé Primaire

UE : Union Européenne

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence des États-Unis pour le Développement

UVS : Unité Villageoise de Santé

VAT : Vaccin Anti-Tétanique

VIH : Virus à Immunodéficience Humaine

ZS : Zone Sanitaire

PREAMBULE

Les différents stages que j'ai pu vivre ont développé ma curiosité et mon questionnement sur le métier de sage-femme. Très tôt, j'ai ressenti un attrait particulier à l'égard de celles et ceux qui choisissent d'exercer leur métier dans des conditions précaires dans les pays en voie de développement. Quels sont les modes de fonctionnement, les connaissances spécifiques et les moyens matériels mis à disposition ? De quoi auraient-elles besoin pour améliorer leurs conditions de suivi de grossesse ou d'accouchement ? Comment pourrions-nous les aider à améliorer les différents indices en terme de mortalités maternelle, néonatale et infantile ?

L'alliance de cette curiosité et de mon goût pour le voyage m'a poussée à réaliser ce passionnant périple au Bénin. Longtemps j'ai ignoré quand et dans quelles mesures je pourrais le réaliser, puis l'association humanitaire GAMIA m'a donnée une occasion inespérée de partir découvrir le fonctionnement des maternités béninoises.

En arrivant au Bénin, j'ai observé une diversité ethnique et culturelle impressionnante. La population chaleureuse et accueillante m'a bouleversée, avec elle le mot partage a pris tout son sens. Ce que je retiens de cette expérience est l'enrichissement autant personnel que professionnel lors des rencontres avec les différents acteurs du système de santé. Lors de nos moments d'échanges, nous avons pu partager le savoir obstétrical. Mais surtout, s'est trouvé renforcé mon désir de combiner, dans l'avenir, activité professionnelle et engagement personnel.

Le but de ce mémoire n'est pas de comparer le système français avec celui du Bénin, mais d'évaluer la pratique et les besoins des sages-femmes béninoises en m'appuyant sur les différents critères élaborés par plusieurs organisations internationales de référence (OMS, UNICEF...).

Introduction

Dans la zone sanitaire de Dassa-Zoum , comme dans tous les pays d'Afrique, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile restent parmi les plus élevés au monde, avec des chiffres de respectivement 397 pour 100.000 naissances vivantes, 32 et 64 pour 1000 naissances vivantes [3, 5]. Ces taux élevés sont combinés aux nombreuses affections endémo-épidémiques qui touchent le pays, en particulier le paludisme (44,5%), les infections respiratoires aiguës (13,6%), et les affections gastro-intestinales (6,6%) [9]. Et ce malgré les efforts déployés par l'ONU avec la création des Objectifs Millénaire du Développement en 2000, dont les objectifs 4 et 5 intéresseront principalement cette étude. Ces objectifs fixent la réduction de la mortalité maternelle et infantile respectivement de trois quart et deux tiers de 1990 à 2015.   deux années de la date butoir, ces deux objectifs se sont améliorés mais les chances de les atteindre sont restreintes (Annexe 2) pour des raisons qui ont déjà été identifiées.

Cette présente étude a été mise en place suite à la demande des personnels de la zone sanitaire de Dassa-Zoum  auprès de l'association GAMIA, ONG crée en 2009, qui intervient déjà au Nord du Bénin, dans la formation des infirmiers et l'éducation à la santé, notamment dans la lutte contre le paludisme et le choléra.

L'objectif de ce mémoire sera d'une part, d'évaluer les besoins en matériel et en formation des sages-femmes dans sept maternités de la zone sanitaire de Dassa-Zoum  et d'autre part, d'apporter des réponses adaptées aux besoins qui seront mis en avant par cette étude.

Dans une première partie, nous aborderons le contexte particulier du Bénin et de la zone sanitaire de Dassa-Zoum  sur les plans géographique, démographique, économique et politique, ainsi que le système de santé et de la formation des sages-femmes béninoises afin de mieux comprendre la situation sanitaire du pays.

La deuxième partie, sera consacrée à la présentation de la méthode choisie pour l'étude et aux résultats obtenus.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous analyserons et discuterons les différents résultats. Et nous émettrons différentes perspectives propices à une amélioration.

Partie 1 :

Le contexte du Bénin

1. LE CONTEXTE DU BENIN

1.1. Présentation générale du Bénin

1.1.1. Situation géographique

Le Bénin est un petit pays de l'Afrique de l'Ouest (1/5^{ième} de la France), dans la zone tropicale entre l'équateur et le tropique du Cancer. Il est limité au Nord par le fleuve Niger qui le sépare de la République du Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'océan Atlantique.

Sa superficie est de 112622 km². Du Nord au Sud, il s'étend sur 700 Km, et sa largeur varie de 125 Km (le long de la côte) à 325 Km (à une certaine latitude).

Le pays est étiré et peu accidenté. On y distingue cinq régions naturelles : une bande côtière, basse et sablonneuse ; une plaine centrale vallonnée et monotone s'élevant de 200 à 400 m du Sud au Nord ; la chaîne de l'Atacora au Nord-Ouest où se situe le point culminant du pays : le Mont Aledjo (658m) ; la vaste plaine du Gourma et la savane humide qui occupe la majeure partie du pays.

La capitale du pays est Porto-Novo. La capitale économique et la plus grande ville du Bénin est Cotonou. Les deux villes se situent dans la zone côtière au Sud.

Le Bénin est divisé en 12 départements, dont le département des Collines où se trouve la zone sanitaire de Dassa-Zoumé, en 77 communes et en 546 arrondissements.

Deux climats se côtoient. Au Sud, un climat équatorial avec une forte humidité, alternance de saisons sèches (novembre à mars et mi-juillet à mi-septembre) et de saisons des pluies (avril à mi-juillet et mi-septembre à octobre). Au centre et au Nord, un climat tropical, une saison sèche (novembre à avril) et une saison des pluies (juin à septembre).

1.1.2. Situation démographique et culturelle

1.1.2.1. Particularité démographique

Avec des taux de natalité (37,55 pour mille naissances vivantes en 2012) et de fécondité élevés (5,5 enfants par femme), et notamment la fécondité adolescente (15-19 ans : 11%), la population du Bénin augmente rapidement (4).

Au dernier recensement, la population béninoise est évaluée à 9 877 292 habitants en 2013 (3), dont la majorité vit à Cotonou et Porto-Novo. Cependant, la part de la population rurale reste très importante, de l'ordre de 56%. La population béninoise se compose de 50,2 % de femmes et de 49,8 % d'hommes.

La pyramide des âges est d'allure triangulaire, à base très large, qui traduit la forte proportion de jeunes (moins de 14 ans 44,4% en 2012) et très peu de personnes âgées (plus de 64 ans : 2,7%). L'âge médian de la population est d'ailleurs de 17,6 ans et l'espérance de vie à la naissance est de 60,67 ans en 2013 (3).

Son taux d'accroissement naturel est de 2,87% par an, avec une densité moyenne de 60 habts/Km², qui est très inégalement répartie dans le pays.

Concernant les taux de mortalité maternelle et infantile du Bénin, ils sont respectivement de 350 pour 100 000 naissances (2010) et 57,2 pour 1000 (2012). Le taux brut de mortalité lui, est de 8,4 pour mille en 2012.

1.1.2.2. Traits de culture

Le Bénin est surnommé le « Quartier latin de l'Afrique », et a comme langue officielle le français. Il existe également des langues et dialectes (Fon, yorouba et bariba) spécifiques à certaines ethnies, on en dénombre une cinquantaine (5).

D'après le recensement de 2002, le Bénin compte 61 groupes ethniques avec chacun leurs caractéristiques socioculturelles et plusieurs d'entre eux peuvent se situer au sein d'un même département.

On distingue quelques grands groupes tels que les Fon (39,2%), les Adja (15,2%), les Yoruba (12,3%), les Bariba (9,2%), les Peulh (7%), Ottamari (6,1%), Yoa-Lokpa (4%), Dendi (2,5%), d'autres (1,5%) et les non-spécifiés (2,9%).

En ce qui concerne les religions, le Bénin est le berceau du Vaudou donc la part d'animisme reste très importante (17,3%). Mais elle se place derrière le christianisme (catholiques et protestants) qui représente 42,8% des croyances et derrière l'Islam avec 24,4%. Les autres religions représentent les 15,5% restant.

La part encore significative du Vaudou dans le pays a une influence incontestable quant à la fréquentation des tradipraticiens et au recours à la phytopharmacologie. Ces pratiques sont d'autant plus importantes dans les zones rurales.

L'attache ethnique et religieuse a une importance vis-à-vis du vécu de la maternité qui est vue selon différentes perceptions et croyances en fonction des ethnies. Par exemple dans les tribus Bariba, les femmes doivent rester stoïques pendant le travail et l'accouchement. Si elles accouchent seules et dans le silence, elles seront respectées du village. Autre exemple, les béninois musulmans refusent à leur femme de prendre une contraception par crainte de favoriser l'infidélité.

1.1.3. Contexte politique

Le Bénin est un pays indépendant depuis le 1^{er} août 1960.

Le régime béninois est de type présidentiel. Le président actuel est le Docteur Yayi Boni qui a été réélu en mars 2011. Il est au pouvoir depuis avril 2006.

Il se distingue de ses voisins par une stabilité politique et par la pratique d'une véritable démocratie depuis les années 1990.

1.1.4. Conditions économiques

Le Bénin est un pays à faible IDH (0,436 en 2012) où plus d'une personne sur trois vit en dessous du minimum vital et 20 % de la population fait partie de la catégorie d'extrême pauvreté. Selon le dernier rapport du Programme des Nations Unies pour le

Développement en mars 2013, il se placerait 166ième sur les 187 pays possédant des données comparables (10). Cette situation de pauvreté généralisée associée au faible accès à l'eau potable, pèse lourdement sur l'état de santé de la population. Et seule une faible partie de la population a accès à des services de base (santé, éducation, électricité).

Le contexte économique est caractérisé par une faible croissance du Produit Intérieur Brut par habitant. En 2013, le PIB par habitant est de 414 045,71 FrCFA soit de 631,21 euros (1 euro=655,96 FrCFA) (9). Cette situation de pauvreté n'échappe pas aux politiques du Bénin qui ont mis en œuvre la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2011-2015.

Son économie est basée principalement sur l'agriculture, notamment de céréales et de coton, qui représente un tiers du PIB et deux tiers des emplois ainsi que les activités du port de Cotonou (pêche, exportations). En 2012, la croissance a été comprise entre 3 et 4%.

Le Bénin est membre de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et aussi de l'Union économique et monétaire ouest-africaine.

L'aide extérieure reçue par le Bénin connaît une évolution positive. Les ressources externes ont contribué à hauteur de 22% en moyenne au financement des dépenses de l'État sur la période 2000-2009. En 2012, le FMI a salué les progrès réalisés par le Bénin et a débloqué une nouvelle tranche de 12,5 millions d'euros.

1.2. Spécificités de la zone sanitaire Dassa-Glazoué

Cette ZS fait partie du département des Collines au centre sud du Bénin, qui est subdivisée en 6 communes : Bantè, Dassa-Zoumé, Glazoué, Ouèssè, Savalou, Savè. L'ensemble de ces communes regroupe 741 327 habitants en 2012 (4).

La commune de Dassa-Zoumé, à proprement parler, s'étend sur 1711 Km² et compte environ 120 000 habitants estimés en 2011. Elle est découpée en 10 arrondissements et 60 villages administratifs. Elle est entourée par Glazoué au Nord (à 31,3km), Savalou à l'Est, Savè Kétou au Sud et se situe à 203 km de Cotonou.

La densité de la population est de 54,9 habitants par km² sur la ville de Dassa, avec une majorité de la population rurale (75,45%). La part des 0-14 ans représente 47,8% de la population, et les 15-59 ans 45,4%.

Les ethnies majoritaires sont les Idaatcha et Mahi. Plus minoritaires, les Peuhls, Adja et Yoruba. Les religions pratiquées sont le christianisme à 65%, le vaudou à 20% et l'Islam à 5%.

1.2.1. Indicateurs significants

Dans le département des Collines, l'espérance de vie à la naissance se trouve à 55,74 ans. Les taux brut de natalité et de mortalité sont respectivement de 44,09 pour 1000 et de 13,93 pour 1000.

Concernant la santé de reproduction, sur les 58747 femmes en âge de procréer, l'indice de fécondité est de 6,18 enfants par femme avec une couverture des naissances qui s'élève à 75,3%. Le taux de mortalité infantile reste très médiocre, de l'ordre de 64 pour 1000. Et l'on retrouve 4,2% de césariennes et 7,6% de dystocies. Le nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH sur les sites PTME du département des Collines en 2012 sont au nombre de 167. Celles-ci ont pu bénéficier d'un accouchement avec le protocole PTME, c'est-à-dire avec une trithérapie et une triprophylaxie.

1.3. Le système de santé béninois

1.3.1. Organisation

Le système de santé comprend « tous les organismes, institutions et ressources réservés à la réalisation d'actions sanitaires ».

Il englobe les activités du niveau central, régional, du district, de la communauté et des ménages. Mais également les activités des secteurs public et privé.

Celui-ci a une structure pyramidale avec trois niveaux bien distincts, en conformité avec le cadre de développement sanitaire en trois phases recommandé par l'OMS, qui sont :

³⁵₁₇ Le niveau *central ou national* qui se trouve au sommet de la pyramide. Il correspond au Ministère de la Santé Publique. Il est responsable de la conception et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Le Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins.

³⁵₁₇ Le niveau *intermédiaire ou départemental* qui correspond au milieu de la pyramide. On compte une Direction Départementale de Santé (DDS), et un Centre Hospitalier Départemental (CHD) pour deux départements administratifs. Au nombre de 6, les DDS sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique, assurent la surveillance épidémiologique dans les départements et la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales.

³⁵₁₇ Le niveau *périphérique* qui constitue la base de la pyramide et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. Une Zone Sanitaire (ZS) correspond à la zone opérationnelle la plus décentralisée et peut desservir une ou plusieurs communes. Elle peut couvrir une population allant de 100 000 à 200 000 habitants. Chaque ZS est constituée d'un service de premier contact qui regroupe Unité Villageoise de Santé (UVS), Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) et Centre de Santé COMMunal (CSCOM) et d'un Hôpital de Référence. Ce niveau met en œuvre des interventions inspirées de la politique et des directives du niveau central. Il correspond également au niveau de l'offre de soins de base aux populations.

1.3.2. Organisation des infrastructures de soins

Le Bénin compte 823 formations sanitaires publiques et privées qui offrent des soins maternels et infantiles. Les infrastructures de la ZS Dassa-Zoumé-Glazoué rassemblent 1 HZ, 2 autres hôpitaux, 18 Centres de Santé (CS) complets, 3 dispensaires seuls, 4 maternités seules, 2 officines et 1 formation sanitaire professionnelle pour une population de 258 503 habitants. Soit un taux de couverture sanitaire de 85% et un CS pour 10340 habitants.

On retrouve donc deux secteurs de soins :

- **Le Secteur public** qui inclut les CHN, les CHD, les HZ, les centres de dépistage et de traitement des ulcères de Buruli (maladie chronique de la peau et des tissus mous), ainsi que les centres de dépistage et de traitement de la lèpre.

- **Le Secteur privé** dans lequel on distingue le secteur privé *libéral* qui se compose de deux catégories de formations sanitaires : les structures médico-techniques (clinique, polyclinique) et les formations sanitaires tenues par des paramédicaux sages-femmes et infirmières (clinique d'accouchement eutocique et cabinet de consultations); et le secteur privé *confessionnel et associatif* qui se développe depuis une trentaine d'années et permet de combler le déficit de la couverture sanitaire du pays, bien que tous ne soient pas autorisés.

À ces deux secteurs, il faut ajouter la part non négligeable de la médecine traditionnelle, qui connaît une forte fréquentation dans les milieux ruraux. Celle-ci s'explique en partie par les prix trop élevés des médicaments modernes, à la part importante des croyances et à l'analphabétisation. Cependant, il reste dommage qu'il n'existe pas de relation de confiance entre les agents de santé et guérisseurs traditionnels qui pourraient collaborer et contribuer à la réduction de mortalité.

À l'insuffisance en infrastructures sanitaires, et aux disparités sur le plan urbain et rural en terme de disponibilité des centres de santé et du personnel de santé, s'ajoute le problème de l'accessibilité géographique et financière des soins obstétricaux.

1.3.3. Utilisation des services de santé

1.3.3.1. Accessibilité géographique aux soins et aux services de santé

Elle est définie par le pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé. Au Bénin, dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, on remarque que plus de 50% de la population a un accès à un hôpital de référence en cas de nécessité, 13% des populations vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne dispose pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% vs milieu urbain 77%). Et

environ 24% des femmes rurales doivent effectuer un trajet de plus d'une heure avant de pouvoir bénéficier de soins maternels et infantiles.

1.3.3.2. Fréquentation des systèmes de santé

En 2012, selon l'annuaire des statistiques sanitaires, le taux de fréquentation des services de santé est de 37,9% dans la zone de Dassa-Glazoué. Cette situation qui contraste avec la couverture sanitaire qui avoisine les 86% pourrait s'expliquer par des contraintes financières, un accueil et une qualité de soins peu satisfaisants. Les institutions de Micro-Assurance de Santé ont été donc préconisées comme une réponse appropriée aux problèmes d'accessibilité financière aux soins et services de santé.

1.3.4. Ressources du secteur de soins

Le secteur de santé est confronté à une insuffisance de ressources et à une mauvaise gestion de celles déjà existantes.

1.3.4.1. Ressources humaines

Le nombre et la répartition des accoucheurs *qualifiés* sont inadéquats et très déséquilibrés en défaveur du Nord du pays et des zones rurales. En dehors des capitales, les médecins ne sont pas en très grand nombre, d'où la place importante des sages-femmes et infirmières pour essayer de pallier à la couverture des soins [4].

Au Bénin, l'effectif de sages-femmes (incluant les infirmières sages-femmes) est de 1288 en 2011. Le nombre d'obstétriciens est de 50.

Dans le département des Collines où se trouve la ZS de Dassa-Zoumé, pour une population de 741 327 habitants dont 170 698 femmes en âge de procréer, il y a 30 médecins soit 0,4 médecins pour 10 000 habitants, 289 infirmières soit 3,9 infirmières pour 10 000 habitants, 49 sages-femmes soit 0,6 sages-femmes pour 10 000 habitants. La norme OMS étant de 25 personnels qualifiés pour 10 000 habitants [4].

La valorisation des ressources humaines est primordiale dans l'amélioration de la qualité des soins et des indicateurs de santé. L'idéal serait de disposer en quantité et en qualité

de personnels capables de mettre en œuvre la politique nationale de santé à tous les niveaux du système.

1.3.4.2. Ressources matérielles

Les problèmes de sous-équipement constituent un frein à la qualité du diagnostic et du traitement, voire un danger pour les patients. Par exemple, l'absence de stérilisateur vis-à-vis de la transmission des germes et infections. Autre exemple, le système de référence (évacuation par ambulance) ne peut fonctionner normalement ni en permanence lorsque selon l'évaluation des 34 ZS en 2005, 30 ZS possèdent des ambulances mais seulement 7 de ces véhicules sont en bon état, et seulement 13 ZS possèdent un système de radiocommunication qui fonctionne.

Mais il est très difficile de connaître le niveau d'équipements des formations sanitaires publiques. Nous savons juste que la part de dépenses dans les formations sanitaires dans l'équipement est de 1,7% en 2012 (4).

Il reste beaucoup à faire concernant les moyens de transport et les moyens de communication qui sont insuffisants pour établir des liaisons régulières entre les différents centres de santé.

1.3.5. Financement de la santé

Il est assuré à 52,1% par les ménages, à 30,8% par l'Etat, à 16,5% par le reste du monde et 0,6% par les collectivités, les assurances et mutuelles de santé, les entreprises privées et publiques. La portion du budget général de l'État allouée au secteur de la santé est de 6,6% en 2012. Pour les ménages, 76% de ces dépenses sont destinées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, et 5% pour les soins ambulatoires.

Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 9 630 551 000 FrCFA en 2006. Elle relève principalement de la primauté des soins ambulatoires (68%), puis la prévention (17%), de l'administration (11%) et des soins hospitaliers (4%). Les principaux partenaires sont les bilatéraux : La Coopération Belge (2756 millions de FrCFA), française, suisse, néerlandaise, canadienne et l'USAID. Mais aussi les coopérations multilatérales que sont l'UE, la Banque Mondiale,

le PNUD, l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS. Et d'autres partenaires, comme les Fonds Mondiaux (4370 millions de FrCFA).

Depuis bientôt une dizaine d'années, on note une émergence progressive de deux grands types de Micro-Assurance Santé au Bénin dont les mutuelles de santé comme PROMUSAF. Le paquet couvert par les mutuelles regroupe le paquet minimum d'activités des centres de santé et quelques interventions au niveau de l'hôpital : césarienne (gratuite depuis 2009 pour une équité face aux soins d'urgence), rupture utérine et autres complications obstétricales. La mutuelle prend en charge le paiement de 75% des coûts au CS et 60% des coûts à l'HZ. Le reste est payé par le patient. Les mutuelles de santé permettent une bonne accessibilité aux soins, avec un faible montant de la cotisation (200 FrCFA) et donc une augmentation du recours aux soins par les populations. De plus, depuis juillet 2009, il existe un forfait "accouchement" à 7000 FrCFA, qui comprend : les actes, l'hospitalisation, et le kit d'accouchement. La prise en charge du paludisme chez la femme enceinte est gratuite. Cependant quelques examens restent hors de portée pour les plus pauvres, comme exemple l'échographie qui vaut 6000 FrCFA.

1.3.6. Politiques de réduction de mortalité

En 1978, lors de la Conférence de Alma Ata, la communauté internationale s'était fixée comme objectif « la santé pour tous en l'an 2000 », avec la promotion de la santé primaire dans tous les pays du monde. L'objectif n'est pas encore atteint à ce jour.

En 1987, l'initiative de Bamako met l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé. Toujours la même année, après la conférence de Nairobi, l'initiative pour une Maternité Sans Risque a été établie, composante des SSP visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.

En 2000, les OMD ont été établis par l'ONU (Annexe 3). L'OMD 4 vise à réduire le taux mortalité infantile de deux tiers de 1990 à 2015 et l'OMD 5, de diminuer le taux de mortalité maternelle de trois quart d'ici 2015. Le pourcentage de naissances assistées par du personnel médical qualifié est un paramètre déterminant dans la réduction de la mortalité périnatale, néonatale et maternelle.

En 2006, le gouvernement béninois a lancé la Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui privilégie la formation des soignants jusqu'en 2015 [7].

En 2007, le Plan National de Développement Sanitaire 2007-2016 a été débuté. Il est axé sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ce plan comporte notamment la Prévention de la Transmission du VIH Mère-Enfant (PTME), les soins pédiatriques VIH, l'alimentation du nourrisson. L'objectif est d'installer une unité PTME dans chaque maternité du Bénin.

En 2012, le PNUD a établi un programme de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Son but : réduire le ratio de mortalité maternelle à 125 pour 100 000 et le taux de mortalité néonatale à 10 pour 1000 en 2016. Pour cela, il faut augmenter la satisfaction des besoins en SONU de 22,9% (2003) à 100% en 2016, augmenter le pourcentage de césarienne à 5%, augmenter le taux de CPN de 80% à plus de 90%, augmenter le taux d'utilisation des services de Planification Familiale à 15% et améliorer le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié.

1.3.7. Présentation de l'association GAMIA et de son partenaire la Mutualité Chrétienne

L'association GAMIA a été créée en 2009 après deux années de missions et d'études sur le terrain au Bénin. Elle a pour but de favoriser, auprès des populations africaines, la promotion pour la santé définie par l'OMS en 1986 par le partage de compétences, notamment en ce qui concerne :

- l'acquisition d'aptitudes individuelles et la prévention des maladies par l'éducation à la santé : essentiellement la prévention du paludisme, du choléra et depuis peu les IST.
- l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins par la formation des professionnels sanitaires,
- l'autonomie des populations par le renforcement de la participation communautaire.

GAMIA intervient notamment dans la formation des infirmiers dans les centres de santé des ZS de Bembéréké (au Nord du Bénin) et de Dassa-Zoumé. Elle fournit du matériel pédagogique et forme les relais communautaires dans le cadre de l'éducation pour la santé auprès de la population. Elle compte une vingtaine de membres actifs et environ 80 adhérents.

La Mutualité Chrétienne Belge créée il y a presque 150 ans, est une association qui promeut elle-aussi le bien-être physique, psychique et social dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité. Son but est que les soins de santé soient accessibles à tous et le restent. En 1998, elle crée le PROgramme d'Appui aux MUtelles de Santé en AFrique (PROMUSAF) qui permet un accès à des soins de santé de qualité à un coût abordable, une sensibilisation à la santé, un soutien aux initiatives locales, un maintien de réseaux efficaces, ainsi qu'un enrichissement mutuel. Leurs projets se déroulent essentiellement à Bembéréké et Dassa, où se situe une Union communale de Mutuelle qui prend en charge les soins de base et les soins d'hospitalisation.

1.4. Le suivi de grossesse au Bénin

1.4.1. Recommandations de suivi des CPN

Selon l'OMS et les recommandations nationales du pays, les CPN sont obligatoires au nombre de 4. Une CPN par trimestre et une avant l'accouchement. Ces CPN permettent d'établir un lien de confiance avec la patiente, de dépister les facteurs de risque pour la mère et l'enfant, et donc de pouvoir planifier le reste de la grossesse et de l'accouchement. C'est lors de ces CPN que des soins essentiels pourront être effectués pour chaque femme. Les soins essentiels regroupent la vaccination à l'anatoxine antitétanique (VAT), la prévention de l'anémie par une éducation à la nutrition et à la fourniture de cachets systématiques tel que le fer et l'acide folique, le traitement intermittent du paludisme (sulfadoxine pyriméthamine) à raison d'une dose de 3 comprimés à 16 et 36 SA, et un traitement déparasitaire (Mébendazole) au 1T et 2T.

1.4.2. L'accouchement

Selon les ATCD médicaux, obstétricaux et le carnet maternel du suivi de grossesse, le plan d'accouchement sera différent d'une femme à l'autre. La femme se placera dans un groupe plus ou moins à risque d'évacuation.

Le tracé du partogramme se débute à partir de la phase active, avec une fréquence des touchers vaginaux toutes les 4h, de tous les paramètres toutes les heures, une surveillance de la couleur du LA si il y a eu rupture de la poche des eaux, et les Bruits Du Cœur (BDC) fœtal toutes les 30 minutes. En phase expulsive, l'auscultation des BDC se fait entre chaque CU. Les précautions d'hygiène pour l'accouchement sont les mêmes qu'en France.

La pratique de la délivrance constitue la partie la plus délicate après l'expulsion. Pour diminuer la mortalité maternelle par hémorragie (1^{ère} cause au Bénin), la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) a été mise en place. Elle comporte trois éléments :

- l'administration d'un médicament utérotonique type oxytocine immédiatement après la naissance de l'enfant après avoir vérifiée l'absence d'un autre fœtus.
- le contrôle de l'expulsion du placenta grâce à une traction délicate sur le cordon ombilical tout en fournissant une contre-traction externe de l'utérus.
- le massage externe de l'utérus pendant et après la délivrance.

La GATPA diminuerait de 50 % les HPPI si elle est pratiquée immédiatement après la naissance de l'enfant.

1.4.3. Le postpartum immédiat

La surveillance du globe utérin, des pertes sanguines, de la tension artérielle et des pulsations se fait toutes les 15 minutes pendant 2 heures. On surveille aussi la vidange de la vessie régulière et la température.

1.4.4. Le nouveau-né

À la naissance, on évalue le score d'Apgar. L'enfant est séché et mis au sein de sa mère. Puis les premiers soins (ligature, section et pansement du cordon, une IM de vitamine K1, collyre) et le premier examen sera effectué à la recherche d'anomalies ou de malformations.

1.5. Formation des personnels de santé en maternité

Le système de santé au Bénin comporte différentes catégories d'agents de santé, à statut conventionnel (médecins, sages-femmes, infirmiers) et non conventionnel (aides-soignantes, matrones, et autre personnel de soutien). Ces différents acteurs entretiennent des rapports fortement hiérarchisés en apparence, mais parfois ambigus, et jouent différents rôles à la fois.

1.5.1. Sages-femmes et infirmières d'Etat

La sage-femme et l'infirmière appartiennent au personnel paramédical.

Leur formation initiale est assurée par les écoles et institutions publiques qui relèvent non pas du Ministère de la Santé mais du Ministère en charge de la Formation Professionnelle et du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Le système de formation du personnel de santé comprend une formation initiale dans les écoles, mais aussi une formation continue pour conserver et améliorer les compétences : stages, séminaires, journée de formation et d'échange.

1.5.1.1. L'entrée en école de sages-femmes et d'infirmières

Il existe deux centres de formation pour les infirmières au Bénin : l'école de Parakou et l'école de Cotonou.

Les difficultés rencontrées sont dues à une existence de deux catégories d'infirmières (d'État et Brevetées) car l'école de Parakou, appelée ENIAB, s'approche plus de la formation d'aide-soignante que d'infirmière.

Avant 2005, c'était l'Institut National Médico-Social à Cotonou qui regroupait l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières d'État ainsi que l'Ecole Nationale des Sages-Femmes d'État. Dans cet institut étaient formés également les techniciens de laboratoire d'analyse médicale, les assistants sociaux et les techniciens sanitaires. Le niveau d'accès se faisait avec le **Brevet des Écoles du Premier Cycle (BEPC)**.

Respectivement en 2003, 2004 et 2005, le nombre de sages-femmes diplômées étaient de 123, 192 et 115. De même, les infirmières diplômées d'État étaient de 206, 420 et 306, lors des mêmes années.

En 2011, l'Institut National Médico-Social devient l'Institut National Médico-Sanitaire, après cinq années de fermeture. L'INMeS regroupe désormais l'École Supérieure des Sages-Femmes d'État et l'École Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'État. Il est désormais sous la tutelle de l'Université d'Abomey-Calavi. Cet institut ouvre ses portes à 50 étudiants issus d'un concours national organisé chaque année à cet effet.

La différence entre les deux instituts est le relèvement du niveau d'admission passant du **BEPC** au **Baccalauréat**. Cette exigence a été mise en place du fait d'un manque de personnel paramédical *qualifié* dans le pays.

Rappelons la définition d'un accoucheur qualifié selon l'OMS : « c'est un professionnel de santé accrédité (sage-femme, un médecin ou un/une infirmier(ère)) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, et du post-partum immédiat sans complications, et qui sait identifier, traiter, ou si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications. ».

1.5.1.2. Durée de la formation initiale

La durée de formation est de trois ans que ce soit pour les sages-femmes ou pour les infirmières. Depuis deux ans, les sages-femmes tout comme en France et dans d'autres pays, ont la possibilité de poursuivre des Masters. Car elles se trouvent elles aussi dans un système universitaire LMD : Licence/Master/Doctorat.

1.5.1.3. Contenu du programme

Il y a eu une révision des programmes d'enseignement pour y inclure les compétences essentielles de la sage-femme selon l'ICM (International Confederation of Midwives). La formation alterne entre la théorie et la pratique.

1.5.1.4. Spécialisations possibles

Les sages-femmes et infirmières ont la possibilité de se spécialiser en kinésithérapie, en ophtalmologie, en santé publique, en anesthésie-réanimation, en aide chirurgicale, en instrumentation, en puériculture, et en urgentiste. L'infirmière peut se spécialiser en soins obstétricaux et néonataux.

1.5.1.5. Répartitions des compétences

1.5.1.5.1. Compétences de la sage-femme

Il existe une charte qui répertorie les compétences nécessaires pour exercer le métier de sage-femme au Bénin. Elle exclut les compétences liées à la réanimation et aux interventions chirurgicales de la femme enceinte en situation d'urgence.

- 1) Réaliser les consultations de la femme : Accueillir la patiente, faire l'interrogatoire, constituer le dossier médical, calculer la date présumée de l'accouchement, réunir le matériel, faire l'examen de l'état général et physique de la patiente, faire l'examen gynéco-obstétrical, dépister le cancer du col de l'utérus et du sein, faire la synthèse de l'examen, faire de la prévention du paludisme et du choléra, prévenir l'éclampsie, faire le déparasitage, la PTME, et le plan pour l'accouchement.
- 2) Conduire l'accouchement : Préparer psychologiquement la patiente, évaluer les bruits du cœur fœtal, évaluer les CU, la dilatation cervicale, et la progression du mobile fœtal. Procéder à l'abord veineux, analyser la couleur du LA, tracer le partogramme, assurer la vidange vésicale et rectale, expliquer les techniques de poussée, diriger les efforts expulsifs de la parturiente, effectuer le dégagement du nouveau-né, évaluer le score d'APGAR et sectionner le cordon ombilical, quantifier les pertes de sang et surveiller la mère et le nouveau-né.

- 3) Gérer les pathologies et complications : Donner les soins curatifs, prendre en charge les IST, faire les prescriptions, pratiquer l'épisiotomie, appliquer la ventouse obstétricale, réanimer les nouveau-nés, faire la DA suivie d'une RU, prendre en charge l'hémorragie, suturer les lésions simples sous AL, pratiquer l'aspiration manuelle intra-utérine, administrer des soins après l'avortement, référer la patiente.
- 4) Réaliser les consultations de l'enfant sain : Vérifier le statut vaccinal de l'enfant et de la mère, faire l'examen physique de l'enfant, contrôler le développement staturo-pondéral et psychomoteur de l'enfant, prendre en charge les enfants malnutris, animer une séance de démonstration culinaire.
- 5) Faire de la vaccination : Assurer le bon fonctionnement de la chaîne du froid, gérer le stock de vaccins, planifier les actions de vaccination, vacciner les cibles, enseigner le calendrier vaccinal, gérer les effets secondaires des vaccins.
- 6) Faire de la planification familiale : Faire un entretien avec le couple, renseigner les différentes méthodes de contraception, assurer un choix éclairé au couple, faire l'examen clinique de la patiente, appliquer la méthode de contraception choisie, donner des conseils au couple, gérer les effets secondaires.
- 7) Prévenir les infections nosocomiales : Se laver les mains avant et après chaque acte de soins, porter un masque, décontaminer nettoyer et stériliser les instruments, assurer l'entretien des locaux et du mobilier, assainir l'environnement, gérer les déchets.
- 8) Accompagner psychologiquement et socialement les patients : Préparer la séance, faire la synthèse des discussions, rechercher des solutions, faire de l'information/de l'éducation, et de la communication, assurer l'accompagnement humanitaire, faire des activités de soins promotionnels.
- 9) Effectuer les stratégies avancées et les recherches actives : Planifier les sorties, trier les cartes de vaccination et de consultation, organiser l'équipe de relais, informer la communauté, assurer le déplacement de l'équipe, assurer la recherche des perdu(e)s de vue du système de soins, faire le dépistage actif, faire les ratissages, négocier la prochaine rencontre.

- 10) Assurer la gestion du centre de santé : Remplir le support de données, déclarer les naissances et les décès, gérer les ressources humaines, les médicaments, consommables médicaux, les ressources matérielles, et ressources financières, rédiger les rapports, transmettre les rapports et fiches de déclaration, faire la surveillance épidémiologique, produire les statistiques, participer aux activités de gestion.
- 11) Avoir un rôle dans la formation et la supervision : Déterminer les besoins en formation, planifier les formations, élaborer des outils didactiques, recruter les formateurs, former les formateurs, informer les centres à l'avance, former le personnel, faire la synthèse des rencontres, mettre en œuvre le plan d'action, faire le suivi/évaluation, faire de la recherche-action.
- 12) Démontrer des compétences personnelles : Faire preuve de patience, développer un esprit d'observation, une écoute attentive, démontrer un esprit d'équipe et d'analyse, faire preuve de dextérité manuelle, développer des capacités d'anticipation, faire preuve de courtoisie, d'empathie, d'endurance et de discrétion, assurer la qualité des soins, appliquer le code de déontologie, et faire preuve de conscience professionnelle.

Les sages-femmes quoique appartenant toutes à la même corporation et ayant apparemment des compétences similaires, ont des statuts très différents dans les faits selon leur lieu d'affectation. Les sages-femmes qui travaillent dans les centres de référence sont sous la responsabilité de gynécologues-obstétriciens, tandis que celles qui sont en milieu rural ont la responsabilité intégrale des accouchements.

1.5.1.5.2. Compétences de l'infirmière

Elles planifient, gèrent, prévoient et évaluent les services de soins infirmiers pour les personnes ayant besoin de ces soins en raison des effets de la maladie, de blessure, ou autre handicap physique ou mental, ou les risques potentiels pour la santé. Elles travaillent en autonomie ou en équipe avec les médecins et autres professionnels de la santé. Elles peuvent superviser la mise en œuvre de plans de soins infirmiers et de mener des activités de formation des soins infirmiers.

Les infirmières professionnelles qui passent la majorité de leur temps de travail dans les services de soins de santé maternelle et néonatale appartiennent à la catégorie des sages-femmes professionnelles.

1.5.1.6. Statut particulier de l'aide-soignante

Les aides soignantes constituent une catégorie professionnelle assez particulière au sein du personnel soignant au Bénin. En général, il s'agit d'agents occasionnels, recrutés sans qualification dans le domaine médical, et commis aux tâches d'entretien des CS. Le titre d'aide-soignante les valorise et leur donne une fonction « médicale ». Cette ambiguïté se traduit au quotidien par leurs fonctions multiples : aide-soignante, agent d'entretien et sage-femme suppléante. Selon l'importance du CS, tel ou tel rôle sera privilégié. Ainsi, dans les hôpitaux de référence, les aides-soignantes ne font qu'assister les sages-femmes et entretenir les instruments médicaux durant la journée. Cependant, la nuit comme elles font plus de gardes de nuit, ce sont elles qui reçoivent les patientes référées en attendant l'arrivée des médecins et sages-femmes. Dans les centres périphériques, pendant les périodes de garde, ce sont encore elles qui sont le plus souvent les premières à intervenir. Dans les maternités rurales, les aides-soignantes ont un statut plus valorisant. Du fait des déplacements multiples des sages-femmes pour divers motifs (stages, séminaires, obligations sociales, ect) et aussi souvent d'une surcharge de travail, les aides-soignantes agissent comme des sages-femmes dans la prise en charge des patientes, et parfois même en cas d'urgence obstétricale. Elles sont initiées sur la tas par les sages-femmes. Les plus anciennes se comportent comme de véritables sages-femmes professionnelles. Elles sont souvent originaires du milieu local.

Après avoir exposé le contexte global du Bénin, son fonctionnement en matière sanitaire ainsi que les compétences des sages-femmes béninoises, nous allons dans un second temps présenter le déroulement de l'étude, la méthode choisie et les résultats obtenus.

Partie 2 :

Présentation de l'étude et de ses résultats

2. PRESENTATION DE L'ÉTUDE ET DE SES RÉSULTATS

2.1. Méthode et cadre d'étude

2.1.1. Justification de l'étude

Le Bénin est un pays en voie de développement confronté à des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile parmi les plus élevés au monde. Les indicateurs témoignent d'un système de santé en grandes difficultés, les conditions hygiéniques et sanitaires ne permettent pas à ces chiffres de progresser significativement.

Rappelons que le taux de mortalité maternelle dans la ZS de Dassa-Zoumé est de 397 pour 100 000 naissances vivantes, et celui de la mortalité néonatale de 36 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle englobe les décès survenus lors de la grossesse, de l'accouchement ou de ses suites pendant une période donnée, et elle est principalement liée aux hémorragies, aux infections sévères, à la pré-éclampsie/éclampsie, aux causes indirectes (anémie, malnutrition, paludisme et VIH), ainsi qu'aux dystocies [2].

La mortalité néonatale concerne les décès des enfants de moins de 28 jours, avec comme principales causes : les infections, les complications per-partum à type d'asphyxie ainsi que la prématurité [2]. La plupart de ces décès sont évitables et ces chiffres pourraient être améliorés.

Les différentes composantes participant à ces décès ont déjà été identifiées. Ils sont liés essentiellement à l'insuffisance de personnel dans les maternités, son inégale qualification en termes de besoins obstétricaux et néonataux mais aussi à une couverture sanitaire pratiquement inexistante dans les zones rurales. Les femmes enceintes des villages isolés se font donc peu suivre et accouchent fréquemment à la maison du fait de la distance trop grande jusqu'à une maternité et en l'absence de moyens de transport.

De plus, ces personnels travaillent très souvent dans des infrastructures inadaptées en équipement [4, 6, 7, 8].

Aucune étude n'a jamais été effectuée dans les maternités de cette zone sanitaire.

GAMIA, avec l'appui du réseau des mutuelles de santé PROMUSAF, a pour objectif d'étendre ses compétences en direction des maternités. Pour se faire, un diagnostic des besoins a été réalisé dans sept des quinze maternités de la commune de Dassa-Zoumé.

2.1.2. Hypothèses et objectifs

Nous partons de l'hypothèse que les maternités de la ZS de Dassa-Zoumé ont des besoins patents en matériel d'accouchement et de soins. De plus, le personnel sanitaire n'est pas uniforme en terme de compétences puisque certains intervenants décideurs dans les soins sont des sages-femmes, des infirmières voire des aides-soignantes non formées à la pratique en maternité.

Notre objectif principal serait de déterminer les besoins en formation et en matériel des sages-femmes dans les maternités de la ZS de Dassa-Zoumé.

Notre objectif secondaire serait d'améliorer la pratique des sages-femmes a posteriori pour qu'elles puissent mieux détecter les situations pathologiques et référer les femmes à temps dans les centres de référence. Et donc, de participer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de la ZS.

Notre troisième objectif serait d'impliquer davantage les mutuelles de santé PROMUSAF dans l'appui au développement, dans la gestion et le suivi du matériel mis à disposition par l'association GAMIA.

2.1.3. Description du lieu d'étude

2.1.3.1. Zone étudiée

La zone sanitaire de Dassa-Zoumé regroupe différents arrondissements dont Dassa 1 et 2, Akofodjoulé, Gbaffo, Kéré, Kpingni, Léma, Paouignan, et Tré.

Pour être le plus représentatif possible dans nos résultats, nous avons réalisé des entretiens auprès d'un panel de sept maternités, chacune se trouvant dans un arrondissement différent.

2.1.3.2. Les locaux et effectifs (cf Annexe 4)

Dans la ZS de Dassa-Zoumé, secteurs publics et privés confondus, on retrouve 19 médecins généralistes, 1 gynéco-obstétricien, 1 chirurgien, 169 infirmières et 21 sages-femmes. On note l'absence de pédiatre dans cette ZS [4].

- **Maternité de Paouignan** : Cette maternité qui pratique 40 accouchements/mois est tenue par une sage-femme et une infirmière par garde qui habitent sur place. Les locaux comprennent une salle de naissance (SDN) équipée de deux tables d'accouchement en bon état, séparées par un paravent, une salle de consultation avec une table d'examen, et une salle de suites de couches (SDC) avec huit lits d'hospitalisation aux matelas dans un état lamentable.

- **Maternité de Kpingni** : Elle pratique 15 accouchements/mois et est tenue par deux aides-soignantes par garde. Elle est configurée d'une SDN avec deux tables d'accouchement sans séparation, d'une salle de consultation avec une table d'examen et une autre table "exploitable", ainsi que d'une salle de SDC avec deux lits en bon état.

- **Maternité de Dassa-Zoumé** : Elle est tenue par une sage-femme et une aide-soignante par garde qui effectuent 25 accouchements/mois. Elle est intégrée dans l'hôpital de référence. C'est dans cette maternité que tous les cas pathologiques et d'urgence sont transférés. Elle possède une SDN équipée de deux lits d'accouchement séparés par une cloison, une salle de consultation avec une table d'examen, une salle de SDC et d'hospitalisation avec huit lits, et un bloc opératoire.

- **Maternité de Gnonkpingnon (ouverte depuis 2007)** : L'aide-soignante tenant cette maternité à elle-seule, en 24h/24 et 7j/7, pratique 10 accouchements/mois. Elle se compose d'une salle commune pour les consultations et les accouchements sans aucune séparation entre les deux. Cette pièce est dotée d'une table de consultation et d'une table d'accouchement en béton non fonctionnelle. La salle de SDC contient trois lits en bon état.

- **Maternité de Tré (ouverte depuis 1996)** : Elle effectue 10 à 18 accouchements par mois. Deux aides-soignantes la tiennent de garde le jour et une seule la nuit. Les locaux contiennent une SDN avec deux lits d'accouchement sans séparation, une salle de consultation avec deux tables d'examen, et une salle de SDC avec six lits dans un terrible état.

- **Maternité de Kpakpa Agbagoulé** : 10 accouchements par mois y sont pratiqués par une infirmière et une aide-soignante de garde. Elle est composée d'une SDN avec un lit d'accouchement, d'une salle de consultation avec une table d'examen, ainsi que d'une salle de SDC avec quatre lits en bon état.

- **Maternité de Soclogbo** : La sage-femme qui tient cette maternité pratique en moyenne 15 accouchements dans le mois (entre 8 et 32). Les locaux se composent d'une SDN avec deux tables d'accouchement séparées d'un paravent, d'une salle de consultation, et d'une salle de SDC avec cinq lits d'hospitalisation.

2.1.4. Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive et observationnelle dans le but de faire ressortir les besoins en terme de formation et de matériels des sages-femmes dans les sept maternités interrogées.

2.1.4.1. Modalités de recueil

Dans un premier temps, la lecture des revues de littérature et numériques, notamment des ONG internationales (OMS, UNICEF...) a permis de prendre connaissance du contexte de cette ZS dans sa globalité et des couvertures de soins ainsi que des conditions de formation des différents personnels de maternité.

Puis dans un second temps, avec l'aide de Mme Hutinet, nous avons rédigé un guide d'entretien semi-dirigé (Annexe 4) composé de vingt questions ouvertes orientées et de quatre questions fermées. Les questions ouvertes nous ont permis d'avoir accès au vécu et aux perceptions des personnels vis-à-vis de leur pratique. Une grille d'observation objective ciblée sur les différents éléments d'une CPN (Annexe 7) [10] vient compléter l'entretien ainsi que l'observation, consignée dans un journal de bord, des conditions matérielles et d'asepsie (état de la table d'accouchement, propreté des locaux, kit d'accouchement...) dans lesquelles le personnel travaille.

2.1.4.2. Population étudiée

La population cible rassemble le personnel des maternités publiques uniquement, que ce soient des sages-femmes, des infirmières ou des aides-soignantes.

Cette population cible a regroupé en totalité au terme de notre étude : trois sages-femmes, trois infirmières et quatre aides-soignantes.

Les personnels des maternités privées ont été exclus de la population, car ces structures privées ne se sont créées que depuis peu, donc sans ou avec peu encore de recul sur leur efficacité et leur fonctionnalité.

2.2. Déroulement de l'étude

2.2.1. Période d'étude

Elle s'est effectuée du 15 octobre au 04 novembre 2012, auprès des personnels sanitaires rencontrés dans sept maternités de la ZS de Dassa-Zoumé.

2.2.2. Collecte et analyse des données

La collecte a eu lieu dans sept maternités publiques parmi les quinze présentes dans la zone sanitaire. Les maternités qui ont été concernées par cette étude sont les maternités de *Paouignan*, de *Kpingni*, de *Dassa-Zoumé*, de *Gnonkpingnon*, de *Tré*, de *Kpakpa Agbagoulé* et de *Soclogbo*. Celles-ci ont été choisies principalement sur demande des personnels de maternité, mais surtout du fait que ce sont des maternités publiques.

Le recueil de données s'est fait par deux approches : qualitative et quantitative.

La collecte s'est faite tout d'abord, par des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien avec les personnels des maternités présents :

³⁵₁₇ sages-femmes,
³⁵₁₇ infirmières,
³⁵₁₇ aides-soignantes.

Ces entretiens ont duré en moyenne 30 à 45 minutes et ont permis de faire un bilan des besoins de chaque maternité tant en matériel (tel que le "kit d'accouchement" : pincés Koshier et ciseaux, thermomètre, tensiomètre...), qu'en formation du personnel (école de formation, formation continue...).

La collecte de données a été complétée d'une étude observationnelle lors des consultations prénatales principalement, au moyen d'une grille d'observation. Le fait d'observer nous a permis de comparer les dires notés en interview et la réalité. Et par la même occasion, d'analyser les relations entre les sages-femmes et les parturientes.

La visite des maternités a encore complété la collecte dans le sens où nous avons pu analyser leur dotation en matériel et les conditions d'asepsie dans lesquelles le travail s'effectuait.

2.2.3. Difficultés rencontrées

Les difficultés ont été de différentes natures :

- Le manque de temps : en 15 jours, se rendre dans sept maternités différentes et prendre le temps d'interroger sérieusement chacun des personnels rencontrés nous a imposé un rythme soutenu. De ce fait, je n'ai pas pu assister à des accouchements dans chaque maternité interrogée. J'ai pu toutefois faire deux gardes à la maternité de *Dassa-Zoumé* où j'avais laissé mon numéro de téléphone au cas où une patiente en travail se présenterait. J'ai pu pratiquer trois accouchements mais je n'ai pas pu rester pour la prise en charge du séjour en suites de couches. Je me suis donc ciblée uniquement sur les CPN, auxquelles j'avais au minimum assisté à quatre par établissement.
- Les moyens de transport : certaines routes étaient impraticables, même pour les meilleurs conducteurs automobiles ou de deux roues. À cela s'est ajoutée la longueur de certains trajets.
- La barrière de la langue : chaque commune et chaque ethnie a son propre dialecte. J'ai eu recours à une reprise à un traducteur pour l'entretien dirigé avec l'aide-soignante de la maternité de *Gnonkpingnon*.

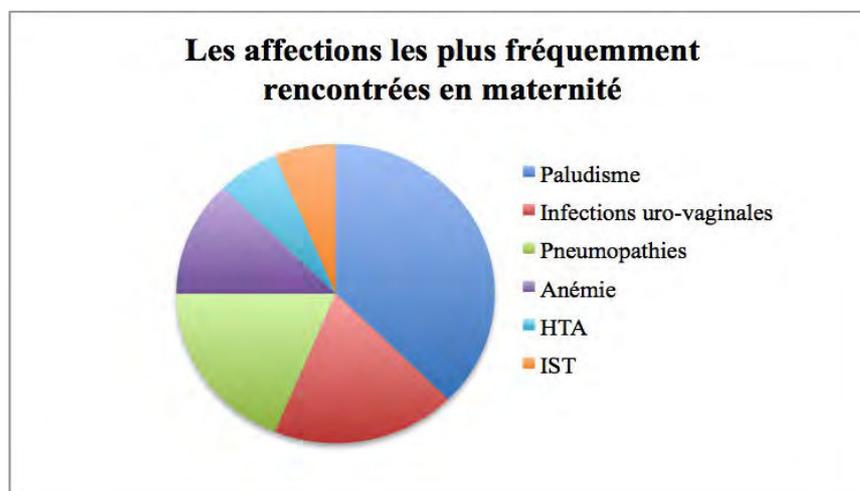
2.3. Résultats

2.3.1. Entretiens dirigés

Concernant les **trois pathologies majoritairement** rencontrées en maternité, les différents personnels s'accordent à dire que le paludisme est l'affection la plus fréquente, puisqu'il représente 37,5% des réponses.

Pour le reste des affections, cela se partage entre :

- les infections uro-vaginales (*Paouignan, Tré, Dassa-Zoumé*) à 18,75%
- les pneumopathies (*Paouignan, Tré, Kpakpa*) à 18,75%
- l'anémie (*Kpakpa Agbagoulé, Soclogbo*) à 12,5%
- l'HTA (*Dassa-Zoumé*) à 6,25%
- et les IST (*Soclogbo*) à 6,25%



Graphique 1

NB : Les aides-soignantes de *Gnonkpingnon* et *Kpingni* m'ont donné des signes cliniques (asthénie, fièvre...) et non des pathologies.

À propos des **difficultés rencontrées** en maternité, certaines sont propres à chaque maternité et d'autres communes à l'ensemble.

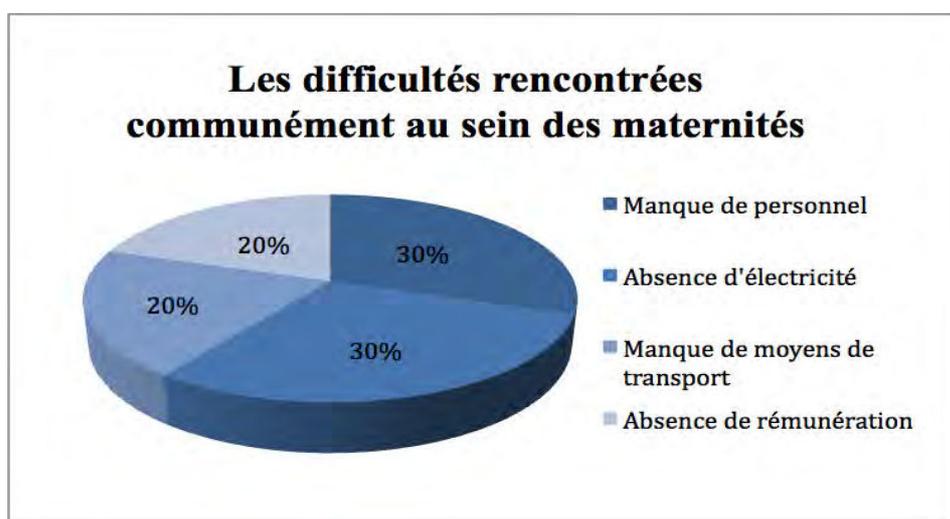
Pour les difficultés propres à chacune, elles sont les suivantes :

- À *Paouignan*, c'est l'évacuation sanitaire vers un centre de référence qui pose le plus problème. L'ambulance n'est pas toujours disponible et un pourcentage infime de la population possède une voiture, donc les femmes partent le plus souvent en moto-taxi vers Dassa, mais cela représente un coût supplémentaire parfois impossible à assumer pour les familles.
- À *Kpingni*, le problème majeur est la prise en charge des nouveau-nés prématurés et des jumeaux. En second lieu, l'absence d'électricité contraint le personnel à travailler à la lanterne la nuit.
- À *Dassa-Zoumé*, la sage-femme souffre surtout de l'insuffisance de matériel, de personnels qualifiés mais aussi d'être non rémunérée depuis 6 mois.
- À *Gnonkpingnon*, l'aide-soignante souffre de l'absence de logement sur place alors qu'il n'y a quelle pour "gérer" la maternité. Elle souligne la charge de travail importante à assumer seule. Enfin, elle évoque l'absence de moyens de transfert pour les urgences.
- À *Tré*, le manque de personnel est mis en avant. Il n'y a qu'une seule personne de garde de nuit pour le dispensaire et la maternité.
- À *Kpakpa Agbagoulé*, c'est surtout le fait qu'il n'y ait pas d'électricité. Les aides-soignantes signalent aussi la difficulté qu'elles rencontrent avec certaines dystocies.

-À *Soclogbo*, c'est encore une fois l'absence d'électricité qui est le plus gênant mais également l'absence de rémunération depuis un an.

On retrouve donc les difficultés communes suivantes :

- Évoqués dans 30% des cas : le manque de personnel (*Dassa-Zoumé, Gnonkpingnon, Tré*) et l'absence d'électricité (*Kpingni, Kpakpa Agbagoulé et Soclogbo*).
- Et dans 20% des cas : le manque de moyens de transport (*Paouignan et Gnonkpingnon*) ainsi que la non rémunération depuis six mois à un an (*Dassa-Zoumé et Soclogbo*)



Graphique 2

Le **nombre de consultations quotidiennes** est très variable d'une maternité à l'autre, et en fonction du jour de la semaine. La fréquentation est fortement augmentée le lundi pour six maternités sur sept, elle peut jusqu'à être multipliée par 6. La maternité de *Gnonkpingnon*, elle, relève surtout une augmentation le mercredi.

Nom de la maternité	<i>Paouignan</i>	<i>Kpingni</i>	<i>Dassa-Zoumé</i>	<i>Gnonkpingnon</i>	<i>Tré</i>	<i>Kpakpa Agbagoulé</i>	<i>Soclogbo</i>
Nombre de CPN/j	2 à 10-15	10 à 16	5 à 20	5-10 à 12-15	2-3 à 18	5 à 10	2 à 12

L'organisation des consultations, se déroule sensiblement de la même manière d'une maternité à l'autre, et d'un praticien à l'autre. Les parturientes patientent en salle d'attente et sont reçues par ordre d'arrivée.

Puis elles sont accueillies, installées et leur motif de consultation ainsi que leur carnet de santé leur sont demandés. Ensuite, suivant la maternité (*Dassa-Zoumé, Kpakpa Agbagoulé*), elles vont d'abord régler la consultation (250 FrCFA) auprès de la pharmacie puis reviennent en salle de consultation. En attendant la patiente, la sage-femme va chercher la carte maternelle (Annexe 8) correspondant à celle-ci.

Toutes prennent la tension artérielle, les pulsations, la température et pèsent la patiente. Elles pratiquent une bandelette urinaire quand il n'y pas de rupture de stock pour certaines. Le test de dépistage rapide (TDR) pour le VIH, pour les maternités qui le possèdent, est généralement pratiqué à la première consultation si les femmes le souhaitent après les explications fournies, puis trois mois plus tard. Ce dépistage est rapide (une vingtaine de minutes), strictement gratuit, et fait partie de la politique pour la PTME. Cependant, il n'y a que 57 % des maternités interrogées qui le proposent (*Dassa-Zoumé, Paouignan, Kpingni et Soclogbo*).

Le TDR pour le paludisme est pratiqué uniquement sur les signes d'appel de la maladie, et chaque maternité en a en sa possession. Elles prêtent toute attention aux conjonctives (à la recherche d'anémie), et à la présence ou non d'oedèmes. Cependant, les signes fonctionnels d'HTA, urinaires et vaginaux ne sont jamais demandés.

Pour ce qui est de l'examen obstétrical, elles mesurent toutes la HU et vérifient la présentation du fœtus. Si jamais elles ont un doute sur le terme, la HU, une éventuelle grossesse multiple ou sur la présentation, elles prescrivent une échographie de contrôle. Mais cette échographie n'est que très peu faite par les femmes en raison du coût important qu'elle représente (6000 FrCFA).

Le toucher vaginal est systématiquement pratiqué mais pas dans les conditions d'asepsie requises. Le lavage des mains n'est pas toujours effectué, et s'il est fait c'est souvent sans savon et avec l'eau du puits.

Les Bdc fœtaux sont écoutés dans 100% des cas avec un stéthoscope de Pinard.

Les questions sur les métrorragies et sur les pertes liquidiennes ne sont demandées que par la sage-femme de *Dassa-Zoumé*.

Lorsqu'il s'agit de la première consultation, elles posent toutes les questions liées aux ATCD de la patiente. Certaines pratiquent même un examen des seins (à *Paouignan*,

Kpingni et Kpakpa Agbagoulé) ainsi qu'un examen au spéculum (à *Paouignan, Kpingni, Kpakpa Agbagoulé* et *Tré*). Les personnels pratiquant cet examen au spéculum insistent sur l'importance de voir "l'état du col", qui rappelle le fait partie du champ de compétences de la sage-femme dans son rôle de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Pour terminer, elles établissent les conduites à tenir et font les prescriptions. La femme va ensuite acheter le(s) médicament(s) à la pharmacie (qui est dans l'enceinte de toutes les maternités) et elles lui expliquent la prise des médicaments prescrits.

Le **temps moyen d'attente des femmes**, lui aussi, varie en fonction des jours de fréquentation. Mais il est pour toutes en moyenne de 30 minutes le lundi, sinon de 15 minutes environ pour les autres jours de consultation.

Concernant la **distance** séparant les maternités des femmes, elle est également variable. Elle permet de se rendre compte de la couverture sanitaire des soins de la zone sanitaire.

Nom de la maternité	<i>Paouignan</i>	<i>Kpingni</i>	<i>Dassa-Zoumé</i>	<i>Gnonkpingnon</i>	<i>Tré</i>	<i>Kpakpa Agbagoulé</i>	<i>Soclogbo</i>
Nombre de Km	2 à 45	7 à 8	1 à 40	3 à 15	6	1 à 5	2 à 25

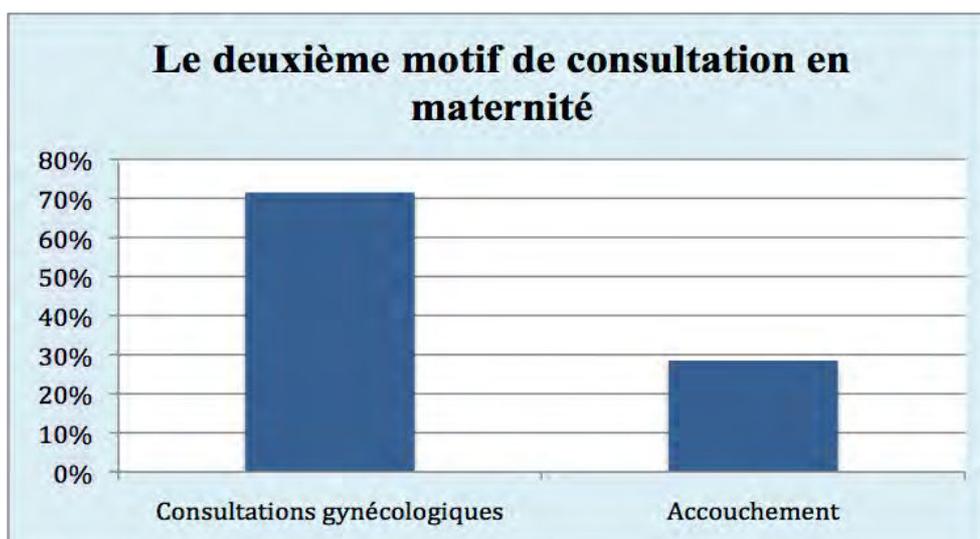
À propos des **motifs de consultation**, par ordre de fréquence :

- À l'unanimité, ce sont les CPN qui arrivent en **première position**.



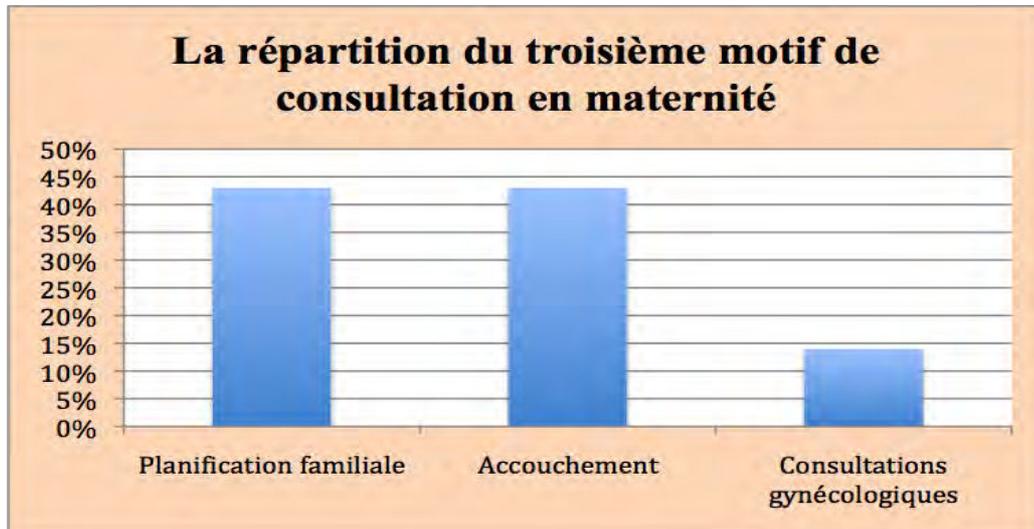
Graphique 3

- En **second** : les consultations gynécologiques (infections vaginales, avortements...) à 71,5% et les accouchements à 28,5%.



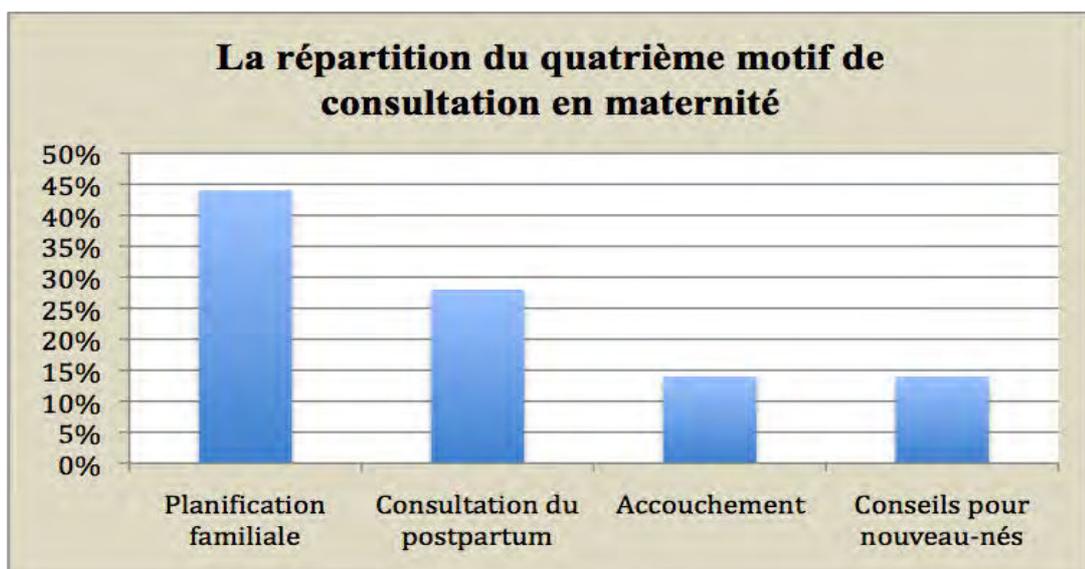
Graphique 4

- En **troisième place**, ce sont essentiellement la planification familiale et les accouchements qui prédominent avec 43% chacun et les consultations gynécologiques avec 14%.



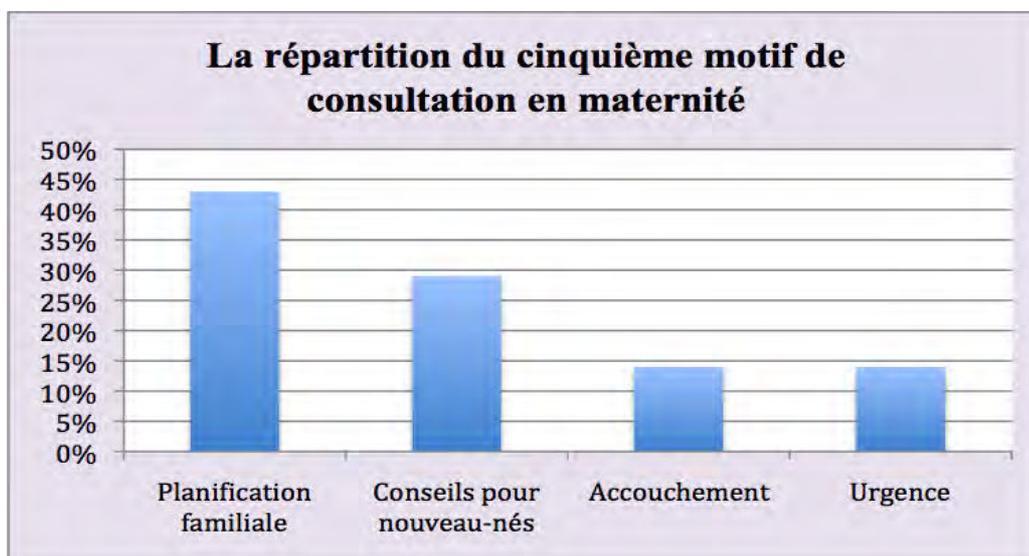
Graphique 5

- La **quatrième place** se répartit entre la planification familiale à 43%, la consultation du post-partum à 29%, et les accouchements et conseils du nouveau-né à 14%.



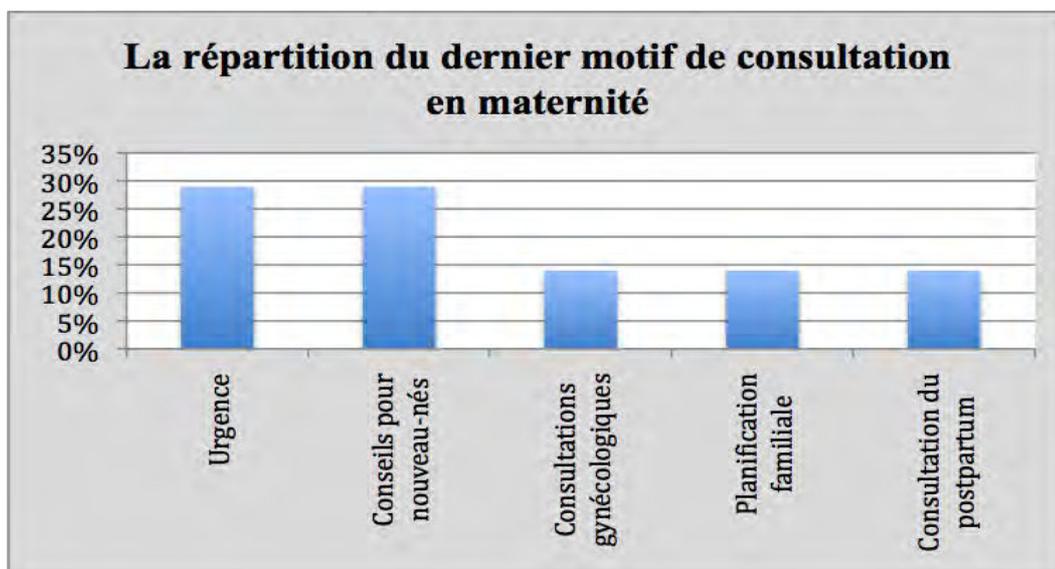
Graphique 6

- En **cinquième temps**, la planification familiale à 43%, les conseils du nouveau-né à 29%, et les accouchements et urgences à 14%.



Graphique 7

- Et enfin, en **dernière position**, se disputent les urgences et les conseils pour les nouveau-nés à 29% et les consultations du post-partum, gynécologique et du planning familial à 14%.



Graphique 8

Le **nombre de CPN** auquel assiste une femme lors de sa grossesse est en moyenne de 4 selon les professionnels, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS, mais plus si des problèmes surviennent. Selon la sage-femme de *Dassa-Zoumé*, la majorité des femmes vient environ 3 fois, mais d'autres beaucoup plus ("pour se rassurer"), et une autre partie consulte tardivement dans la grossesse (7 mois). Les aides-soignantes de *Tré* rejoignent le propos de la sage-femme de *Dassa* en disant que certaines patientes ne consultent qu'une à 2 fois avant l'accouchement. L'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé*, elle, estime que 10% des femmes viennent seulement pour accoucher.

Selon les différents personnels, le **pourcentage de femmes** qui assistent aux consultations recommandées est de :

- 60 % selon la sage-femme de *Paouignan*
- 35 % selon celle de *Dassa-Zoumé*
- 50 % selon les aides-soignantes de *Tré*
- 90 % selon l'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé*.

À *Kpingni*, les aides-soignantes ne savent pas, et nous donnent seulement le chiffre de 169 femmes.

Toutes s'accordent à dire que pour **améliorer ce pourcentage**, elles font des actions de sensibilisation dans les villages et les hameaux, en étant aidées pour la plupart, par des relais communautaires et les mutuelles de santé qui les appuient, et cela mensuellement voir bimensuellement. Pour quelques unes d'entre elles, elles pratiquent des séances de sensibilisation dans les salles d'attente à différents thèmes (paludisme, choléra, IST, anémie, CPN, PTME, Planning familial...) en fonction des jours et des semaines. Pour *Kpakpa Agbagoulé*, c'est un thème par mois. Certaines possèdent des supports comme des boîtes à images (*Dassa-Zoumé*, *Kpakpa Agbagoulé*), des affiches et des dépliants. La sage-femme de *Dassa-Zoumé* ajoute que la qualité de l'accueil et le temps d'attente le lundi doivent être eux aussi améliorés.

Concernant le nombre de CPN **conseillé** aux femmes, 90% des professionnels interrogées nous répondent au minimum 4. Elles en conseillent un peu plus si la grossesse nécessite une surveillance plus rapprochée. Seule l'aide-soignante de la

maternité isolée de *Gnonkpingnon* nous répond qu'elle leur conseille 6 à 7 consultations lors d'une même grossesse.

Le **matériel utilisé** en consultation est globalement le même dans chaque maternité.

On retrouve en moyenne un tensiomètre, un stéthoscope adulte, un thermomètre, une balance, une toise, un mètre ruban, une roulette, un stéthoscope obstétrical de Pinard, un spéculum, des TDR du paludisme, ainsi que des gants non stériles par maternité.

Cependant, certaines maternités possèdent du matériel supplémentaire comme des TDR pour le VIH (*Paouignan, Kpingni, Dassa-Zoumé* et *Soclogbo*), des doigtiers (*Dassa-Zoumé*), un autoclave "Poupinel" (*Tré, Kpingni*), des bandelettes urinaires (*Dassa-Zoumé, Paouignan, Soclogbo, et Kpingni*) et une aspiration "nouveau-né" (*Paouignan, Dassa-Zoumé, Tré*).

100% du personnel de maternité interrogé donne le même **traitement systématique** à la femme enceinte, qui est composé :

- d'un antipaludéen : la sulfadoxine pyriméthamine (=Fansidar®) à raison d'une dose de trois comprimés de 500mg de sulfadoxine et de 25mg de pyriméthamine chacun à 16 et à 36 SA. Une dose supplémentaire est donnée chez les femmes séropositives.
- du fer et de l'acide folique à une dose respective quotidienne de 30-60mg et de 0,4mg pour prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance et l'anémie ferriprive chez la mère à terme.
- du mébendazole, un antiparasitaire puissant contre les helminthes (ascaris et autres...), donné après le premier trimestre à une dose d'un comprimé unique de 500mg .

Les aides-soignantes de la maternité de *Kpingni* et de *Gnonkpingnon* prescrivent en plus un complément multivitaminique pour les femmes qui "manquent d'appétit", et qui relèvent aussi d'un terrain dénutri.

À propos du **test de dépistage rapide du VIH**, trois maternités (*Gnonkpingnon, Tré* et *Kpakpa Agbagoulé*) ne le possèdent pas. Mais, celles-ci pensent que les patientes accepteraient facilement si ce dépistage leur était proposé. Pour le restant, la sage-femme de *Dassa-Zoumé* pense que 98% des femmes l'acceptent et selon la sage-femme de *Soclogbo*, 3 à 4 femmes sur 10 acceptent.

Les informations recueillies lors des CPN, d'un accouchement ou d'une hospitalisation sont **retranscrites** sur les supports papier ci-dessous, que chaque maternité interrogée a en sa possession :

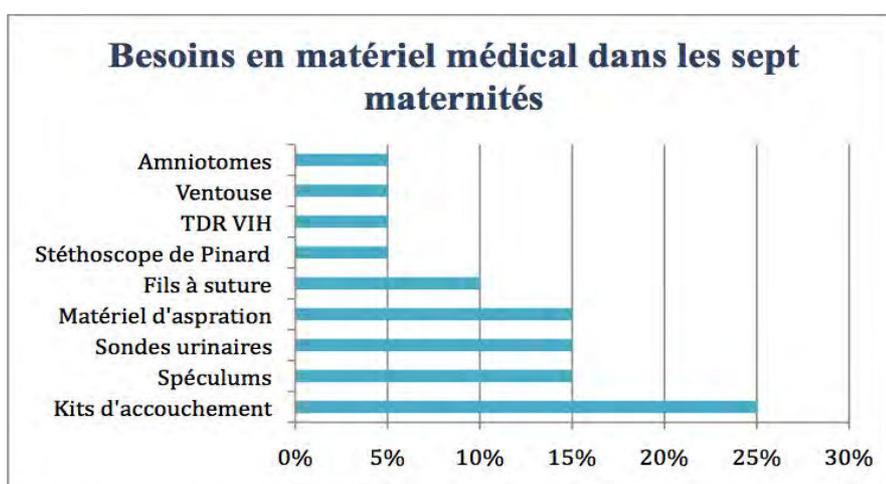
- un registre de CPN et d'accouchement,
- une fiche de liaison appelée carte maternelle (Annexe 8) qui fait office de dossier médical,
- ainsi que le carnet de santé de la parturiente.

Pour ce qui est **des besoins**, on retrouve des besoins similaires essentiels entre les maternités, mais aussi et surtout des besoins qui leur sont propres.

Tout d'abord, les **besoins matériels** :

Parmi le **matériel médical**, on retrouve :

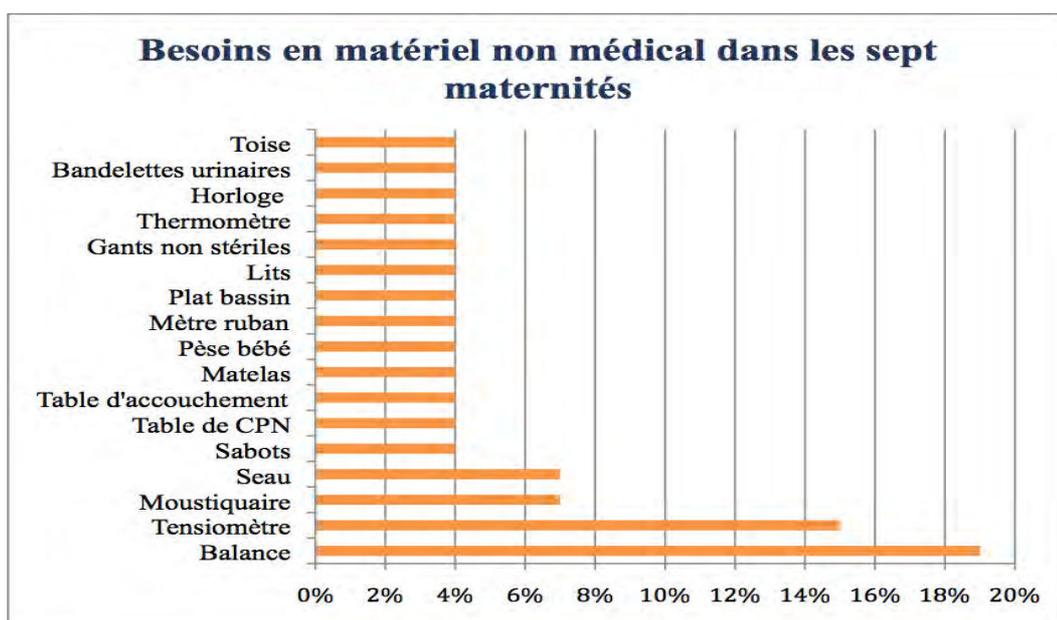
- à 25% : des kits d'accouchements (*Kpingni, Dassa-Zoumé, Gnonkpingnon, Tré et Soclogbo*) qui comprennent deux pinces kosher et une paire de ciseaux, il en faudrait en moyenne un à deux en plus par maternité.
- à 15% : des spéculums (*Paouignan, Dassa-Zoumé, et Soclogbo*) en moyenne deux demandés, des sondes urinaires (*Kpingni, Dassa-Zoumé, Tré*) et du matériel d'aspiration pour les nouveau-nés (*Kpingni, Gnonkpingnon, Tré*).
- 10% demandent des fils à suture (*Kpingni, Kpakpa Agbagoulé*)
- à 5% : des TDR du VIH (*Kpakpa Agbagoulé*), un stéthoscope obstétrical (*Gnonkpingnon*), une ventouse (*Paouignan*) et deux amniotomes (*Kpingni*).



Graphique 9

Pour le matériel **non médical** demandé, le besoin est de :

- dans 19% des réponses : une balance (*Kpingni, Dassa-Zoumé, Gnonkpingnon, Kpakpa Agbagoulé, Soclogbo*)
- 15% un tensiomètre (*Kpingni, Dassa-Zoumé, Tré, Soclogbo*)
- 7% des moustiquaires (*Gnonkpingnon, Kpingni*) et de seaux (*Gnonkpingnon et Tré*)
- 4% : des sabots (*Tré*); une table de CPN et six matelas (*Paouignan*); une table d'accouchement, un pèse bébé, un mètre ruban, un plat bassin et un lit (*Gnonkpingnon*); des gants non stériles, un thermomètre et une horloge (*Kpingni*); ainsi que des BU et une toise (*Soclogbo*).



Graphique 10

Au niveau **médicamenteux**, les besoins sont :

- "un peu de tout" pour la sage-femme et l'infirmière de *Paouignan*.
- de la xylocaïne et du spasfon pour la maternité de *Kpingni*.
- du paracétamol, de l'amoxicilline, des multivitamines, du fer (60mg), de l'acide folique (0,4mg) et du sérum physiologique pour la maternité de *Gnonkpingnon*.

Pour les besoins **de personnel** :

- La sage-femme de *Dassa-Zoumé* souhaiterait une sage-femme supplémentaire.
- L'aide-soignante de *Gnonkpingnon* : une sage-femme ou une infirmière en plus.
- Et l'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé*, elle aussi une infirmière supplémentaire.

Sur le besoin **en formation**:

- 90% réclament une formation supplémentaire sur la réanimation du nouveau-né.
- Pour l'infirmière de *Paouignan*, c'est le planning familial qu'elle ne maîtrise pas.
- Pour les aides-soignantes de *Kpingni*, *Tré*, et *Gnonkpingnon*, c'est un désir de formation globale qui est évoqué. À noter que l'aide-soignante de *Gnonkpingnon* désire être formée sur la pratique de l'épisiotomie et de la réfection des déchirures. Elle nous signale qu'elle n'a jamais eu aucune information ou formation sur la contraception.
- L'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé*, elle, souhaite être formée sur les dystocies, la contraception et comment pratiquer le TDR du VIH.
- La sage-femme de *Soclogbo* souhaite une formation en santé publique et en ophtalmologie.

Seule la sage-femme de *Dassa-Zoumé* n'a évoqué aucun besoin en terme de formation.

Concernant leur **connaissance du partogramme**, toutes le connaissent mais seule l'aide-soignante de *Gnonkpingnon* ne sait pas l'utiliser, ni le remplir.

La majorité (90%) n'a pas de **contacts avec les tradipraticiens et les matrones**. Cependant, la sage-femme de *Dassa-Zoumé* laisse entendre qu'un projet serait en cours avec eux pour former un réseau. Mais elle reste réticente et méfiante vis-à-vis des produits utéro-toniques utilisés par les tradipraticiens. L'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé*, quant à elle, nous signale qu'elle travaille avec ces tradipraticiens. Notamment pour les "cas difficiles" de déclenchement, ils utilisent des feuilles avec un fort pouvoir ocytocique, qu'ils triturent et font ingérer aux femmes.

Pour finir sur la **formation initiale suivie**, les sages-femmes interviewées de *Paouignan*, *Dassa-Zoumé* et *Soclogbo* ont suivi l'INMES à Cotonou sur 3 ans. L'infirmière de *Paouignan* a elle aussi suivi l'INMES à Cotonou, tandis que l'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé* a suivi l'ENIAB à Parakou. Les aides-soignantes de la maternité de *Kpingni*, ont également étudié à l'ENIAB de Parakou.

Les personnels des autres maternités ont connu des parcours différents. L'aide-soignante de *Gnonkpingnon* a d'abord travaillé en clinique sans diplôme pendant 4 ans, puis a rapidement été formée sur le terrain par la sage-femme présente avec elle l'année précédente, et qui est ensuite partie travailler dans une maternité plus grande.

À *Tré*, les aides-soignantes ont été formées sur le terrain, et ont bénéficié de quelques formations ponctuelles de 2 à 3 jours chacune par PISAF (tracé du partogramme, vaccination, signes de danger, conseils de nutrition, accouchement en présentation céphalique). L'une exerce là-bas depuis 5 ans et l'autre depuis plus de 10 ans.

Au niveau de la **formation continue**, la sage-femme de *Dassa-Zoumé* nous informe qu'elle bénéficie d'une formation de 5 jours par an auprès des DDS (counseling, planification familiale, tracé du partogramme...). L'infirmière de *Kpakpa Agbagoulé* assiste à des formations que PISAF et PPDS donnent annuellement sur les nouvelles conduites, les nouveaux traitements...

2.3.2. Observations

L'**observation** a complété notre interrogatoire pour d'une part nous imprégner de leur pratique et, d'autre part, pour vérifier la concordance entre leurs dires et la situation réelle.

Les observations à la maternité de *Gnonkpingnon* ont complété l'étude :

- l'hygiène : il reste des traces de sang sur la table d'accouchement et sur le sol de la semaine précédente alors que l'aide-soignante dit faire le ménage 2 fois par semaine, le lavabo est rempli de crasse, et l'eau de la pompe est stockée dans une poubelle. Au niveau de l'hygiène personnelle, elle ne se lave pas les mains ni avant ni après avoir examiné les patientes.

- les conditions matérielles : la table d'accouchement est en béton armé avec une potence qui se trouve à deux mètres de hauteur et les étriers en fer positionnés au milieu de la table rendent les manœuvres impossibles à pratiquer. Il n'y a pas de table de réanimation, ni d'affiches ou de protocoles affichés en salle de consultation.

De plus, lors d'un TV pendant une CPN, l'aide-soignante ne paraît pas inquiète en trouvant un col ouvert à 4 mois. Je n'ai pu m'empêcher de vérifier le col qui était en fait fermé. Elle ne remplit pas ses examens et observations ni sur le carnet de santé de la femme, ni sur la carte maternelle, et possède des lacunes en matière de prescription (posologie, prise).

À *Dassa-Zoumé*, sur les 3 accouchements vus, aucune n'a pratiqué l'examen clinique du nouveau-né alors que c'est inclus dans leurs compétences. En leur posant la question, elles ne le font pas car elles ne sont pas payées et n'ont plus de papier disponible pour le

noter. J'ai également vu une révision utérine pratiquée par une aide-soignante de garde sans gants stériles et sans désinfection préalable.

À *Tré*, lors d'une CPN, l'aide-soignante ajuste la HU pour qu'elle concorde avec l'âge gestationnel (à 5 mois, elle note 20 cm alors qu'elle a 17 cm).

À *Kpakpa Agbagoulé*, la salle d'hospitalisation est commune aux hommes et aux femmes.

Partie 3 :

Discussion et perspectives

3. DISCUSSION

3.1. Les pathologies prédominantes

L'étude a montré que les pathologies prédominantes en maternité (le paludisme, les infections uro-vaginales, les pneumopathies et l'anémie) étaient en lien avec les affections les plus fréquentes au Bénin [9]. Afin de limiter ces affections, des traitements de prévention étaient prescrits en systématique par toutes les sages-femmes à chacune de leur patiente [13]. De plus, pendant la période d'étude, GAMIA a formé des relais communautaires de la ZS et a fourni des supports pour l'éducation à la santé pour lutter contre le paludisme, le choléra et prochainement les IST.

3.2. Les difficultés rencontrées

3.2.1. Insuffisance de personnel et matériel

Les difficultés rencontrées en maternité rejoignent les différentes études [4, 7, 15, 16] où l'insuffisance des ressources humaines et matérielles est très largement décrite. Le déficit accru de personnels est ressenti dans chaque maternité, où les différents agents se sentent dépassés à travailler quasiment en 7j/7 et 24h/24 pour certains. En comparaison avec la norme OMS, il faudrait 40 fois plus de sages-femmes pour que le critère OMS soit satisfait [4].

3.2.2. Absence de rémunération

Toutes ces heures sont sans rémunération proportionnelle, voire pas de rémunération du tout depuis presque un an dans certains cas. Le personnel se retrouve démotivé, et effectue le strict minimum. Cela se répercute sur les patientes qui se sentent mal accueillies [14], peu écoutées donc mal prises en charge, et confirme la devise africaine qui dit "Une personne bien accueillie est à moitié guérie". On assiste donc depuis quelques mois à une désertification des centres publics au profit des cabinets privés où l'accueil des patientes est meilleur mais le personnel souvent peu qualifié. D'après l'étude de la Banque Mondiale [14], de nombreuses structures privées ont été ouvertes illégalement ces dernières années par des professionnels non qualifiés (69% par les aides-soignantes), avec des installations qui sont généralement inadaptées (1/3 ne possèdent pas de lavabo et 42% ne décontaminent pas les instruments).

3.2.3. L'évacuation sanitaire

Elle est trop souvent mal organisée et directement en lien avec la mortalité maternelle. Le délai de transfert est bien souvent trop long, liée au long délai diagnostic par une insuffisance de connaissances obstétricales [11]. De plus, l'évacuation est le plus souvent non médicalisée car il n'y a qu'une seule ambulance disponible à l'HZ de Dassa. Les femmes s'y rendent soit à moto taxi, soit avec la moto du mari s'il en possède une. Cette référence relève bien plus souvent de l'improvisation.

3.3. En ce qui concerne les consultations prénatales

3.3.1. Le nombre et la qualité

D'après de nombreux auteurs, le nombre et la qualité des CPN influencent la morbidité et la mortalité de la mère et du nouveau-né [15, 16].

Dans cette étude, nous avons constaté que le nombre de consultations par maternité pouvait jusqu'à être multiplié par 6 le jour de marché (lundi), jour pendant lequel les femmes se déplacent jusqu'en ville et profitent pour aller en consultation.

La majorité des professionnels répondent aux critères des recommandations de l'OMS en termes de suivi de grossesse [10] et connaissent le nombre de CPN recommandées au niveau national, à l'exception de l'aide-soignante de *Gnonkpingnon*. Cela s'explique notamment par l'absence de formation initiale avec des soins obstétricaux et néonataux associé à un manque d'expérience dans le domaine obstétrical [14]. La différence entre sages-femmes, infirmières et aides-soignantes est clairement visible sur le terrain, où l'on constate une assurance plus marquée chez les personnels qui sont issus d'une bonne formation. On peut combiner cela aux observations faites lors des CPN, où certaines ont modifié une HU par souci de ne pas être en concordance avec l'âge gestationnel, et également beaucoup d'imprécisions sur les touchers vaginaux. Mais ces remarques concernent surtout les aides-soignantes de *Gnonkpingnon* et de *Tré*.

En revanche, une remarque valable pour toutes, c'est qu'elles omettent systématiquement de poser les questions relatives au bien-être fœtal (MAF), aux signes fonctionnels vaginaux, urinaires et d'HTA alors que d'après la littérature le taux de pré-éclampsie n'est pas négligeable (8%), tout comme les infections uro-vaginales. D'ailleurs, d'après l'étude de Scen Afrik en 2006 sur les connaissances des professionnels, l'inquiétude ne peut qu'être grande car au Bénin on estime que seulement 54.8% des personnels savent comment gérer correctement une crise d'éclampsie [14].

3.3.2. Hygiène et IST

Un autre point est à noter sur le plan du respect de l'asepsie. La plupart ne se lave pas les mains ou pas correctement et avec l'eau de la pompe. On connaît pourtant l'influence qu'à cette composante dans les infections uro-vaginales. Un projet d'assainissement de l'eau a été mis en place dans la ZS en juillet 2012 afin de les limiter [17]. La stérilisation rentre également en première ligne dans la prévention des transmissions de germes, et on a constaté que les maternités avaient des procédures différentes dans le temps de trempage et le dosage d'eau de javel. Il serait pertinent d'avoir un protocole unique avec un résultat d'efficacité optimale pour toutes les maternités. Pour être également optimal dans la PTME nationale, il faudrait que chaque maternité ait en sa possession des TDR rapides pour le VIH. D'autant plus que les personnels des maternités qui n'en possèdent pas, affirment que les patientes accepteraient sans souci de se faire dépister.

3.3.3. Fréquence des différents motifs de consultation

Le fait que les CPN arrivent en première position marque le reflet de la bonne prévention et sensibilisation pratiquées dans les hameaux par les sages-femmes qui sont très régulièrement aidées et soutenues par les relais communautaires et les mutuelles. Paradoxalement, on peut mettre en évidence un écart du taux de participation des patientes aux CPN entre les perceptions des personnels des différentes maternités (35 à 90 %) et les études statistiques (68,9% en 2012) [18].

On peut relier la fréquence des motifs de consultation et les besoins en matériel. Les CPN étant les plus fréquentes, les bandelettes urinaires devraient toujours être commandées en quantité suffisante pour éviter les ruptures de stock. Compte tenu des nombreuses consultations gynécologiques, il paraît également impératif de posséder plus d'un spéculum par maternité. De même que pour les kits d'accouchement et les sondes urinaires, il en faudrait un à deux supplémentaires par maternité.

3.4. En ce qui concerne la planification familiale

Cette étude met aussi en avant des carences en termes de planification familiale. On sait d'après l'annuaire des statistiques de 2012 [18], que le taux d'utilisation d'une contraception est de 5% dans la ZS de *Dassa-Zoumé*. Pour augmenter ces chiffres, il serait judicieux que celles qui font beaucoup de planification, affichent des planchettes ou tableaux (cf USAID) illustrant tous les moyens de contraception possibles dans les salles de consultations. Le moyen de contraception choisi majoritairement sont les progestatifs injectables puisque comme cela ne se voit pas, les femmes n'ont pas besoin de demander l'autorisation à leurs maris. La contraception orale arrive en 2^{ème} ligne puis les implants et DIU [18]. Ces derniers sont prescrits et posés par la sage-femme.

3.5. Les consultations postnatales

On peut voir que la consultation postnatale n'est ni ancrée dans les pratiques, ni dans les mœurs par les dires de la sage-femme de *Dassa-Zoumé* et par le taux de 18,9% retrouvé dans l'annuaire des statistiques en 2012 [18]. Pour améliorer ce taux, elles pourraient, au même titre que la CPN, l'intégrer davantage dans le contenu des campagnes de sensibilisation dans les hameaux pour permettre de limiter les naissances rapprochées ainsi que les complications qui les accompagnent.

3.6. Stratégie de sensibilisation

L'écart qu'il existe entre *Dassa-Zoumé* et les autres maternités dans le nombre de campagnes de sensibilisation mensuelles (1x/2mois versus 2x/mois) peut s'expliquer par le lien entre urbanisation et alphabétisation. Il est évident qu'une femme vivant en ville aura suivi une éducation et percevra mieux l'importance des soins prénataux et sera plus susceptible de lire une posologie d'un médicament [16].

3.7. La couverture sanitaire

Les données collectées nous ont permis d'avoir une appréciation assez valide sur la couverture sanitaire. La meilleure couverture se trouve dans l'arrondissement de *Kpakpa Agbagoulé* où les femmes parcourent 5 km maximum pour avoir accès à des soins. À l'inverse, les arrondissements de *Paouignan* et de *Dassa-Zoumé* sont les plus mal dotés : les femmes peuvent parcourir jusqu'à 45 km. Comme la maternité de *Dassa-*

Zoumé est la maternité de référence, elle reçoit davantage les grossesses à haut risque adressées par les maternités isolées et éloignées.

Parmi les solutions pouvant être proposées pour pallier à cette inégale répartition géographique des maternités : l'établissement d'un réseau avec les tradipraticiens et matrones. Il pourrait permettre aux femmes des villages très isolés dépourvus de structures sanitaires d'être a minima suivies, et de pouvoir être référées à *Dassa-Zoumé* en cas de situations dites "à risque". Il est important d'encourager cette collaboration pour préserver la chaîne de soins entre la communauté et le système de soins [12].

3.8. Le matériel

On note un sous-équipement global, mais plus marqué pour le matériel de réanimation néonatale. La présence de certains matériels comme les autoclaves et les aspirations bébé pourraient être utilisés, mais paradoxalement la majorité des maternités n'ont pas accès à l'électricité, et quand il y a en a, la durée de marche est incertaine. Des aspirations manuelles seraient plus adéquates pour ne pas dépendre de l'électricité et être efficace à tout moment.

On note aussi que certaines demandes ne concordent pas avec un besoin réel, notamment la balance électronique qui sera dépendante de piles par la suite, alors qu'une balance standard joue bien son rôle.

La sage-femme de *Paouignan* qui souhaite une ventouse a reçu une formation ventouse qui l'autorise à la pratiquer, et de plus, l'OMS stipule que : "Dans des endroits reculés avec un accès limité aux autres établissements, les accoucheurs qualifiés peuvent lors des accouchements voie basse, savoir manier la ventouse obstétricale ou le forceps..." [12]. Cependant au niveau du financement, c'est un coût important qu'il conviendra de discuter. La fourniture de matériel de gros volume (matelas, lits, table de consultation) se fera par des achats sur place (transport difficile) et surtout en fonction des moyens financiers restant, car il est sûr que tout ne pourra pas être acheté. Le financement proviendra essentiellement d'associations belges, mais aussi de l'association GAMIA, par les dons et les soirées organisées pour nos missions.

La mutuelle de santé PROMUSAF se chargera d'assurer le suivi du matériel qui sera remis, pour qu'il ne soit pas détourné ni revendu par certains personnels, ou bien l'inverse, pour éviter qu'il ne soit pas utilisé par souci d'économie. De même, il faut se

méfier de celles qui demandent de façon importante des médicaments car différentes études révèlent de gros problèmes de revente illégale [6].

3.9. En ce qui concerne la formation des sages-femmes

On a pu constater que la plupart d'entre elles a fait leur formation initiale à l'INMES de Cotonou, mais également qu'il existe une différence significative en terme de formation parmi les infirmières.

Le niveau d'accès au concours d'entrée dans la nouvelle école (INMeS) a été revu à la hausse après cinq années de fermeture [15], pour permettre une meilleure qualité des futurs professionnels, même si l'on peut imaginer le déficit supplémentaire de personnel que cette fermeture a pu engendrer...

Les aides-soignantes et les infirmières réclament une formation dans la globalité, fortement lié à leur formation initiale plus légère en matière de soins obstétricaux et néonataux. Les besoins sont surtout orientés sur la réanimation néonatale, qui est la lacune commune de chacune. Mais aussi au niveau de la planification familiale où dans l'ensemble, peu de personnels ont reçu une formation. La formation en ophtalmologie que la sage-femme de *Soclogbo* a souhaité, ne pourra être réalisable car l'étude se tourne uniquement sur les compétences propres de la sage-femme.

Il paraîtrait important de bien insister sur le partogramme, élément essentiel pour détecter la zone d'alerte et d'action pour référer la patiente. Mais aussi d'étendre la bonne utilisation du spéculum à l'autre moitié des maternités.

Une remarque est à faire sur la sage-femme de *Dassa-Zoumé* qui est la seule à se sentir au point dans tous les domaines. Ceci est très probablement lié au fait qu'elle exerce dans la maternité de référence de la ZS où elle voit et prend en charge activement des grossesses et des accouchements à haut risque quasi quotidiennement.

Dernier point, sur la formation continue dont peu bénéficie : il faudra travailler à la faire étendre à tous les arrondissements.

4. PERSPECTIVES

Ce diagnostic dans lequel les différents besoins ont été mis en évidence, va permettre l'élaboration d'un référentiel pour les sages-femmes dans le but de leur laisser à disposition un outil sur lequel se baser lors de diverses situations. La rédaction de ce référentiel se fera en fonction du matériel commun possédé par chaque maternité et, sera écrit d'une façon simple et compréhensible afin qu'il soit accessible à tous les personnels de maternité. Il s'axera plus longuement sur la réanimation néonatale qui est la lacune principale de chacune, d'autant plus qu'il n'y a pas de pédiatre dans cette ZS. Il sera aussi centré sur le domaine de la planification familiale, en précisant le mode de contraception adapté à chaque patiente, les informations à délivrer à celle-ci (prise de contraception orale, que faire en cas d'oubli, donner les signes nécessitant une consultation rapide/d'urgence, ect..), et comment poser les différents dispositifs.

Il existe déjà un guide pour les médecins et sages-femmes écrit par l'OMS [13], mais les maternités dans lesquelles s'est faite l'étude ne le possèdent pas.

Ce référentiel sera complété par l'organisation de plusieurs ateliers de formation des formateurs en utilisant les moyens matériels locaux et apportés par l'association, dans le but d'améliorer les pratiques défailtantes mises en évidence par ce diagnostic. Ces ateliers seront préalablement montrés et validés auprès de plusieurs obstétriciens, sages-femmes et pédiatres.

Ce référentiel qui sera établi dans les six prochains mois, sera évalué par l'association GAMIA et moi-même dans les deux prochaines années pour l'ajuster si besoin.

Il faudra aussi, avec l'aide d'hygiénistes spécialisés, élaborer un protocole unique de stérilisation dans le but de lutter efficacement contre la transmission de germes et d'IST.

Mon étude s'est limitée aux maternités publiques et aux CPN, il serait intéressant de reproduire cette évaluation au niveau des structures privées qui se développent de plus en plus, mais aussi de l'élargir aux accouchements, et de comparer les résultats obtenus entre les structures publiques et privées. Et éventuellement de reproduire cela dans la ZS de Bembéréké-Sinendé au Nord où intervient déjà GAMIA et de faire une comparaison inter zones sanitaires.

Conclusion

Au terme de cette présente étude auprès des sages-femmes de la zone sanitaire de Dassa-Zoumé, nous pouvons valider les hypothèses initiales : les besoins matériels sont nombreux, notamment ceux relatifs aux CPN, aux accouchements, et à la réanimation néonatale, mais sont également importants les besoins en formation dans le domaine de la réanimation néonatale et de la planification familiale.

La plupart des sages-femmes rencontrées sont en réalité des infirmières et des aides-soignantes, elles n'ont pas suivi la même formation initiale ce qui ne les place pas au même niveau de connaissances et de compétences. Ce sont d'ailleurs souvent les sages-femmes qui forment les autres professionnels sur le terrain.

La majorité des personnels connaissent et mettent en application le nombre de CPN recommandées au niveau national et par l'OMS, ce qui est un point positif compte tenu du rôle primordial de ces consultations dans le dépistage des éventuelles complications obstétricales dont les sages-femmes en assurent le pilier majeur.

L'offre de services réelle n'est pas complète partout à tout moment, en effet la couverture des soins n'est pas égale dans la ZS, la qualité des soins prodigués diffèrent grandement d'une maternité à l'autre et les transports médicalisés sont quasi inexistantes. Le futur réseau des tradipraticiens et matrones devrait améliorer le recours aux soins pour les femmes des zones rurales et il paraît impératif de continuer à promouvoir la participation communautaire et l'utilisation des services de santé dans les hameaux et les relais.

Les éléments potentiels pour apporter une réponse efficace à l'amélioration du taux de mortalité maternelle et néonatale existent : l'établissement prochain d'un référentiel en direction des sages-femmes, l'apport du matériel demandé et la mise en place d'ateliers de formation, avec une sensibilisation à l'hygiène. Un échéancier et un budget seront eux aussi établis par l'association GAMIA afin de planifier les différentes actions et les possibilités financières envisageables. La réussite sera dépendante du degré d'engagement des pouvoirs publics et des professionnels de santé locaux au long cours. Il restera par la suite à évaluer les impacts de ce référentiel et des formations sur les pratiques et d'élargir l'étude aux accouchements.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BAUMANN.M, CANNET.D, CHÂLONS.S, *Santé communautaire et action humanitaire, Le diagnostic de santé d'une population*, Editions ENSP, février 2001.
- [2] UNFPA, *Evaluations en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin*, 2^{ème} édition, décembre 2009.
- [3] Publication coordonnée par les Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), *La pratique de la sage-femme en 2011 : Naissances réussies, vies sauvées*. 2011, Pages 46 et 47, ISBN : 978-0-89714-996-9.
- [4] Le Béninois, *Bénin : le déficit des médecins plombe la couverture sanitaire*, 27 décembre 2012.
- [5] Annuaire Statistique pour l'Afrique 2009. Bénin, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.uneca.org/statistics/docs/asyb2009/ben.pdf>, [page consultée le 27/03/2013].
- [6] Plan de développement de la commune participative de Dassa-Zoumé, [en ligne]. Disponible sur http://www.ancb-benin.org/pdc-sdac-monographies/PDC/Collines/Dassa/PDC_Dassa_Zoume.pdf, [page consultée le 15/09/2013].
- [7] Profil Pays en Ressources Humaines de la santé, Observatoire des ressources en santé du Bénin, 2009, [en ligne]. Disponible sur http://www.hrhobservatory.afro.who.int/images/Document_Centre/Benin_HRH_country_profile_Fr.pdf, [page consultée le 23/01/2013].
- [8] Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport 2012, [en ligne]. Sur http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/mdg_report2012.pdf, 26 et 32 p. [pages consultées le 20/09/2013].
- [9] Ministère du développement de l'économie et des finances et Ministère de la santé publique, *Stratégie pour l'atteinte des objectifs n°4,5 et 6 des OMD du Bénin*, Cotonou : PNUD Bénin, 2006.
- [10] Organisation Mondiale de la Santé, *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né*, 2007.

- [11] SAIZONOU.J, OUENDO.E-M, DUJARDIN.B, *Audit des décès maternels dans quatre maternités de référence au Bénin : qualité des soins d'urgence, causes et facteurs contributifs*. African Journal of Reproductive Health, Vol.10 No.3. Décembre 2006.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé, *Pour une Grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié : une déclaration conjointe de l'OMS, ICM, FIGO*, Page 6, 2005, ISBN 92 4 259169 6.
- [13] Organisation Mondiale de la Santé, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*, 2^{ème} édition, Pages 105 à 109, 2009, ISBN : 978 92 4 259084 5.
- [14] Le Groupe Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain et Ministère de la Santé, *République du Bénin : Santé, nutrition et Population, Rapport Analytique santé-pauvreté* No. AAA51-BJ, mai 2009, [en ligne]. Disponible sur : <http://www-wds.worldbank.org>, [page consultée le 07/11/2013].
- [15] Ministère de la Santé, République du Bénin. *DRAFT : Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé*. Octobre 2007, 34 p.
- [16] People's Health Movement Bénin. *Bénin, la santé pour tous, sinon rien*. Bénin : juillet 2008, 33p.
- [17] Agence Bénin Presse, *Une session se penche sur la fourniture en eau potable et l'assainissement dans les Collines*, édition du 08/11/2013 [en ligne], Disponible sur www.abp.gouv.bj, [page consultée le 24/11/2013].
- [18] Ministère de la Santé de la République du Bénin, *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*, Cotonou, avril 2013.
- [19] 15. *Les Soins de Santé Primaires, Rapport de la conférence internationale d'Alma Ata*. Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. 1^{ère} éd. 1978, Genève, 88 p.
- [20] 14. Programme des Nations Unies pour le Développement. *Les objectifs du millénaire pour le développement au Bénin : situation actuelle et perspectives*. Cotonou : PNUD Bénin, juillet 2009, 36 p.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Préambule.....	7
Introduction.....	8
1. Le contexte du Bénin.....	9
1.1. Présentation générale du Bénin.....	10
1.1.1. Situation géographique.....	10
1.1.2. Situation démographique et culturelle.....	11
1.1.3. Contexte politique.....	12
1.1.4. Conditions économiques.....	12
1.2. Spécificités de la zone sanitaire Dassa-Glazoué.....	13
1.2.1. Indicateurs significants.....	14
1.3. Le système de santé béninois.....	14
1.3.1. Organisation.....	14
1.3.2. Organisation des infrastructures de soins.....	15
1.3.3. Utilisation des services de santé.....	16
1.3.4. Ressources du secteur de soins.....	17
1.3.5. Financement de la santé.....	18
1.3.6. Politiques de réduction de mortalité.....	19
1.3.7. Présentation de l'association GAMIA et de son partenaire la Mutualité Chrétienne.....	20
1.4. Le suivi de grossesse au Bénin.....	21
1.4.1. Recommandations de suivi des CPN.....	21
1.4.2. L'accouchement.....	22
1.4.3. Le postpartum immédiat.....	22
1.4.4. Le nouveau-né.....	23
1.5. Formation des personnels de santé en maternité.....	23
1.5.1. Sages-femmes et infirmières d'Etat.....	23
1.5.1.1. Entrée en école de sages-femmes et d'infirmières.....	23
1.5.1.2. Durée de la formation initiale.....	24
1.5.1.3. Contenu du programme.....	25
1.5.1.4. Spécialisations possibles.....	25
1.5.1.5. Répartition des compétences.....	25
1.5.1.5.1. Compétences de la sage-femme.....	25
1.5.1.5.2. Compétences de l'infirmière.....	27
1.5.1.6. Statut particulier de l'aide-soignante.....	28
2. Présentation de l'étude et de ses résultats.....	30
2.1. Méthode et cadre d'étude.....	30
2.1.1. Justification de l'étude.....	30
2.1.2. Hypothèses et objectifs.....	31
2.1.3. Description du lieu d'étude.....	31
2.1.4. Méthode de l'étude.....	33
2.1.4.1. Modalités de recueil.....	33

2.1.4.2. Population étudiée.....	33
2.2. Déroulement de l'étude.....	34
2.2.1. Période d'étude.....	34
2.2.2. Collecte et analyse des données.....	34
2.2.3. Difficultés rencontrées.....	35
2.3. Résultats.....	35
2.3.1. Entretiens dirigés.....	35
2.3.2. Observations.....	48
3. Discussion.....	51
3.1. Les pathologies prédominantes.....	51
3.2. Les difficultés rencontrées.....	51
3.2.1. Insuffisance de personnel et matériel.....	51
3.2.2. Absence de rémunération.....	51
3.2.3. L'évacuation sanitaire.....	52
3.3. En ce qui concerne les consultations prénatales.....	52
3.3.1. Le nombre et la qualité.....	52
3.3.2. Hygiène et IST.....	53
3.3.3. Fréquence des différents motifs de consultation.....	53
3.4. En ce qui concerne la planification familiale.....	54
3.5. Les consultations postnatales.....	54
3.6. Stratégie de sensibilisation.....	54
3.7. La couverture sanitaire.....	54
3.8. Le matériel.....	55
3.9. En ce qui concerne la formation des sages-femmes.....	56
4. Perspectives.....	57
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	59
Table des matières.....	61
Annexe 1 Carte du Bénin.....	63
Annexe 2 Indicateurs des OMS.....	64
Annexe 3 Organisation du système de santé.....	65
Annexe 4 Maternités, locaux et effectifs.....	66
Annexe 5 Guide d'entretien des sages-femmes.....	67
Annexe 6 Feuille de consentement éclairé.....	69
Annexe 7 Grille des CPN.....	70
Annexe 8 Supports écrits.....	72
Annexe 9 Maternité de Paouignan.....	75
Annexe 10 Maternité de Kpingni.....	77
Annexe 11 Maternité de Dassa-Zoumé.....	78
Annexe 12 Maternité de Gnonkpingnon.....	79
Annexe 13 Maternité de Tré.....	81
Annexe 14 : Maternité de Kpakpa Agbagoulé.....	83

ANNEXE 1

La carte géographique du Bénin et ses départements délimités.



ANNEXE 2

Tableau 8: Niveau d'atteinte des indicateurs des OMD dans la commune de Dassa-Zoumè

INDICATEURS DES OMD				
Objectif	Cibles	Indicateurs retenus au Bénin	Valeur courante pour Dassa	Valeur cible en 2015
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	1. Réduire de 50% la proportion de la population béninoise vivant en dessous du seuil de pauvreté en faisant passer l'indice de pauvreté à 15% d'ici 2015	1. Indice de la pauvreté monétaire	36,3%	15%
		2. Indice de Pauvreté Humaine	38,3%	16%
	2. D'ici à 2015, réduire de 50% le nombre de personne souffrant de malnutrition	3. Proportion d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale	4,9%	14,6%
2. assurer une éducation primaire pour tous	3. D'ici à 2015, assurer l'instruction primaire à tous les enfants en âge d'aller à l'école	4. Taux net de scolarisation dans le primaire	85,30%	100%
		5. Taux d'achèvement au primaire	95,3%	100%
		6. Taux d'alphabétisation	51,2%	100%
3. promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation	4. Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et, à tous les niveaux de l'enseignement en	7. Rapport fille-garçon dans le primaire et le secondaire	0,79	1
		8. Pourcentage des élus locaux par sexe (% des femmes)	10,5%	30%
4. Réduire la mortalité infantile	5. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 65 pour mille en 2015	10. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	100,8	65 pour 1000
		11. Taux de mortalité infantile	64,4	39 pour 1000
		12. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	101%	100%
5. Améliorer la santé maternelle	6. Réduire le taux de mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015	13. Taux de mortalité maternelle	397	390 pour 100 000
		14. Proportion d'accouchements assistés	51% -75%	100%
		15. Taux de couverture des soins prénatals	71% -105%	100%
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	7. Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA	16. Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans	-	1,9%
		17. Taux d'utilisation de la contraception	-	40,9%
		18. Nombre d'enfants orphelins du SIDA	Non disponible	Stabilisé
	8. D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	19. Taux d'incidence du paludisme	239 pour 1000	ND
		20. Taux de létalité due au paludisme	Non disponible	ND
		21. Taux de prévalence de la tuberculose	0,02%	Stabilisé
		22. Taux de fréquentation des services de santé (soins curatif)	13%	100%

ANNEXE 3

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé Publique	-CNHU -Centre National de Pneumo-Physiologie -Centre National de Psychiatrie -Centre National de Gérontologie -Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL) -CAME	-Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Radiologie, Laboratoire, ORL, Ophtalmologie -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé Publique	-Centre Hospitalier Départemental -Centres Nationaux de traitement de l'Ulcère de Buruli	-cf spécialités du niveau central
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire	-Hôpital de Zone -Centre de Santé de Commune -Formations sanitaires privées -Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé (CASES) -Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) -Maternités et dispensaires -Unité Villageoise de Santé (UVS)	-Médecine générale, Chirurgie d'urgence, Gynéco-Obstétrique, Radiologie, Laboratoire, Pharmacie -Alphabétisation, Loisirs -Dispensaires, Maternités, Pharmacie ou dépôt pharmaceutiques -Soins, Accouchements, Caisse de pharmacie

L'organisation du système de santé au Bénin.

ANNEXE 4

Nom de la maternité	Nombre d'accouchements/mois	Personnels/garde	Locaux et matériels
<i>Paouignan</i>	40	1 sage-femme et 1 infirmière	1 SDN avec 2 tables d'accouchement, 1 salle de consultation avec 1 table d'examen, 1 SME avec 8 lits
<i>Kpingni</i>	15	2 aides-soignantes	1 SDN avec 2 tables, 1 salle de CPN avec 1 table d'examen et 1 autre "exploitable", 1 SME avec 2 lits
<i>Dassa-Zoumé</i>	25	1 sage-femme et 1 aide-soignante	1 SDN avec 2 tables d'accouchement, 1 salle de CPN avec 1 table, 1 SME avec 8 lits, 1 bloc opératoire
<i>Gnonkpingnon</i>	10	1 aide-soignante	1 salle pour les CPN et les accouchements avec 1 table d'examen et 1 table d'accouchement, 1 SME avec 3 lits
<i>Tré</i>	10 à 18	2 aides-soignantes le jour et 1 A-S la nuit	1 SDN avec 2 tables, 1 salle de CPN avec 2 tables d'examen et 1 SME avec 6 lits
<i>Kpakpa Agbagoulé</i>	10	1 aide-soignante et 1 infirmière	1 SDN avec 1 table d'accouchement, 1 salle de CPN avec 1 table d'examen, 1 SME avec 4 lits
<i>Soclogbo</i>	8 à 32	1 sage-femme	1 SDN avec 2 tables d'accouchement, 1 salle de CPN avec 1 table d'examen, 1 SME avec 5 lits

Tableau récapitulatif des sept maternités.

ANNEXE 5

Guide d'entretien

Entretien mené par Melle MARC Pauline, étudiante sage-femme en dernière année de cursus auprès des personnels de santé de maternité.

Nom de la maternité :

Nom et prénom de la sage-femme interviewée :

I/ Selon vous, quels sont les trois problèmes de santé majoritairement rencontrés dans votre secteur d'activité ?

-

-

-

II/ Classez-les selon leur ordre de priorité.

1)

2)

3)

III/ Pouvez-vous me dire quelles sont les difficultés qui selon vous, vous semblent prioritaires dans votre activité ?

IV/ Avez-vous des solutions pour y remédier ? Si oui, lesquelles ? Fonctionnent-elles ?

V/ Quel est votre nombre de consultations quotidiennes ?

VI/ Comment sont-elles organisées ?

VII/ Quel est le temps moyen d'attente des femmes ?

VIII/ Quelle est la distance parcourue par les femmes pour venir vous voir ?

IX/ Quels sont les motifs de consultations des femmes ?

- ³⁵/₁₇ CS prénatale
- ³⁵/₁₇ CS gynéco (infections, avortements)
- ³⁵/₁₇ CS de planification familiale
- ³⁵/₁₇ CS du post-partum

³⁵/₁₇ Conseils pour les nouveau-nés
³⁵/₁₇ Accouchement
³⁵/₁₇ Urgence
³⁵/₁₇ Autres Précisez :

X/ En ce qui concerne les CS pré-natales, combien de fois en moyenne une femme vient vous voir pour une même grossesse ?

XI/ A votre avis, quel est le pourcentage de femmes qui viennent en consultation ?

XII/ Comment pensez-vous pouvoir améliorer ce pourcentage ?

XIII/ Quel nombre de CS pré-natales leur conseillez-vous ?

XIV/ Quel matériel utilisez-vous en consultation ?

XV/ Donnez-vous des traitements systématiques (ex : anti-palu)

XVI/ Proposez-vous des dépistages pour le SIDA ?

- Oui
- Non Si non, pourquoi ?

XVII/ Avez-vous une trace écrite de leur passage ? (Cahier, feuille, dossier...)*

XVIII/ Avez-vous des besoins particuliers ?

- matériel médical : général ou obstétrical
- matériel non médical (Balance, mètre ruban, table, chaises...)
- Médicaments
- Personnels

XIX/ Connaissez-vous le partogramme ?

XX/ Pratiquez-vous systématiquement la GATPA ?

XXI/ Avez vous des contacts avec les matrones et les tradipraticiens ?

³⁵/₁₇ Si oui, pensez-vous pouvoir travailler avec eux ?

XXII/ Quelle formation avez-vous suivie ?

XXIII/ Pensez-vous qu'on pourrait vous apportez quelque chose en plus en matière de formation ?

XXIV/ Souhaitez-vous parler de quelque chose en particulier ?

ANNEXE 6

Feuille de consentement éclairé

Je soussigné(e)

³⁵₁₇ Sage-femme (Entourer la fonction exercée)

³⁵₁₇ Infirmière

³⁵₁₇ Aide-soignante

Avoir été informé(e) et accepte de participer à l'entretien semi-dirigé par Melle Pauline MARC, étudiante sage-femme en dernière année d'étude de l'école de Sages-Femmes de Nancy (France).

J'accepte également que mes réponses soient retranscrites et analysées afin d'être utilisées dans le cadre du mémoire de fin d'études et de sa soutenance.

³⁵₁₇ Accepte que mon identité soit divulguée si besoin

³⁵₁₇ N'accepte pas que mon identité soit divulguée dans ce cadre et que la seule référence utilisée soit ma fonction.

Fait à

Le

Signature :

ANNEXE 7

Grille de CPN et ses différents critères

Critères optimaux d'une CPN	Conditions	OUI	NON
Tenue des Cartes Maternelles (CM)			
A chaque patiente correspond une CM			
CM avec écriture lisible et compréhensible			
Informations liées à la patiente sont notées	Oui si identité, âge, profession, gestité, parité, ATCD, DDR, DG et TP		
Bonne retranscription des éléments de la CPN			
Eléments liés aux CPN			
Le motif de consultation est demandé			
<u>Examen général</u>			
Prise de la TA, des pulsations et de la température	Oui si les trois constantes sont prises		
Bandelette urinaire faite?			
Signes fonctionnels urinaires demandés? (Pollakiurie, brûlures mictionnelles?)			
Signes fonctionnels d'HTA (acouphènes, phosphènes, céphalées, barre épigastrique)			
Œdèmes ?			
Signes fonctionnels d'anémie? (palpitations, fatigue, conjonctives)			
Signes fonctionnels vaginal ? (Démangeaisons, pertes inhabituelles, malodorantes)			
<u>Examen obstétrical</u>			
Mouvements actifs fœtaux présents?			
Interroge sur les CU?			
Perte de liquide demandée?			
Métrorragie posée?			
Utérus palpé et mesuré?			
Présentation vérifiée?			
BdC écoutés?			
TV			
Réalisé avec asepsie			
Pose une CAT et une prescription adaptée?			
Donne les suppléments	Oui si les deux critères remplis		

systematiques? Au bon moment?			
Vaccination VAT vérifiée?			

ANNEXE 8

Les différents supports écrits utilisés dans les maternités

REPUBLICQUE DU BENIN
 MINISTERE DE LA SANTE
CARTE MATERNELLE (C3)
 Nom de jeune fille :
 Age :
 Village/quartier/Domicile

Date de 1ère Visite / /
 Jour Mois Année
 GARE (Grossesse A Risque Elévé) oui : Non : Date :
 Prénoms : Non et Prénoms du Procréateur :
 Ethnie : Profession :

ANTECEDANTS		PLAN POUR ACCOUCHEMENT		VACCINATION	
Gestité :	Parité :	Taille:	Lieu de l'accouchement		
Nombre d'enfants vivants :			Accoucheur compétent identifié		VAT 1
DDR :			Contact de l'accoucheur		VAT2
Date présumée de l'accouchement :			Mode de transport		VAT3
			Accompagnant identifié		VAT4
			Garde des enfants à la maison identifié		VAT5
			Décideur en l'absence du mari		
			Epargne pour l'accouchement		Femme complètement vaccinée
			Donneur de sang prévu		

Consultations Prénatales	1er trimestre		2 ^{ème} trimestre		3 ^{ème} trimestre	
	1ère Visite Obligatoire		1ère Visite Obligatoire		1ère Visite Obligatoire	
Eléments surveillance	Date					
Mois de grossesse						
TA						
BDC						
Urines (alb / Sucre)						
Poids						
IMC = Poids / taille ²						
Périmètre ombilical						
HU						
Oedèmes						
Ictère						
Saignement						
Conjonctives						
Présentation						
Examen de sein						
PTME fait (cocher Oui ou Non)						
Fer / Acide folique						
Prévention du paludisme	TPI / SP 1ère Dose					
	TPI/SP 2ème Dose					
	IEC/ MI					
	Acquisition MIILD (O/ N)					
	Avez-vous dormi sous MIILD la nuit dernière ? (O/N)					
Température						
Anémie						
Autres Risques						
Réf pour CPN						
Réf pour accouchement						
IEC/PMA nut						
Date de rendez-vous						
Recherche active						

TPI/SP : Traitement Préventif Intermittent/Sulfadoxine-Pyriméthamine
 MIILD : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à longue Durée d'Action

CARTE DE PLANIFICATION FAMILIALE

N° d'ordre _____
 DATE 1ère VISITE
 Jour Mois Année

NOM DE JEUNE FILLE _____ NOM DU MARI _____ PRENOM USUEL _____
 AGE _____ ADRESSE (Préciser Quartier, maison de) _____
 PARITE _____ NBRE ENFANTS VIVANTS _____ DATE NAISSANCE DERNIER ENFANT _____
 DATE DES DERNIERES REGLES _____
 1ère UTILISATION DE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE ? OUI NON
 SI NON QUELLE EST L'ANCIENNE METHODE DEJA UTILISEE (Préciser) _____

<p>SYNTHESE (A faire en cas d'arrêt constaté de la contraception)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de la synthèse (JS) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Date début contraception (JC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Date d'arrêt contraception (JA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Nbre de mois à couvrir (de JC à JS) <input type="checkbox"/> - Nbre de mois couverts (de JC à JA) <input type="checkbox"/> 	<p>Changement de Méthodes (lister méthodes successives)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>MOTIFS D'ARRÊT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désir de Grossesse <input type="checkbox"/> - Grossesse accidentelle <input type="checkbox"/> - Femme Perdue de vue <input type="checkbox"/> - Abandon <input type="checkbox"/> - Autre motif (préciser : _____)
--	---

TABLEAU DE SUIVI

Date de consultation	Méthode prescrite	Remarques importantes de l'examen clinique	Date prochaine Rendez-vous	Action de Relance = Lettre (L) = Visite à Domicile (VD)
		<p style="text-align: center;">EXAMEN INITIAL</p> <p>Règles</p> <p>Seins</p> <p>Utérus</p> <p>Poids</p> <p>T A</p> <p>Méthode (s) contre - indiquée (s) =</p>		

ANNEXE 9

Salles de consultation et d'accouchement de *Paouignan*



Table de réa bébé



Salle d'hospitalisation et SME



ANNEXE 10

Salle de consultation de *Kpingni*



Salle d'accouchement



ANNEXE 11

Salle de naissance de *Dassa-Zoumé*



Table de réanimation néonatale

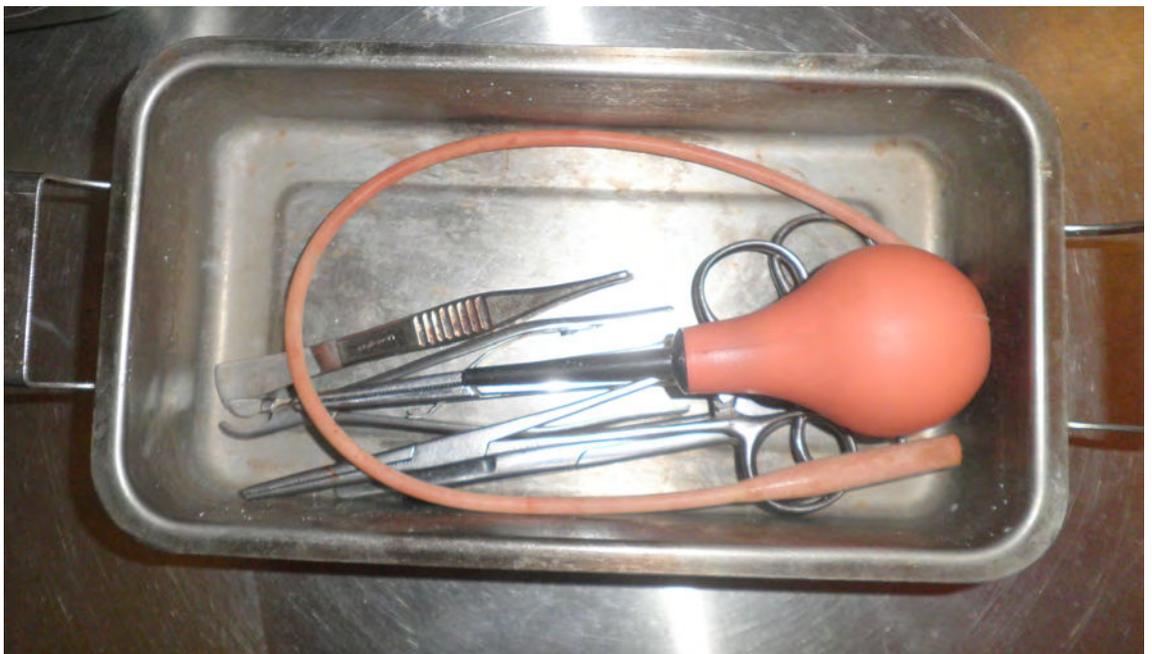


ANNEXE 12

Salle de CPN et table d'accouchement de *Gnonkpingnon*



Matériel d'accouchement "nettoyé"



Secteur des suites de couches



ANNEXE 13

Salle de consultation de *Tré*



Salle de Naissance



Matériel d'accouchement



Secteur Mère-Enfant



ANNEXE 14

Salle de consultation de *Kpakpa Agbagoulé*



Secteur mère-enfant



MARC Pauline

Mémoire de fin d'études de sages-femmes, Promotion 2014

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz de Nancy

Titre : Diagnostic des besoins en matériels et en formation des sages-femmes dans sept maternités de la zone sanitaire de Dassa-Zoumé

Résumé : "Va à la recherche des peuples... Commence par ce qu'ils savent... Bâti sur ce qu'ils ont". Cet ancien proverbe chinois illustre le contenu de ce mémoire, qui n'a comme vocation ni de critiquer le système de périnatalité africain ni de le comparer au système français, mais de faire un diagnostic des besoins tant en matériel qu'en formation des sages-femmes dans sept maternités publiques de la zone sanitaire de Dassa-Zoumé, au Bénin. Les informations récoltées par le biais d'entretiens et d'observations ont permis de mettre en avant de nombreuses carences en équipements et en connaissances notamment en réanimation néonatale et en planification familiale. L'établissement d'un référentiel pour ces sages-femmes, la fourniture du matériel demandé et l'organisation d'ateliers de formation seront autant de réponses propices à une amélioration des taux de mortalité maternelle et néonatale de cette zone qui demeurent encore trop élevés.

MOTS CLÉS : Bénin; Zone sanitaire de Dassa-Zoumé; Formation des sages-femmes; Périnatalité; Consultation prénatale.

Summary : "Go to the people... Start with what they know... Build on what they have."

This ancient Chinese proverb applies to the content of this report, whose objective is neither to judge the African perinatal system negatively or to compare it to the French system, but to establish Beninese midwives need for material and training, in seven public maternities located in the Dassa-Zoumé health area. The information collected through interviews and observations reveal an important lack of equipment and knowledge, notably regarding family planning and neonatal intensive care. In order to reduce the high maternal and neonatal mortality rate in this area, we suggest a reasonable material supply, the organisation of training programs, and the writing of a good practice guide for the midwives.

KEYWORDS : Benin, Health zone of Dassa-Zoumé, Midwife's training, Perinatality, Prenatal consultation.