



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Date



Expérience de la DDC en matière de santé maternelle et infantile au Bénin

Par Agnès Adjou-Moumouni
Chargée de programme au Bureau de la coopération suisse au Bénin



Plan de présentation

- Bref aperçu sur le Bénin
- Programme santé de la DDC au Bénin : portes d'entrées, stratégies
- Principaux résultats obtenus
- Difficultés, bonnes pratiques et leçons apprises
- Défis qui restent à relever



1 . Bref aperçu sur le Bénin

- Population : 9 364 619 habitants en 2011.
- Indice synthétique de fécondité :5,7 enfants par femme
- Taux de croissance démographique : 3,25%.
- Taux de croissance économique :3,1 en 2011.



Bref aperçu (1)

- PIB par tête (en FCFA) est de 349 058 (698,12 CHF) en 2011
- Budget général de l'Etat en 2011 : 1 099 100 000 000 F CFA (2'198'200'000 CHF)
- Part budget alloué au Ministère de la Santé : 6,29%
- Budget du secteur de la santé 69 153 048 000 FCFA en 2011 soit 164'925'200 CHF



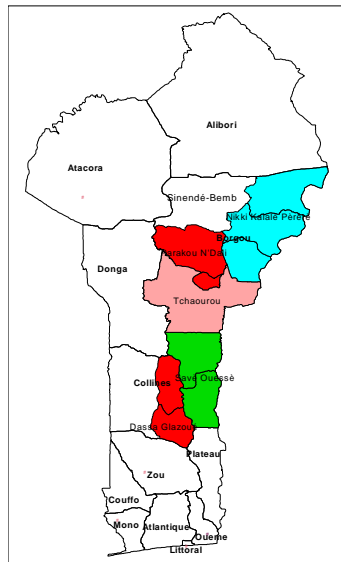
Bref aperçu (2)

- Taux de mortalité néonatale : 32/1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile 67 pour 1000 naissances vivantes.
- Taux de mortalité maternelle: 397 pour 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité maternelle intra hospitalière (Borgou) : 314,5 contre et de 98,3 (Collines)



2. Programme Santé de la DDC

■ Espace géographique couvert



- Deux (2) Départements
- Dix (10) communes
- Cinq (5) Zones Sanitaires
- 86 formations sanitaires
- Plus du ¼ du territoire
- 1'687'668 habitants en 2011 soit 969 896 pour le Borgou et 717 772 pour les Collines



Expérience DDC santé maternelle et infantile

Point de départ

Constats en 2002

- Ratio de mortalité maternelle de la zone sanitaire de Tchaourou : 973 pour 100 000 naissances vivantes (NV) contre 272 pour tout le Borgou).
- Mortalité Maternelle intra hospitalière : (2780/100.000NV).



Constats

Causes primaires de cette situation

- *Retard dans la prise de décision de recourir au service de santé au niveau communautaire*
- *Le retard d'acheminement vers un service de santé approprié*
- *Le retard à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales après l'arrivée dans les services de santé*



Constats (suite et fin)

Mais aussi

- les accouchements à domicile
- la faible Prévalence Contraceptive
- l'état de santé précaire de la femme et de l'enfant
- l'approche de formation classique qui n'a pas réussi à améliorer la performance des personnels de santé
- la performance limitée des professionnels sortis des écoles chargés de la gestion des urgences obstétricales néonatales dans les formations sanitaires



Portes d'entrée de nos actions

- l'amélioration de la qualité des prestations aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de cinq ans
- l'amélioration des conditions de travail et de vie des prestataires de soins maternels et néonataux
- le renforcement des infrastructures et équipements des formations sanitaires
- l'amélioration de la qualité de la gestion des bases de données relatives à la santé de la mère et de l'enfant en vue d'une prise de décision basée sur des évidences scientifiques.
- Le développement de stratégies novatrices et dont l'efficacité en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est démontrée.



Stratégies

- **La formation** : elle porte essentiellement sur **les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU/ GATPA)** et sur la performance pratique des prestataires en matière de soins maternels et infantiles.
- **Le renforcement des capacités** par la mise à disposition *d'assistants techniques en santé publique et en gestion, ou d'expertise ponctuelle*
- **La normalisation de la qualité des soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Complémentaires (SOUC)**



Stratégies (suite et fin)

- **Le suivi personnalisé des prestataires de soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence**
- ***Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Communautaires par la médiation sociale***
- **La maternité sans risque**
- ***Le dialogue Politique***



3. Principaux résultats obtenus

Conditions de travail améliorées:

- l'accès aux soins s'est amélioré sur le plan géographique par la construction et la réhabilitation de plus d'une trentaine de centres de santé ;
- le matériel médico-technique a été renforcé
- Le maintien des responsables de formations sanitaires en poste notamment le personnel féminin par la construction des logements

Création de conditions-cadres

- Les procédures de prise en charge SONU sont introduites et appliquées dans notre zone d'intervention



Résultats obtenus (1)

- **Systeme Référence et contre référence (RCR) renforcé**
- les évacuations intra-zone sont gratuites dans le pays
- La prise veineuse est systématique chez toutes les parturientes évacuées
- des ambulances sont disponibles par commune mais le problème de maintenance se pose

Niveau communautaire

- 95 cellules de lutte contre les décès maternels sur 128 sont dirigées par les femmes et 33 par les hommes soit 74% contre 26%.



Résultats obtenus (2)

Evolution des indicateurs de performance du programme

- Le Taux de Mortalité Néo-natale Précoce (TMNP) intra-hospitalière est passé de 7,8 en 2010 à 5,5 pour 1000 naissances vivantes en 2011
- Le Ratio de mortalité maternelle intra hospitalière qui était de 161 pour 100000 naissances vivantes (NV) en 2010 est passé à 184,7 pour 100000 NV en 2011



4. Difficultés, bonnes pratiques, leçons

Difficultés

- L'instabilité du personnel rend difficile la pérennisation et la sauvegarde des acquis du programme.
- Le manque de cohésion, l'absence réelle de leadership, le faible empowerment et même les dysfonctionnements au sein des Equipes d'Encadrement de Zones Sanitaires (EEZS)
- l'absence fréquente des médecins-coordonnateurs de zones sanitaires



Bonnes pratiques

- Le suivi personnalisé des prestataires de Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU/GATPA)
- L'audit systématique des décès maternels et néonataux et la mise en œuvre diligente et efficace des recommandations des audits
- La gestion concertée des références et contre-références des parturientes et gestantes ainsi que des nouveau-nés et enfants en détresse
- La gestion informatisée des bases de données statistiques des maternités
- Le partage semestriel des expériences acquises entre toutes les zones
- La recherche-action et la recherche opérationnelle au niveau de toutes les maternités en vue de la résolution immédiate des problèmes identifiés



Leçons apprises

- Les communautés sont capables d'analyser leurs problèmes de santé et d'identifier les causes profondes si on les encadre bien.
- Les villages regorgent de leaders communautaires bien connus des populations, leurs talents n'attendent que de s'exprimer s'ils reçoivent un encadrement adéquat.
- L'absence de communication entre prestataires et usagers est une source importante de non fréquentation des formations sanitaires.



Défis qui restent à relever

- **Assurer la pérennité des acquis de 10 ans d'intervention en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale**
 - comment réussir le changement de comportement au niveau des communautés par rapport à la pression des habitudes culturelles
 - **La responsabilisation** des communes dans leurs compétences en matière d'autorité politique en charge de la santé au niveau de leurs communes respectives
- Le principal défi** est et demeure le maintien des performances atteintes et des acquis en vue d'assurer une atteinte des OMD-Santé en fin 2015 et au-delà.



Merci pour votre attention

