

**Rapport de la
Journée de
l'Initiative
Prévention de
l'hémorragie du
post-partum au
Bénin:**

*Dissémination aux
Partenaires des
Résultats de l'Étude
de la Pratique de la
Gestion Active de la
Troisième Période
de l'Accouchement,
18 Juillet 2007*

Management Sciences for Health
is a nonprofit organization
strengthening health programs worldwide.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

This report was made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00016-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

*Sourou Gbangbade
August 2007*

Rapport de la Journée de l'Initiative Prévention de l'hémorragie du post-partum au Bénin : Dissémination aux Partenaires des Résultats de l'Étude de la Pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement, 18 Juillet 2007

Sourou Gbangbade
Consultant, RPM Plus

Imprimé en Août 2007



Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques
Centre pour la gestion des produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203
États-Unis
Tél : 703-524-6575
Télécopieur : 703-524-7898
E-mail : rpmpius@msh.org

Objectif Stratégique numéro 2

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

À propos de RPM Plus

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

A propos de POPPHI

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

Citation recommandée

Ce rapport peut être reproduit dans la mesure où RPM Plus en soit crédité et en utilisant la citation ci-dessous:

Gbangbade, Sourou. 2007. *Rapport de la Journée de l'Initiative Prévention de l'hémorragie du post-partum au Bénin : Dissémination aux Partenaires des Résultats de l'Étude de la Pratique de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement, 18 Juillet 2007*. Soumis à l'Agence des États-Unis pour le Développement international par le Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Mots clés

Benin, GATPA, AMTSL, Post partum hemorrhage, Maternal Health, Santé Maternelle

Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques
Centre pour la gestion des produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203, EU
Tél: 703-524-6575
Télécopieur: 703-524-7898
E-mail: rpmpplus@msh.org
Site Web: www.msh.org/rpmpplus

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	v
CONTEXTE	1
Prévention des hémorragies du post-partum et problématique de la mortalité maternelle.....	1
Problématique de la mortalité maternelle au Bénin	2
Mise en œuvre de la GATPA au Bénin	4
Justification de l'étude	4
LA JOURNÉE DE DISSÉMINATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	7
Objectifs de la journée	7
L'ouverture	7
Les présentations.....	8
Sommaire des résultats	9
Réponses et questions	10
ANNEXE 1. AGENDA DE LA JOURNÉE.....	13
ANNEXE 2. RECOMMANDATIONS POUR LES INTERVENTIONS	15
Politique	15
Prestataire.....	16
Médicaments et logistiques.....	17
Monitoring et évaluation	17
ANNEXE 3. LISTE DES PARTICIPANTS	19

ACRONYMES

CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux
DSF	Direction de la Santé Familiale
FIGO	Fédération Internationale de gynécologie et d'obstétrique
GATPA	gestion active de la troisième période de l'accouchement
HPP	hémorragie du post-partum
ICM	Confédération internationale des Sages-Femmes
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHPP	prévention des hémorragies du post-partum
POPPHI	Initiative sur la Prévention de l'Hémorragie du Post-Partum
RMM	ratio de mortalité maternelle
RPM Plus	Programme de Gestion Rationnelle des Produits Pharmaceutiques
SNIGS	Système National d'Information et Gestion de Santé
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence complets
USAID	Agence des États-Unis pour la Développement Internationale

CONTEXTE

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

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 529 000 femmes meurent chaque année dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches¹. Près de la moitié de ces décès survient en Afrique Sub-Saharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales². Avec un ratio estimé à 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la région africaine a la mortalité maternelle la plus élevée du monde.

Dans le monde, environ 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum (HPP) est la cause la plus fréquente de décès maternels³. L'hémorragie du post-partum immédiat se définit comme une perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (<500 ml) survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement⁴. Elle est responsable de près de 25% de tous les décès maternels. L'hémorragie, en particulier l'HPP, est imprévisible, soudaine et plus dangereuse chez une femme anémiée. Elle peut conduire à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés.

Dans le contexte de mortalité élevée et de ressources limitées, qu'est celui de la plupart des pays de l'Afrique Sub-Saharienne, l'introduction de pratiques à faible coût, reposant sur des bases factuelles et pouvant permettre de prévenir HPP amélioreront de façon significative la survie de la mère et du nouveau-né. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) constitue l'une des interventions à faible coût et efficaces de prévention de l'HPP.

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

- L'administration d'utérotoniques
- La traction contrôlée du cordon
- Le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta

Cette définition de la GATPA est adoptée par la Fédération Internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM) et l'OMS.

Malgré l'efficacité de la GATPA, les preuves de son utilisation demeurent encore rares. L'évaluation de certains projets faisant la promotion de cette pratique tend le plus souvent à se

¹ WHO. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF UNFPA*. Geneva: WHO.

² OMS/AFRO. 2004. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. *Bulletin régional de la santé génésique* no 2. Brazzaville: OMS/AFRO.

³ WHO. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF UNFPA*. Geneva: WHO.

⁴ J. Lansac et G. Body. 1988. *Pratique de l'accouchement*. Paris: SIMEP SA.

limiter seulement aux nombres de prestataires formés et au pourcentage de prestataires ayant atteint le niveau de performance acceptable après formation.

En dehors des informations anecdotiques, l'utilisation de cette pratique est quelque peu mieux décrite dans le rapport de la recherche publié par le Global Network for Perinatal and Reproductive Health [Réseau mondial de la Santé périnatale et reproductive.⁵ En effet, les données issues de l'étude de 15 structures universitaires obstétricales de référence en pays développés et en pays en développement indiquent une nette variation de l'utilisation de la pratique de la GATPA tant au sein d'une même structure hospitalière qu'entre structures hospitalières. Dans l'ensemble, seulement 25% des accouchements observés ont comporté la pratique de la GATPA. Cette étude a aussi révélé que les trois composantes de la technique n'ont été appliquées de façon consistante que dans seulement un hôpital (Dublin). Par ailleurs, il a été noté de grandes variations au niveau de l'utilisation de ses diverses composantes. Par exemple, l'utilisation prophylactique d'ocytocine a varié de 0% à 100% ; la pratique de la traction contrôlée du cordon a varié de 13% à 100% et enfin le nombre de femmes ayant reçu des doses supplémentaires d'ocytocine pendant la troisième période de l'accouchement a varié de 5% à 100%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation correcte de la GATPA est encore faible. De même, dans les endroits où elle est pratiquée, la définition varie non seulement au sein d'un même pays mais aussi entre pays.⁶

Problématique de la mortalité maternelle au Bénin

Jusqu'en 1992, la situation réelle du niveau de mortalité maternelle n'était pas bien connue au Bénin. En effet, les seules estimations disponibles jusqu'alors provenaient des sources hospitalières qui ne traduisent guère la réalité au sein de la population. Ce n'est qu'en 1992 qu'à travers le deuxième recensement général de la population et de l'habitat que la première estimation de la mortalité maternelle basée sur des données de population a été publiée.⁷ Deux autres estimations du ratio de mortalité ont été publiées en 1996⁸ et en 2002.⁹ Ces estimations ont permis d'apprécier l'impact sur la mortalité maternelle des différentes politiques et stratégies mises en œuvre depuis 1992 dans le domaine sanitaire. En effet, depuis 1992 trois documents de politiques et stratégies de développement du secteur santé ont été mis en œuvre et couvrent les périodes 1993-1996, 1997-2001 et 2002-2006.^{10,11,12,13}

⁵ M. R. Festin, P. Lumbiganon, J. Tolosa, K. Finney, K. Ba-Thike, T. Chipato et al. 2003. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. *Bulletin of the World Health Organization* 81:286-291.

⁶ W. J. Prendiville, J. E. Harding, D. Elbourne et S. McDonald. 2001 Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane review). The Cochrane Library.

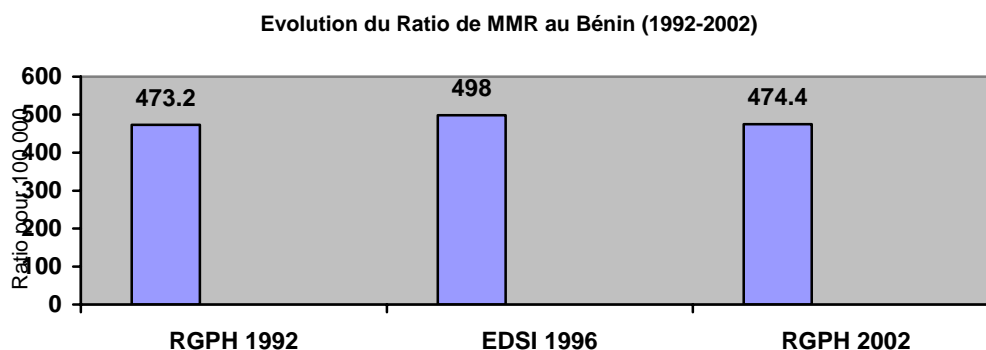
⁷ MPRE, INSAE. 1992. *Deuxième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH2)1992*. Cotonou: Bureau Central du Recensement.

⁸ Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) et ORC Macro Calverton, Maryland USA. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 1996*. Cotonou: INSAE.

⁹ MCPPD, INSAE. 2003. *Troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3) Février 2002 : Principaux indicateurs socio-démographiques*. Cotonou: Direction des études démographiques.

¹⁰ Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de Condition Féminine. 1997. *Politiques et stratégies de développement du secteur santé 1997-2001*. Cotonou: MSPSCF.

Comme le montre le graphique, le ratio de mortalité maternelle (RMM) stagne autour de 473 pour 100 000 naissances vivantes de 1992 à 2002.¹⁴ Alors que la mortalité maternelle marque le pas, la mortalité infantile quant à elle, a sensiblement baissé de 94 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 89 pour 1000 naissances vivantes en 2001.¹⁵ Ceci constitue probablement la preuve que ces deux problèmes n'ont certainement pas reçu la même attention au cours de la période 1992-2002.



De même l'évaluation nationale des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) réalisée en mai 2003¹⁶ et qui a porté sur l'ensemble des 48 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SOUC) et sur un échantillon aléatoire de 234 sur les 581 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence de base (SOUB) a révélé que:

- Le Bénin dispose de peu de formations sanitaires offrant réellement les SOU.
- Le déficit est surtout préoccupant pour les formations sanitaires offrant les SOUB : 1,4 au lieu de 4 pour 500 000 habitants.
- Tous les indicateurs d'utilisation des SOU sont au dessous du niveau minimal acceptable : 12,6% au lieu de 15% pour la proportion de naissances survenant dans les établissements de SOU ; 22,9% contre 100% pour les besoins satisfaits en

¹¹ Ministère de la Santé Publique. 2001. *Carte blanche du Ministère de la Santé du Bénin, 1996-2001*. Cotonou: MSPSCF.

¹² Ministère de la Santé Publique. 2002. *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*. Cotonou: MSP.

¹³ La Santé du Bénin. 2003. *Politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, 2ème ed.* Cotonou: MSP.

¹⁴ Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (CNDLP). 2005. *Rapport d'avancement de la mise en oeuvre du DSRP Année 2004*. Cotonou: CNDLP.

¹⁵ ICM and FIGO. 2003. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Washington: ICM/FIGO.

¹⁶ Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale. 2003. *Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence- Rapport final*. Cotonou: DSF.

services de SOU, et 2,6% au lieu de 5% au moins pour le nombre de césariennes rapporté au nombre total de naissances au sein de la population.

- Le taux de létalité obstétricale indiquant la qualité des SOU offerts est de 3,5% au lieu d'être inférieur 1%.

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

Mise en œuvre de la GATPA au Bénin

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

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

1. une phase pilote
2. une phase d'extension à 14 nouvelles formations sanitaires à Cotonou
3. une phase de passage à l'échelle nationale

Les acteurs oeuvrant actuellement dans le domaine de la PHPP au Bénin sont : le MS, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le PSI, le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF), l'Unicef, l'USAID, l'Association des Sages-femmes du Bénin et l'Antenne béninoise de la Société de Gynéco-Obstétrique du Bénin et du Togo (SGOBT). Ce groupe d'acteurs est désormais renforcé par de nouveaux programmes et projet de l'USAID à savoir : le Programme Intégré de santé Familiale (PISAF) couvrant de façon prioritaire les départements du Zou et des Collines et le Quality Assurance Project couvrant la zone sanitaire d'Aplahoué-Dogbo-Djakotomey.

Justification de l'étude

Depuis 1997, l'Initiative Maternité à Moindre Risque a déclaré que la mortalité maternelle est un problème de système de santé. La GATPA constitue un aspect de ce système. Elle constitue une intervention mesurable, reposant sur des bases factuelles et susceptibles de sauver la vie des mères. Compte tenu du fait que l'hémorragie du post-partum est la cause majeure de décès maternels dans la plupart des pays, il est impérieux de disposer des informations sur les pratiques

actuelles en matière de GATPA en vue de permettre aux pays de concevoir et de mettre des stratégies efficaces et efficientes pour sa promotion dans les sites d'accouchements. C'est dans ce cadre que l'Initiative sur la Prévention de l'Hémorragie du Post-Partum (POPPHI) financée par l'USAID, a entrepris de réaliser en complément aux travaux du « Global Network for Perinatal and Reproductive Health », la présente enquête pour approfondir davantage notre connaissance sur l'état actuel de la pratique de la GATPA.

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

Au Bénin, l'étude a été réalisée d'octobre à novembre 2006. Elle a visé essentiellement à permettre aux Ministère de la Santé et à leurs partenaires au développement de disposer des informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA et à l'identification des barrières à son utilisation. Il s'agit d'une étude transversale et descriptive visant à atteindre les objectifs définis ci-dessus à travers la collecte de données dans 26 formations sanitaires réparties sur tout le territoire national.

LA JOURNÉE DE DISSÉMINATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le 18 juillet 2007 s'est tenue dans la salle de conférence du Ministère de la Santé la journée de l'Initiative Préventive de l'Hémorragie du Post-Partum, organisée par l'USAID et la DSF.

Cette journée fait suite à la réalisation au Bénin en octobre-novembre 2006 de l'étude intitulée « Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement dans les Formations Sanitaires ».

Le but de cette journée est d'informer les décideurs clés sur l'état de la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires au Bénin et de susciter une réflexion sur les stratégies efficaces pour son renforcement en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

Objectifs de la journée

Les objectifs spécifiques de la journée étaient de :

- Partager les informations actualisées sur les preuves scientifiques qui soutiennent la GATPA
- Présenter les résultats de l'enquête de novembre 2006 sur la pratique de la GATPA au Bénin
- Amener toutes les parties prenantes à renforcer leur soutien à l'Initiative de l'Hémorragie du Post-Partum au Bénin.

L'agenda de la journée se trouve en annexe 1. La liste des participants à ce forum se trouve en annexe 3.

L'ouverture

Le mot de bienvenue a été prononcé par le Directeur de la Santé Familiale qui a présenté l'agenda de la journée.

Le Représentant de l'USAID a rappelé l'expérience pilote qui a servi de cadre à l'introduction de la GATPA au Bénin; il a ajouté que l'extension de cette stratégie implique l'engagement des politiques et des différents programmes ainsi que la possibilité d'intégrer la pratique de la GATPA dans les écoles de formation de base.

Le mot de bienvenue est revenu au Directeur du Cabinet du Ministre de la Santé qui a d'abord rappelé la tragédie de la mortalité maternelle en Afrique en général et au Bénin particulièrement. Il a ensuite relevé la faiblesse du système de santé avant de mettre en exergue les stratégies de lutte mises en œuvre par le Ministère de la Santé dont la GATPA visant la réduction des

hémorragies du post-partum, première cause de la mortalité maternelle. Il a enfin exprimé que cette évaluation externe dont les résultats seront présentés, permettra au secteur de la santé d'améliorer la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires pour une réduction progressive de la mortalité maternelle.

Après ce mot de bienvenue, les participants ont mis en place un présidium composé de : Prof. Issifou Takpara, président ; Georges Koussihouede, secrétaire ; Béatrice Adjobo et Jacques Saizonou, rapporteurs.

Les présentations

Les participants ont eu droit à une série de six présentations. La première présentation a été faite par Madame Jennifer Léopold et a porté sur un bref aperçu sur la RPM Plus/MSH. Elle a rappelé le but de cet organisme qui est d'assurer une gestion rationnelle des produits pharmaceutiques et qui vise aussi la disponibilité, le suivi de bonnes pratiques de stockage et l'utilisation rationnelle des ocytociques pour la réussite de la GATPA.

La deuxième présentation réalisée par Madame Susheela Engelbrecht de l'agence POPPHI. Après avoir fait observé une minute de silence en mémoire des femmes décédées en « voulant donner la vie », elle a présenté brièvement la POPPHI et a mis en exergue la volonté de plusieurs organisations de travailler ensemble pour prévenir les hémorragies du post-partum, première cause de la mortalité.

La troisième présentation, faite par le Dr Gilles Dauptain, a porté sur un bref aperçu sur la FIGO avec un accent particulier sur déclarations communes sur la prise en charge du troisième stade du travail afin de prévenir l'hémorragie du post-partum. Il a aussi énoncé les dix mesures clés, la délégation de tâches aux sages femmes, la nécessité de rendre disponibles les utérotoniques et les principes d'administration de l'ocytocine et du misoprostol.

La quatrième présentation a été réalisée par Madame Susheela Engelbrecht et a porté les preuves scientifiques de la GATPA. Après avoir rappelé l'ampleur de la mortalité maternelle dans le monde et dans les pays en développement, les causes des décès maternels, la place des hémorragies du peri-partum, elle a présenté les approches pour réduire la mortalité maternelle due à l'hémorragie du post-partum. Elle a ensuite montré la place de la GATPA dans la prévention de ces hémorragies, les différentes étapes de la GATPA et leur importance et les différentes études ayant prouvé l'efficacité de cette stratégie. Elle a insisté sur la nécessité de disposer d'un paquet d'activités pour couvrir les besoins de la mère et du nouveau-né.

La cinquième présentation, faite par Madame Jennifer Léopold, a porté sur le cycle de gestion des médicaments marqué par les questions de sélection, d'approvisionnement, de distribution, d'utilisation, de la politique et du cadre légal en matière de médicaments. Elle a ensuite indiqué l'importance de l'utilisation efficace des ocytociques pour la GATPA avant de mettre l'accent sur la nécessité de bien communiquer entre les parties prenantes.

La sixième présentation a été celle des résultats de l'enquête sur la GATPA réalisée par Dr Sourou Gbangbade. Après avoir présenté les objectifs et la méthodologie de l'enquête, les principaux résultats ont été donnés et se résument comme suit :

- administration correcte des utérotoniques : 61,2%
- administration correcte des utérotoniques et la traction correcte du cordon : 43,2%
- le massage correct de l'utérus : 36,4 %
- la GATPA correcte : 22,8%

Il ressort de ces résultats que les centres de santé périphériques ont enregistré de mauvais score ; les départements de l'Ouémé-Plateau et du Mono-Couffo ont enregistré 0% de GATPA correcte; les centres pilotes ayant expérimenté la GATPA ont été plus performants.

Sommaire des résultats

Au plan de l'environnement politique national

- La GATPA est officiellement recommandée et promue par le Ministère de la Santé à travers différents documents de politique et stratégie nationale et aussi à travers les protocoles de santé familiale édités depuis 2003. La définition de la GATPA telle que adopté par le Bénin est à tout point de vue comparable à celle de la ICM/FIGO. L'ocytocine est le principal utérotonique choisi par le Bénin pour la réalisation de la GATPA.
- L'enseignement de la GATPA n'est inclus encore dans le cursus de formation des sages femmes, des infirmières et des médecins dans les écoles de formation publique.
- Depuis 2003, plusieurs séries de formations en cours des médecins, sages-femmes et infirmières sont en train d'être réalisés tant dans le secteur public que le dans le secteur privé du système de santé par le Ministère de la Santé.
- La liste d'approvisionnement des médicaments était disponible avec mention d'ocytocine et d'ergométrine dans 100% des formations sanitaires. Par contre le document « Protocoles des services de santé familiale » précisant les directives cliniques de la GATPA n'était que disponible dans 46% des formations sanitaires

À la gestion des médicaments

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

- Pour la majorité des formations sanitaires la commande des médicaments est basée sur la consommation des mois précédents. Cette méthode de quantification expose les formations sanitaires à de fréquentes ruptures de stock à cause de plus en plus des prestataires pratiquant la GATPA.

Au plan de la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires

- Bien que 84% des femmes aient accouché dans des formations sanitaires où les prestataires ont été formés à la GATPA, seulement 22,8% des femmes de notre échantillon ont bénéficié d'une pratique correcte de la GATPA.
- L'ocytocine a été correctement administré à 61,2% des femmes, la traction contrôlée du cordon a été correctement réalisée chez 61,2% des femmes et le massage et palpation correctement effectué chez seulement 36,4% des femmes.
- Les principaux goulots d'étranglement à la bonne pratique de la GATPA se situent entre l'utilisation de l'ocytocine et la traction contrôlée du cordon (chute de 61% à 43%), puis entre la traction contrôlée du cordon et le massage (chute de 43% à 23%).
- Les plus faibles performances de pratique correcte de la GATPA ont été enregistrées par les centres de santé, les hôpitaux de zone et les centres hospitaliers départementaux. La situation est alarmante dans les départements du Mono-Couffo et de l'Ouémé-Plateau qui n'ont enregistré aucune pratique correcte de la GATPA.
- Les sites pilotes sont plus performantes que les autres sites

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

Réponses et questions

Cette série de présentations a été suivie de multiples questions et de clarifications autour de:

- L'absence de protocoles de santé maternelle et infantile dans certaines formations sanitaires
- L'absence de suivi après les différentes formations des prestataires de soins
- La responsabilisation de chaque prestataire dans la mise en œuvre des bonnes pratiques y compris celle de la GATPA

- La collaboration entre différents partenaires pour permettre à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME) d'assurer efficacement l'approvisionnement des médicaments et consommables
- La nécessité pour les prestataires d'auto évaluer leurs pratiques selon les protocoles disponibles afin de prendre des décisions à leur niveau pour l'amélioration de la qualité des services
- L'importance de la supervision et du monitoring dans l'amélioration des performances des prestataires
- La nécessité d'intégrer la pratique de la GATPA dans le cursus des sages-femmes et des infirmiers et la formation en cours d'emploi en GATPA des infirmières compte tenu de leur présence dans certaines maternités surtout au Nord du pays
- Le problème du consentement éclairé des femmes avant la pratique de la GATPA
- La nécessité de doter les maternités d'un minimum de deux sages-femmes pour assurer la pratique correcte de la GATPA
- L'élargissement de l'équipe de supervision à d'autres compétences externes telles les membres des sociétés savantes
- La conformité des prestataires aux normes sur tous les plans en matière d'offre de soins et de services
- La problématique des accouchements dirigés sans raisons médicales évidentes
- La place de l'utilisation du misoprostol dans la gamme des utérotoniques au Bénin et qui est en expérimentation dans certains hôpitaux
- L'utilisation abusive de l'ocytocine dans les accouchements dirigés
- La prise de conscience d'une fausse sécurité de la GATPA et l'importance de la considération des autres stratégies de lutte contre les hémorragies et les autres causes de mortalité maternelle
- La nécessité de recourir aux soins intégrés dans la gestion des problèmes de la mère et du nouveau-né
- L'importance de continuer à travailler en équipe pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- La nécessité de renforcer le partenariat afin de capitaliser les expériences, de les approprier, de les pérenniser et de les porter à l'échelle pour éviter que les belles expériences qui donnent les résultats positifs ne disparaissent

- Le manque de compétence dans la quantification des médicaments dans les formations sanitaires et qui occasionne les ruptures de stock
- La nécessité de trouver des méthodes permettant de recueillir les informations afin d'intégrer la pratique de la GATPA dans le Système National d'Information et Gestion de Santé (SNIGS)

Cette phase de présentation s'est terminée par la revue et l'adoption des recommandations pour augmenter la couverture de la GATPA et améliorer sa pratique dans les formations sanitaires. Au total 42 recommandations ont été retenues dont 21 pour le niveau politique, 13 pour le niveau des prestataires, 6 pour le niveau des médicaments et de la logistique et deux pour le niveau du monitoring et d'évaluation (voir en annexe 2).

Le mot de clôture de la journée consacrée à «l'Initiative Préventive de l'Hémorragie du Post-Partum» a été prononcé par le Secrétaire Général Adjoint du Cabinet du Ministre de la Santé.

ANNEXE 1. AGENDA DE LA JOURNÉE

8h00-8h30	Accueil et installation des participants	<i>Organisation</i>
8h30-8h45	Cérémonie d'Ouverture : Mot de bienvenue du DC/DAC Mot du Représentant de l'USAID	
8h45-9h00	Introduction Buts et Objectifs Agenda de la journée	<i>DSF</i> <i>DSF</i> <i>DSF</i>
9h00-9h15	PAUSE CAFÉ	<i>Organisation</i>
9h15-9h25	Mise en place du présidium <ul style="list-style-type: none"> • Président: Pr Issoufou Takpara • 1e Rapporteur : Dr Jacques Saizonou • 2e Rapporteur: Mme Béatrice Adjobo 	<i>DSF</i>
9h25-9h45	Bref aperçu sur RPM Plus/MSH Bref aperçu sur POPPHI Allocution FIGO	<i>Représentant RPM Plus</i> <i>Représentant POPPHI</i> <i>Représentant FIGO</i>
9h45-10h30	Évidence scientifique de la GATPA GATPA : Technique et procédures Utilisation et gestion efficace des ocytociques utilisées pour la GATPA	<i>Représentant POPPHI</i> <i>Représentant POPPHI</i> <i>Représentant RPM Plus</i>
10h30-11h30	GATPA au Bénin : Résultats de l'enquête et Recommandations	<i>Dr. Gbangbade</i> <i>Coordinateur de l'Etude</i>
11h30-12h00	Questions et clarifications sur l'Étude	<i>Présidium</i>
12h00-13h00	DÉJEUNER	<i>Organisation</i>
13h00-14h00	Validation des recommandations	<i>Représentant FIGO</i> <i>Présidium</i>
14h00-14h30	Prochaines étapes	<i>DSF</i>
14h30-14h45	Mot de Clôture	<i>DC / DAC</i>
14h45-15h00	COCTAIL DE CLÔTURE	<i>Organisation</i>

ANNEXE 2. RECOMMANDATIONS POUR LES INTERVENTIONS

Politique

- Décréter la GATPA comme droit de toute femme admise dans une maternité et devant accoucher par voie basse
- Informer la patiente de la méthode GATPA tout au long de la CPN
- Développer les soins intégrés : assurer les soins immédiats au nouveau-né et la surveillance étroite pendant au moins les six premières heures après la délivrance
- Prévoir deux sages-femmes par formation sanitaire
- Trouver des stratégies pour assurer la formation des personnes nouvellement affectées dans les zones sanitaires
- Promouvoir la GATPA en mettant sur pied un réseau de parties prenantes et partenaires au développement
- Élargir l'équipe de supervision nationale aux sociétés savantes et aux associations professionnelles
- Assurer la supervision formative
- Promouvoir les audits et en publier les résultats
- Impliquer la communauté dans les efforts pour réduire la mortalité maternelle
- Corriger le dysfonctionnement dans le système sanitaire en agissant sur les trois retards
- Promouvoir des innovations financières / systèmes d'assurance médicale pour réduire les obstacles socio économiques au recours aux soins pendant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum
- Promouvoir la révision continue des politiques, normes, et procédures pour tenir compte des preuves scientifiques sur la prévention et le traitement de l'HPP
- Faire respecter les normes et procédures pour le déclenchement et la direction du travail afin d'en réduire les abus
- En cas de rupture de l'ocytocine, étendre les utérotoniques à utiliser pour la GATPA pour inclure l'ergométrine

- Organiser une large dissémination du document « Protocoles des services de santé familiale : Volet Femme » et doter chaque maternité publique ou privée d'au moins un exemplaire à mettre à la disposition des prestataires
- Inclure les structures privées dans les formations et la dissémination des normes et protocoles
- Améliorer de toute urgence la situation au niveau des zones sanitaires en procédant surtout à un recyclage des prestataires au niveau des départements à basse couverture en GATPA
- Promouvoir la recherche opérationnelle sur la PHPP
- Assurer la pérennisation des activités après projet
- Capitaliser, documenter, et disséminer les résultats

Prestataire

- Programmer une dissémination décentralisée des résultats de la présente étude
- Tenir des discussions avec les prestataires afin d'élaborer les plans d'action pour améliorer la pratique de la GATPA
- Identifier les barrières, y compris la démotivation, qui affectent la pratique correcte de la GATPA et lever ces barrières à l'aide des interventions de changement de comportement et autres
- Veiller à ce que les formateurs aient les compétences requises
- Veiller à ce que la compétence de chaque personne formée soit validée
- Amener chaque prestataire à se sentir responsable des résultats obtenus dans la prévention de l'HPP dans sa formation sanitaire
- Promouvoir un sentiment pionnier de chercheur opérationnel pour chaque prestataire formé
- Promouvoir l'autoévaluation et l'évaluation par les pairs
- Revoir les approches actuelles de formation des prestataires et de suivi post-formation des prestataires en privilégiant l'approche compétences et en se basant sur les leçons apprises au niveau des sites pilotes
- Réviser et standardiser le curriculum et les procédures de formation en GATPA au Bénin (approche axée sur les compétences et le respect strict des composantes de la GATPA)

- Institutionnaliser des approches d'amélioration continue de la qualité, de même que les supervisions intégrées de soutien, pour renforcer les pratiques au cours de la grossesse et l'accouchement y compris la GATPA
- Attirer l'attention des prestataires sur les pratiques nuisibles identifiées dans l'étude
- Institutionnaliser la pratique de la GATPA en introduisant son enseignement dans le cursus de formation de base des sages femmes, médecins, infirmiers(ères) d'État et des infirmiers(ères)

Médicaments et logistiques

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

Monitoring et évaluation

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

ANNEXE 3. LISTE DES PARTICIPANTS

JOURNÉE DE L'INITIATIVE PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

COTONOU LE 18 JUILLET 2007
Salle de conférence du Ministère de la Santé

Fiche de Renseignement des participants

N°	NOM ET PRENOMS	TITRE	INSTITUTION	PROFESSION	ADRESSE	TELEPHONE CONVENTIONNEL ET MOBILE	E-mail
1	DAUPTAIN Gilles	Représentant/FI GO	FIGO	Médecin	Centre Hospitalier 25 rue Pierre de Thélilly 95500 GONESSE FRANCE	+331 01 34 53 20 29 +33614283290	gilles.dauplain@ch-gonesse.fr
2	AKOGBETO Marthe	Conseiller Assurance Qualité (AQ)	Projet Assurance Qualité PAQ/URC/USAID	Sage-femme	AZOVE 01 BP3591 Cotonou	22 36 51 68 97 88 63 56	marthe_agbogbe@yahoo.fr
3	SAYI Dona Alain	Chargé de Programme	Bureau d'étude et de soutien aux nouvelles technologies en santé et développement CBEST-SD Appui SUISSE à la Santé	Médecin de Santé Publique	02 BP 543 Parakou	23 61 03 15 95 96 89 95	alsayi@yahoo.fr
4	ADJOBBO A. Béatrice	Chargé de Programme SONU	ASS/BEST-SD	Sage-femme	Bp 876 Parakou	23 61 03 15 90 97 62 35	adjobike@yahoo.fr
5	TOGNISSOU Philippe H.	Coordonnateur Local	Projet Assurance Qualité PAQ/URC/USAID	Médecin	01 BP 3591 Cotonou	22 46 51 68 90 91 62 07 93 43 52 14	ptognissou@yahoo.fr
6	NICOUE Francine	Spécialiste Santé de la Reproduction et Santé Publique	USAID	Sage-femme	03 BP 1869 Cotonou	21 33 14 07 93 93 30 54	francinenicoue@yahoo.fr

**Rapport de la Journée de l'Initiative Prévention de l'hémorragie du post-partum au Bénin :
Dissémination aux Partenaires des Résultats de l'Étude de la Pratique de la GATPA, 18 Juillet 2007**

7	HOUNDEKON Séverin	Coordonnateur	Projet d'Appui au Développement du Système de Santé (PADS)	Auditeur Comptable et Financier	01 BP 2340 COTONOU 03 BP 150 Abomey	21 33 27 02 22 50 08 99 93 64 14 01	hhnoel@yahoo.com
8	LOKOSSOU Antoine	Docteur en Médecine, Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique	HOMEL/FSS Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune	Gynécologue Obstétricien	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) 01 BP 107 COTNOU	00229 21 30 60 67 229 90 01 28 04	tonylokossou@yahoo.fr
9	KOUSSIHOUÉ DE Georges	Médecin de Santé Publique	DSF/ Ministère de la Santé	C/SRAJ	01 BP 882 Cotonou	21 33 20 21 90 04 89 27	kouss5@yahoo.fr
10	GOUASSANGNI I Constantin	Pharmacien Manager (C/DDRC)	CAME/Ministère de la Santé	Pharmacien	01 BP 3280 Cotonou Recette Principale	21 33 09 48 21 33 28 64 95 06 06 26	cogodos@yahoo.fr
11	HESSOU Koffi Pascal	D/CAME	CAME/ Ministère de la Santé	Pharmacien Directeur	01 BP 3280 Cotonou	00 229 21 33 55 36 9092 20 60 93 93 62 65 95 95 20 60 97 60 20 60	phcoffi@yahoo.fr came.benin@intnet.bj
12	SAIZONOU Jacques	Médecin d'appui DSF/MS	Ministère de la Santé	Médecin Santé Publique	B.P 05-709 Cotonou	00229 21332021 90 92 32 92	saizonoujacques@yahoo.fr
13	AGBO-OLA Loukmane	Conseiller Technique en Santé	Plan Bénin	MDE, MPH	Plan Bénin, Parcelle 122, Pate d'oiE 08 bp 699 tri postal Cotonou	00 229 21 30 39 51 00 229 21 24 79 65 229 97 09 07 92	loukmane agbo-ola@plan-international.org agboluck2006@yahoo.fr
14	TRAORE Esther	Conseiller chargé de la santé de la famille et Planification	OMS-Bénin	Médecin	01 BP 918 COTONOU	00 229 21 30 19 07 90 94 72 75 97 29 02 55	traoree@bj.afro.who.int
15	ENGELBRECHT T Sushie	Senior Program Officer	Path/POPHI	Nurse-Midwife	1455 Leavy Way NW Seattle WA 98107	+1-206-788-2338	sengelbrecht@path.org

Annexe 3. Liste des Participants

16	DANSOU Alfred	Pharmacien, Directeur de Pharmacies	Ministère de la Santé	Pharmacien	01 BP 5360 Cotonou	00 229 21 33 08 82 90 90 32 98 97 48 14 18	dansoube@yahoo.fr
17	SAGBO Pierre	Chef service de l'Appui à la formation et à l'animation C/SAFA/DDZS	Ministère de la Santé	Médecin de Santé Publique	Bp 1643 Abomey Calavi	00 229 21 33 81 78 90 92 55 51	pierre_sagbo@yahoo.fr
18	ZINZINDOHOUE Pascal	Chef Équipe Santé Familiale	USAID	Sociologue	01 BP 2012 Cotonou	00 229 21 30 05 00 90 92 55 21	pazinzindohoue@usaid.gov
19	LEOPOLD Jennifer	Senior Program Associate	MSH/RPM+				jleopold@msh.org
20	DOSSOU H. Irène	Chef Service des SON	Ministère de la Santé	Technicienne Supérieure en SIO	06 BP 1748 Cotonou	00 229 21360382 90 04 5762	dossouirene@yahoo.fr
21	MONTEIRO O. Laurence	Présidente ASFB	Association des Sages-femmes du Bénin	Sage-femme	011BP 55 camp Gguézo cotonou	00 229 21 33 65 09 00229 90039822	saslolo@yahoo.fr
22	ADISSO Sosthène	Gynécologue/Obstétricien CUGO/CNHU	FSS//CNHU	Médecin	03 BP2855 Cotonou	00 229 21 30 01 55 poste 4202 90 96 06 37	sosadiss@yahoo.fr
23	TAKPARA Issifou	Prof. Agrégé de Gynécologie/Obstétrique	FSS/UAC CUGO/CNHU SGOPT/Bénin	Médecin Gynécologie/Obstétrique	03 BP1371 Cotonou	00229 21 33 05 18 90914996	issifounafa@yahoo.fr
24	ADJOU-MOUMOUNI Agnès	Chargé de Programme	Bureau de la Coopération SUISSE	Sociologue Anthropologue	08 BP 0123 Tri postal Cotonou	00 229 21 30 14 68 21 30 05 78	agnes.adjou-moumouni@sd.net
25	AYIVI Prudencia	Coordonnatrice des Activités de la SR	PSI –Bénin	Sage-femme	C/914/J Sikècodji Cotonou 06 BP 149/14	00 229 21 32 77 13 /14 90 04 72 66	payivi@psibenin.org
26	ADEKAMBI DOMINGO Edwige	Chargée de Programme Santé de la Reproduction	UNFPA	Médecin	Zone résidentielle Cotonou	00 229 21 31 53 66 00229 21 31 44 13	adekambi@unfpa.org
27	SOUDE Théodore	Conseiller en Santé de la Reproduction	UNFPA	Médecin	Zone résidentielle Cotonou	00 229 21 31 53 66 00229 21 31 44 13	soude@unfpa.org

**Rapport de la Journée de l'Initiative Prévention de l'hémorragie du post-partum au Bénin :
Dissémination aux Partenaires des Résultats de l'Étude de la Pratique de la GATPA, 18 Juillet 2007**

28	HOMAHOO Emilie	Médecin, Administrateur de la Santé de la Reproduction	UNICEF	Médecin	Cadjéhoun, Rue du Collège Père Aupiais 01 BP 2289 Cotonou	00 229 21 30 02 66 95 40 15 00	ehomawoo@unicef.org
29	QUENUM Alban	Directeur de la Santé Familiale	Ministère de la Santé	Médecin Pédiatre	01 BP 882 Cotonou	00 229 21 33 21 82 95 42 58 18	quenalban@yahoo.fr
30	YAROU Moussa	DC/MS	Ministère de la Santé	Médecin	01BP 882 Cotonou	0022921 33 21 78	yaroum02@yahoo.fr
31	DEGLA DOSSOU Eugénie	Conseiller Technique chargé de la Qualité des Soins	Ministère de la Santé	Sage-femme Santé Publique	01 BP 04-0461 Cotonou ou 01 BP 881-882	00 229 21 33 21 41 poste 223 90 92 31 75	eudegla@yahoo.fr
32	ADJIBABI Chérifatou	CTPP/MS	Ministère de la Santé	Pharmacien Inspecteur	06 BP 715 Cotonou RB	00 229 21 33 21 78 90 91 12 80	cheribel_01@yahoo.fr
33	ADJIBOCHA NOUA Eugénie	Responsable Programme National de formation par Tutorat (PNFT)	Ministère de la Santé	Sage-femme	DRH 01 BP 882 Cotonou	90 91 92 66 93 04 62 14	???????
34	GUEDOU Fernand	Directeur de la Recherche en Santé (DRS/MS)	Ministère de la Santé	Médecin Chercheur		21 31 50 99 90 904 71 58	guedaf@yahoo.fr
35	RIBIRE TRAORE Albertine Aminata	Chef Service Planification Familiale	DSF/MS	Médecin	03 BP 3244 Cotonou Bénin	21 33 20 21 90 94 41 57	kalifacsovi@yahoo.fr
36	SOVI Félix	DSF/MS	Ministère de la Santé	SSA	01 BP 882, Cotonou	21 33 20 21 97 09 55 85	sovifelixakotonou@yahoo.fr
37	TANKOANO Aguima	Directeur	PISAF/USAID	Médecin	BP 420 Bohicon	00 229 22 51 18 84 90 90 57 85	atankoano@gmail.com
38	GOYITO Valère	SGA/MS	Ministère de la Santé	Médecin	04 BP 388 Cotonou	00 229 21 33 12 99 90 94 17 82	valgoyit@yahoo.fr
39	GBANGBADE R . Sourou	Consultant	IAHSP	Médecin	01 BP 1216 Cotonou	00 229 21 33 93 40 90 01 40 02 97 33 87 56	sourgbangba@yahoo.fr