

La qualité des soins maternels de la pyramide hospitalière au Bénin : Défis et perspectives

Jacques Saizonou, Robert Franck Zannou, Moufalilou Aboubacar, Dina Gbenou, Séraphin Gbenou

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/2 (VOL. 35), PAGES 193 À 203
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.232.0193

Article disponible en ligne à l'adresse
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-2-page-193.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La qualité des soins maternels de la pyramide hospitalière au Bénin : Défis et perspectives

Quality of maternal care in the hospital pyramid in Benin: Challenges and prospects

Jacques Saizonou¹, Robert Franck Zannou², Moufalilou Aboubacar³, Dina Gbenou⁴, Séraphin Gbenou⁵

➔ Résumé

Introduction : La qualité des soins de santé en général, et de la santé maternelle en particulier, est une question qui interpelle tous les pays, en l'occurrence ceux en voie de développement comme le Bénin.

But de l'étude : Évaluer la qualité des soins offerts aux mères au niveau de la pyramide hospitalière au Bénin.

Résultats : Sur un total de 36 hôpitaux enquêtés, neuf (25 %) ne disposaient pas d'une unité de néonatalogie. Cette étude a montré globalement une qualité passable dans le domaine des soins maternels avec un score moyen de 3,6. Ainsi, les écarts de qualité de ces soins obtenus nécessitent des améliorations importantes. La satisfaction des prestataires était acceptable contrairement aux bénéficiaires qui ont manifesté une insatisfaction.

Conclusions : La plupart des hôpitaux du Bénin n'assurent pas encore des soins maternels de qualité, c'est-à-dire des soins efficaces, efficaces, continus, accessibles et garantissant la sécurité des patients. Des interventions probantes focalisées sur les dysfonctionnements identifiés permettront d'améliorer la qualité de la santé maternelle au niveau de la pyramide hospitalière du Bénin.

Mots-clés : Évaluation ; Qualité ; Soins maternels ; Bénin.

Introduction

La qualité des soins est devenue un concept important et vital [1, 2]. Elle est la « capacité de «garantie» à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état

➔ Abstract

Introduction: The quality of health care in general and that of maternal health in particular is an issue that concerns all countries, especially developing countries like Benin.

Purpose of research: To assess the quality of care offered to mothers within the hospital pyramid in Benin.

Results: Out of a total of 36 hospitals surveyed, nine (25%) did not have a neonatal unit. This study showed an overall fair quality in the area of maternal care with an average score of 3.6. Thus, the differences in the quality of this care obtained need significant improvement. Providers' satisfaction was acceptable unlike beneficiaries who expressed dissatisfaction.

Conclusions: Most hospitals in Benin do not yet provide quality maternal care, which is effective, efficient, continuous, accessible, and safe. Evidence-based interventions that focus on the identified shortcomings will improve the quality of maternal health care in Benin's hospital pyramid.

Keywords: Assessment; Quality; Maternal care; Benin.

actuel de la santé, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains»; et selon Donabedian, cité par Gaba-Leroy et al. [3], elle se définit comme «un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même».

¹ Institut Régional de santé publique Comlan Alfred Quenum, Université d'Abomey-Calavi, Ouidah - Bénin.

² Direction de la santé mère-enfant, Ministère de la santé du Bénin - Cotonou - Bénin.

³ Centre national hospitalier universitaire Koutoukou Maga - Cotonou - Bénin.

⁴ Organisation Mondiale de la santé - Cotonou - Bénin.

⁵ Centre hospitalier universitaire mère-enfant lagune de Cotonou - Cotonou- Bénin.

Dans le monde, environ 830 femmes meurent chaque jour du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant la grossesse ou l'accouchement. La grande partie de ces décès, dont la plupart auraient pu être évités, s'est produite dans des pays à revenu faible [4]. Selon Lawn *et al.*, sur les 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, 4 millions environ meurent dans les quatre semaines après la naissance, et surtout durant la première semaine de vie [5].

Ces décès maternels, néonataux et infantiles en Afrique sont liés à plusieurs facteurs tels que le manque d'accès à des soins de qualité avant, pendant et après l'accouchement, le manque de personnels qualifiés, la non-disponibilité des soins de qualité, des matériels pour effectuer les soins, des produits sanguins et des médicaments essentiels, la faible accessibilité géographique des hôpitaux [6]. Ainsi, la qualité des soins reflète le niveau des infrastructures, du matériel et de la gestion. Elle exprime la disponibilité du personnel soignant et des autres ressources humaines d'appui et de soutien. Elle reflète également leur connaissance, leur comportement et leur capacité à prendre en charge la grossesse et l'accouchement, les maladies de l'enfance, mais aussi à réagir face aux urgences qui requièrent des interventions vitales. Le constat est que les meilleurs soins ne sont pas donnés aux mères et à leurs enfants [7]. Au Bénin, plusieurs programmes ont été élaborés dans le but d'améliorer la qualité des soins des mères et de leurs enfants, mais malheureusement, le pays continue d'enregistrer un taux élevé de mortalité maternelle et infantile, estimé respectivement à 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 55 décès infantiles pour 1 000 naissances, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2017-2018 du Bénin [8]. Pour y faire face, un outil a été élaboré afin de permettre aux hôpitaux du Bénin de contribuer à l'identification des faiblesses ou des dysfonctionnements dans les domaines clés des soins maternels, néonataux et infantiles, permettant ainsi de proposer des recommandations et de prendre des actions pour résoudre les problèmes et optimiser la prise en charge des patients. Le présent travail a pour objectif d'évaluer la qualité des soins maternels dans trente-six (36) hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale à visée évaluative, réalisée, du 29 mars 2016 au 29 septembre 2017, dans trente-six hôpitaux du Bénin présentés dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des hôpitaux en fonction du département

Départements	Hôpitaux	Abréviations
Alibori	HZ Kandi	HZ KA
	HZ Malanville	HZ MA
	HZ Banikoara	HZ BA
Atacora	HZ de saint Jean de Dieu de Tanguiéta	HZ TA
	CHD Atacora-Donga	CHD AD
	HZ Kouandé	HZ KO
	HZ Natitingou	HZ NA
Atlantique	HZ Ouidah	HZ OU
	HZ Abomey calavi	HZ AB
Borgou	CHD Borgou-Alibori	CHD BA
	HZ Papané	HZ PA
	HZ Nikki	HZ NI
	HZ Bembéréké	HZ BE
	HZ Boko	HZ BO
Collines	HZ Savalou	HZ SAV
	HZ Savé	HZ SA
	HZ Dassa	HZ DA
Couffo	HZ Aplahoué	HZ AP
	HZ Kluékamé	HZ KL
	HZ Dogbo	HZ DO
Donga	HZ Djougou	HZ DJ
	Littoral	CHU-Mère-Enfant Lagune
Littoral	CNHU-HKM	CNHU-HKM
	HZ de Saint Luc de Cotonou	HZ LUC
	HZ Suruléré	HZ SU
	HZ de Ménontin	HZ ME
Mono	CHD Mono-couffo	CHD MC
	HZ Comé	HZ COM
	HZ Lokossa	HZ LO
Ouémè	CHD Ouémè-Plateau	CHD OP
	HZ Adjohoun	HZ AD
Plateau	HZ Sakété	HZ SAK
	HZ Pobé	HZ PO
Zou	CHD Zou-Collines	CHD ZC
	HZ Djidja	HZ DJ
	HZ Cové	HZ CO

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste avec recrutement exhaustif des hôpitaux, des mères et nouveau-nés, des bénéficiaires et des prestataires de soins

Tableau II : Cotation de la qualité des soins maternels

Récapitulatif des notes				
		Bien		A améliorer
		5	4	3 2 1
Score= 5	Score= 4	Score= 3	Score= 2	Score=1
Bon	Assez bon	Acceptable ou passable	Médiocre	Mauvais
Une bonne qualité	Besoin d'amélioration mineur	Niveau d'améliorations nécessaires degré2	Niveau d'améliorations nécessaires degré1	Besoin urgent d'amélioration
100-81%	80-61%	60-41%	40-21%	20-00%

Tableau III : Comparaison du niveau de la qualité des soins maternels entre les hôpitaux du niveau national au Bénin en 2017

Hôpitaux	Scores	Niveau d'amélioration
CNHU-HKM	72 %	Second degré
CHU-MEL	92 %	Degré mineur
TOTAL	82 %	Degré mineur

Tableau IV : Comparaison du niveau de la qualité des soins maternels entre les hôpitaux régionaux au Bénin en 2017

Hôpitaux	Scores	Niveau d'amélioration
CHD OP	68 %	Second degré
CHD BA	36 %	Premier degré
CHD MC	64 %	Second degré
CHD ZC	72 %	Second degré
CHD AD	64 %	Second degré
TOTAL	61 %	Second degré

et services de santé dans les 36 hôpitaux évalués. A été inclus tout hôpital public à bloc chirurgical impliqué dans la prise en charge des mères et des enfants de la pyramide hospitalière au Bénin. Les mères étaient les femmes ayant accouché dans les services de maternité, vues lors de la collecte des données. Les nouveau-nés étaient des enfants de 0 à 28 jours reçus dans les services de néonatalogie.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire ayant bénéficié d'un pré-test pour son applicabilité. Il a été procédé à :

- des entrevues structurées, des observations des lieux et des agents dans l'accomplissement de leurs tâches ;
- la consultation et l'examen des dossiers médicaux et différents outils de travail, tant au niveau des services techniques que des services administratifs ;
- des entretiens approfondis avec les mamans, les parents d'enfants et les accompagnants pour avoir leurs opinions sur la qualité des soins fournis par les agents de santé.

Tableau V : Comparaison du niveau de la qualité global des soins maternels entre les hôpitaux de zones au Bénin en 2017

Hôpitaux	Scores	Niveau d'amélioration
HZ PO	56 %	Premier degré
HZ NI	60 %	Second degré
HZ CO	60 %	Second degré
HZ DO	60 %	Second degré
HZ SAV	60 %	Second degré
HZ ME	64 %	Second degré
HZ DJO	64 %	Second degré
HZ MA	64 %	Second degré
HZ PA	68 %	Second degré
HZ OU	68 %	Second degré
HZ LO	68 %	Second degré
HZ SA	75 %	Second degré
HZ DJ	75 %	Second degré
HZ TA	75 %	Second degré
HZ NA	75 %	Second degré
HZ BE	75 %	Second degré
HZ AB	76 %	Second degré
HZ SAK	76 %	Second degré
HZ BO	76 %	Second degré
HZ DA	80 %	Degré mineur
HZ LUC	80 %	Degré mineur
HZ AD	80 %	Degré mineur
HZ KO	80 %	Degré mineur
HZ BA	80 %	Degré mineur
HZ SU	80 %	Degré mineur
HZ COM	84 %	Bonne qualité
HZ KA	88 %	Bonne qualité
HZ KL	92 %	Bonne qualité
HZ AP	92 %	Bonne qualité
TOTAL	73 %	Second degré

Concernant les variables de l'étude, quatre domaines ont fait l'objet de la recherche sur la qualité des soins dans les services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie : i) le management, ii) les soins maternels, iii) les soins néonataux et iv) les soins infantiles. La présente étude s'est focalisée sur la qualité des soins maternels. Ainsi, la variable principale dans cette étude était la qualité des soins maternels, et les variables explicatives ou composantes étaient : les soins obstétricaux d'urgences, la lutte contre l'infection, la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie, le travail d'accouchement par voie basse et la césarienne. Ces variables ont été déclinées en sous variables présentées en annexe.

Les données recueillies ont été saisies grâce au logiciel Epi-data; elles ont été ensuite analysées à l'aide du logiciel Excel 2013. Afin de rendre opérationnelles les variables et sous variables, il a été défini des critères. À chaque critère a été attribué un score. Le score était « oui » si le critère était présent, « non » si le critère était absent et non applicable, (NA) si le critère n'était pas disponible. Le nombre de fois que ce critère était apprécié a donné le score total. Le détail des critères pour chaque sous composante se trouve en annexe. Le total des scores a servi de base pour mesurer le niveau de qualité de chaque composante explicative. La qualité a été mesurée à partir de la moyenne des scores obtenus par chaque composante explicative. Le score « 1 » correspond à (00-20 %), montrant que les services ne sont pas fournis, que la prise en charge est totalement inadéquate ou que les pratiques présentent un risque mortel; ce qui équivaut à une mauvaise qualité. Le score « 2 » correspond à (21-40 %), indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les standards (insuffisance notoire de service, d'équipements et de matériels); ce qui voudrait dire une qualité médiocre; le score « 3 » correspond à (41-60 %), signifiant un certain besoin d'amélioration pour atteindre les standards de soins (défaillance périodique de service, d'équipements et de matériels); ce qui équivaut à une qualité passable ou acceptable; et le score « 4 » correspond à (61-80 %), montrant un besoin minime d'amélioration pour être conforme aux standards de soins (petites négligences ou manque d'équipements et de matériels); ce qui équivaut à une assez bonne qualité; et le score « 5 » correspond à (81-100 %) témoignant d'une bonne pratique qui respecte les standards de soins, autrement dit une bonne qualité ou une qualité performante.

Le protocole de recherche a été initié par un comité ad hoc constitué des cadres des Directions techniques du Ministère de la santé, des médecins coordonnateurs de zones sanitaires sous la coordination du Directeur National des Hôpitaux. Ce protocole a reçu l'approbation du Comité National d'éthique pour la recherche en Santé du Bénin. L'étude a été réalisée dans le respect strict des conditions prévues par l'éthique et la déontologie médicale en République du Bénin. Elle s'était déroulée dans un climat de confidentialité, de respect de la vie et de la personne humaine; l'anonymat des données ainsi que le consentement éclairé des enquêtés ont été observés. Ces derniers avaient la possibilité de refuser de participer ou de se retirer à tout moment de l'étude sans aucune contrainte ni menace. À la fin de la recherche, le comité ad hoc a procédé à la restitution des résultats dans les hôpitaux impliqués, avec l'appui financier de l'Organisation mondiale de la santé.

Résultats

Détermination du niveau de qualité des soins maternels dans les hôpitaux centraux de la pyramide hospitalière

Cinq sous-composantes ont été évaluées dans ce domaine des soins maternels, comme décrit dans la méthode d'étude. La figure 1 présente le niveau de qualité des soins maternels dans les deux hôpitaux centraux.

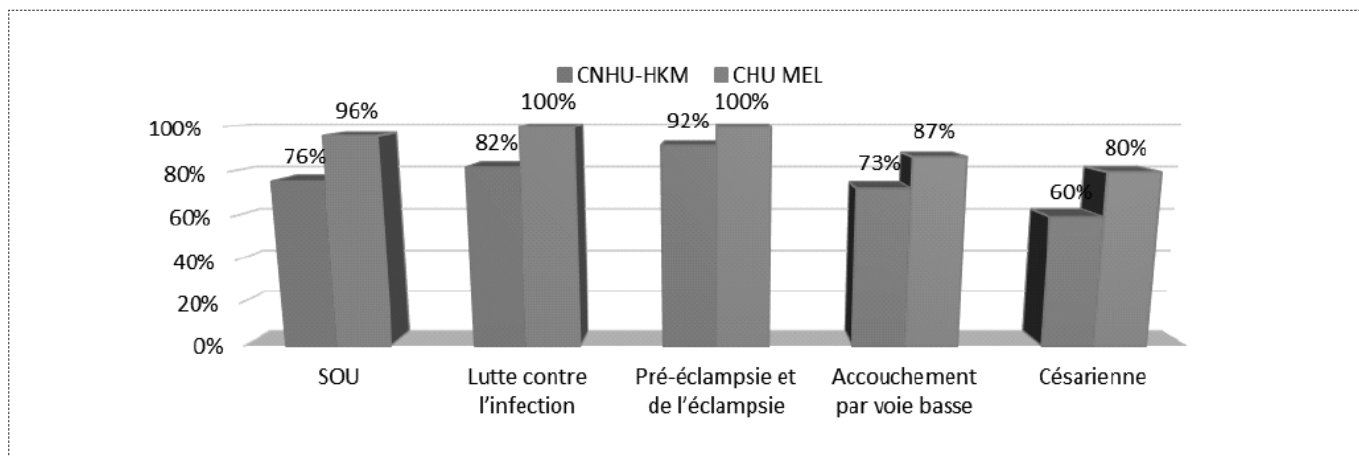


Figure 1: Niveau de qualité des soins maternels dans les deux hôpitaux centraux.

Pour les sous composantes des soins obstétricaux d'urgence, la lutte contre l'infection et la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie, le CHU-MEL a obtenu un score 5 et le CNHU-HKM, un score 4. Concernant l'accouchement par voie basse et la césarienne, un score 4 a été obtenu au CHU-MEL, contre un score 3 au CNHU-HKM.

Comparaison du niveau de qualité global des soins maternels dans les hôpitaux centraux de la pyramide hospitalière

Le niveau de qualité global des soins maternels au CHU-MEL était de 4,6, contre 3,6 au CNHU-HKM. Dans le domaine des soins maternels, le CHU-MEL avait un niveau d'amélioration mineur, tandis que le CNHU-HKM nécessitait un niveau d'amélioration du second degré.

Détermination du niveau de qualité des soins maternels des hôpitaux intermédiaires de la pyramide hospitalière

La figure 2 présente le niveau de qualité des cinq composantes des soins maternels dans les hôpitaux intermédiaires ou départementaux.

Dans la sous composante des soins obstétricaux d'urgence, les CHD ZC et CHD AD avaient obtenu un score 4, tandis que le CHD BA avait obtenu un mauvais score 1. La lutte contre l'infection avait obtenu un score 4 dans le CHD

MC et un mauvais score 1 dans le CHD BA. La prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie avait obtenu un score 4 dans les CHD OP et CHD ZC, contre un score 1 mauvais dans le CHD BA. L'accouchement par voie basse avait obtenu un score 4 dans les CHD OP, CHD MC et CHD ZC et un score 3 dans les CHD BA et AD. La césarienne avait obtenu un score 4 dans le CHD ZC, contre un score 3 dans les CHD OP, CHD BA et CHD MC.

Comparaison du niveau de qualité global des soins maternels dans les hôpitaux intermédiaires au Bénin

Le niveau de qualité des soins maternels a varié de 61 % à 72 % nécessitant une amélioration de second degré, à l'exception du CHD BA qui avait un score médiocre nécessitant une amélioration du premier degré.

Détermination du niveau de qualité des « soins maternels » dans les hôpitaux périphériques de la pyramide hospitalière

La figure 3 présente le résumé du niveau de qualité des soins maternels dans les hôpitaux périphériques.

Pour la sous composante des soins obstétricaux d'urgence, les HZ KL, HZ COM et HZ KA avaient obtenu un score 5, contre un score 2 médiocre pour l'HZ PO. La lutte contre l'infection avait obtenu un score 4 dans dix-sept HZ, contre

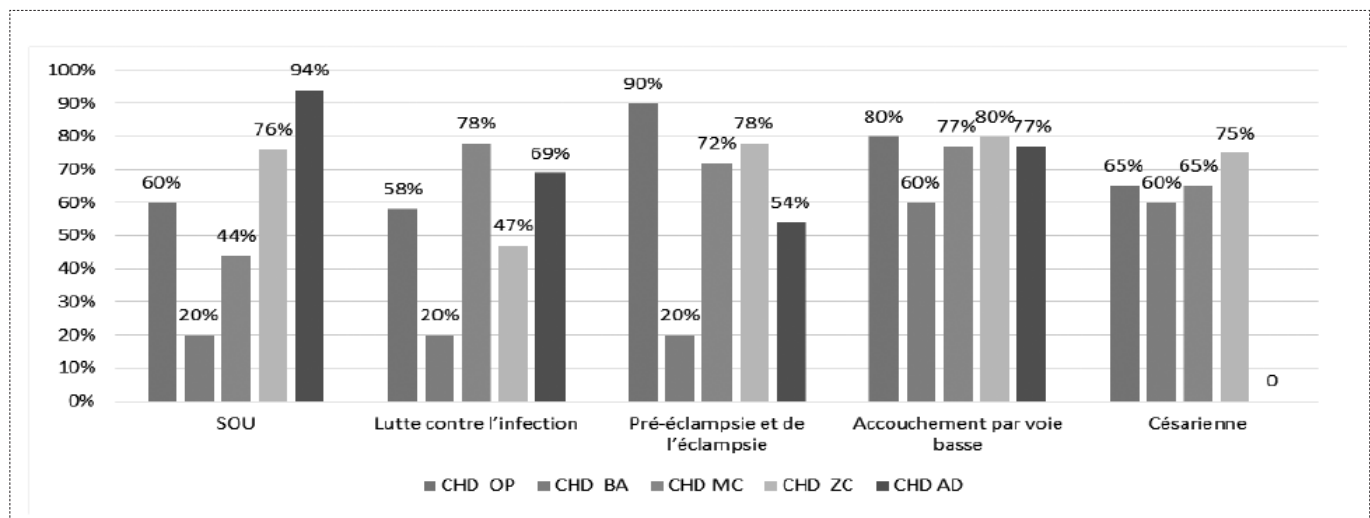


Figure 2: Niveau de qualité dans le domaine « Soins maternels » dans les hôpitaux intermédiaires au Bénin en 2017.

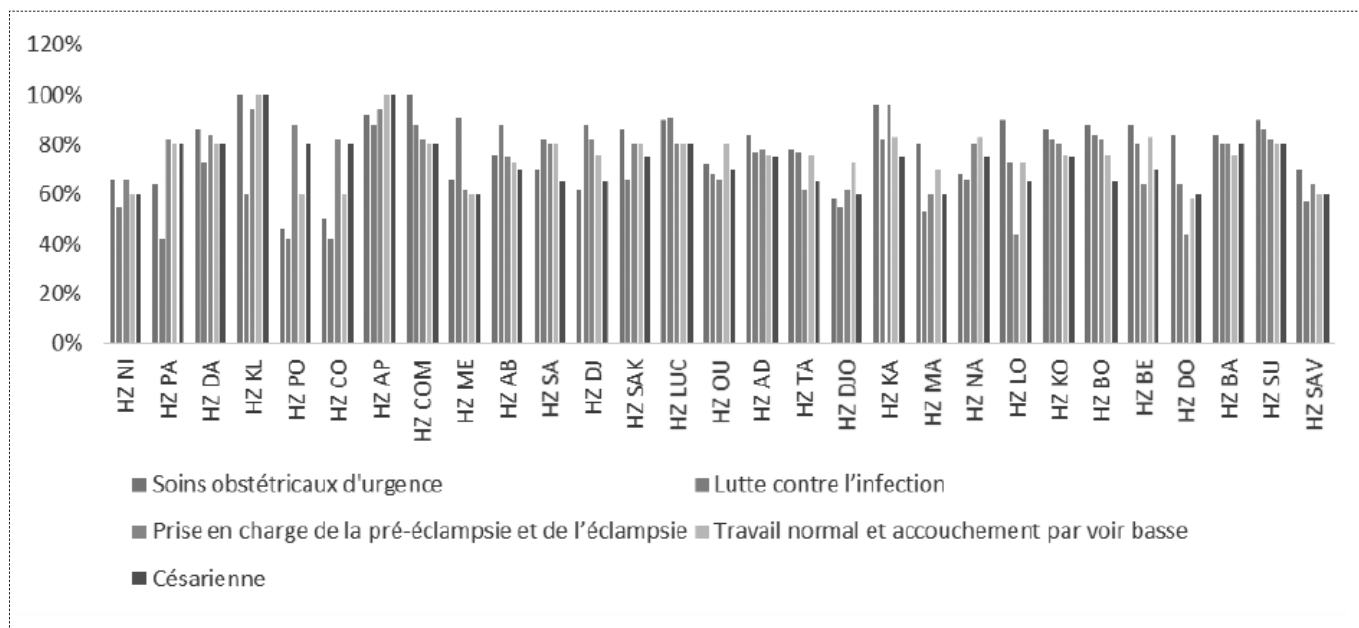


Figure 3 : Niveau de qualité des « Soins maternels » dans les hôpitaux périphériques au Bénin en 2017.

un score 2 médiocre dans trois HZ (HZ PA, HZ PO et HZ CO). La prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie avait obtenu un score 5 à l'HZ KA, contre un score 2 médiocre dans les HZ LO et HZ DO. L'accouchement par voie basse avait obtenu un score 5 dans les HZ KL et HZ AP, contre un score 3 dans sept HZ. La césarienne avait obtenu un score 5 dans les HZ KL et HZ AP, contre un score 3 dans quatorze HZ.

Comparaison du niveau de qualité global des soins maternels dans les hôpitaux périphériques de la pyramide hospitalière

Sur les 29 HZ, dix avaient un niveau de qualité des soins maternels assez bon (61 à 80 %), nécessitant une amélioration mineure, dix-huit HZ avaient besoin d'amélioration du second degré, et un HZ un besoin d'amélioration du premier degré.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité des soins offerts aux mères dans la pyramide hospitalière au Bénin pour renforcer les capacités de leur prise en charge dans la perspective d'une réduction de la morbidité et de

la mortalité maternelle intra hospitalière. En effet, malgré les interventions de renforcement des compétences des prestataires et les plateaux techniques, la morbi-mortalité ne connaît pas une baisse significative. Les outils de collecte utilisés étaient conçus à partir des différents documents de normes, de directives et de protocoles nationaux et internationaux, notamment ceux de l'OMS et des normes ISO sur l'assurance qualité. Les techniques et outils de collecte utilisés étaient multiples et en adéquation avec les cibles de l'étude. Pour minimiser les biais possibles, la collecte des données a été réalisée par des enquêteurs expérimentés et bien formés. Un total de 36 hôpitaux, sur les 52 hôpitaux, a été concerné par notre étude, soit 69,23 %, ce qui reflète les niveaux de qualité des hôpitaux à bloc chirurgical du pays.

La qualité des soins maternels était assez bonne dans les hôpitaux de notre étude. Ce niveau de qualité est inférieur à celui trouvé en Côte d'Ivoire par Guie *et al.* [9]. Saisonou *et al.*, au Bénin avaient trouvé, au contraire, une mauvaise qualité des soins maternels et qui va dans le même sens que le niveau trouvé par le Ministère de la Santé de Guinée [10, 11]. Toutefois, de 2006 à la réalisation de la présente étude en 2017, des actions ont été menées, telles la mise en place des kits d'urgence obstétricale, suivie de la gratuité de la césarienne dans tous les hôpitaux en 2008, et les formations des prestataires sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). En revanche, en Guinée, il s'agissait d'une démarche pour soutenir un plan d'investissement.

La qualité des SOU était globalement assez bonne (74 %) dans notre étude. Toutefois, au niveau intermédiaire, cette sous composante des SOU avait obtenu le mauvais score 1 et le médiocre score 2 dans un hôpital sur cinq. Au niveau périphérique, le médiocre score 2, dans deux hôpitaux sur 29 (6,90 %), a été observé. Ce niveau de qualité obtenu est supérieur à celui trouvé par l'Indice des composantes du Programme Maternel et Néonatal du Bénin (MNPI) avec un score de 57 % [12]. Bi Vroh *et al.*, à Abidjan ainsi que Saïzonou *et al.* au Bénin avaient trouvé une faible qualité des SOU [13, 14]. Cet écart de la qualité trouvé dans notre étude s'expliquerait par l'inexistence de trousse d'urgence et de partogramme au niveau de la salle d'accouchement dans certains hôpitaux. Ceci concorde avec les résultats de Dénakpo *et al.* dans leur étude réalisée au CHU-MEL de Cotonou en 2008 [15]. En effet, le diagnostic était correct dans 95 % des cas; le délai entre la décision thérapeutique et l'exécution des soins était inférieur à 30 minutes dans 90 % des cas; la fiche de surveillance avait été établie dans 85 %; mais le protocole de surveillance n'avait pas été respecté dans 10 %. Cet hôpital a bénéficié de l'appui d'un projet japonais pour la rénovation des infrastructures, l'instauration de la démarche qualité et aussi de la gratuité de la césarienne. Au niveau intermédiaire, le sous-domaine de la lutte contre l'infection maternelle avait obtenu le mauvais et médiocre score dans un hôpital sur cinq. Au niveau périphérique, le médiocre score avait été obtenu dans trois hôpitaux sur 29 (10,34 %). Globalement, le niveau de qualité de la lutte contre l'infection maternelle était assez bon. Rasolofomanana *et al.*, à Madagascar en 2011, avaient trouvé une bonne qualité (83 %) de la lutte contre l'infection maternelle [16]. L'écart de la qualité trouvée dans notre étude était dû au manque d'affichage des protocoles ou directives pour le lavage des mains et à l'absence de désinfection périodique des salles. Cette situation s'expliquerait aussi par le manque de gants dans la plupart de nos hôpitaux, les pannes de certains points d'eau pour le lavage des mains, l'inexistence de salles pour changer ses vêtements et chaussures avant d'entrer au bloc opératoire et en salle d'accouchement et, surtout, la non-désinfection périodique des locaux dans certains hôpitaux tels que les HZ de Djougou et d'Adjohoun. Selon Dégbey *et al.* dans une étude réalisée au CNHU-HKM, respectivement 15 % et 21 % des enquêtés reconnaissent que le personnel impliqué dans la désinfection et la stérilisation n'observait pas les différentes étapes du processus de stérilisation et de désinfection, et 41 % avaient confirmé l'inexistence de protocoles de stérilisation et de désinfection du matériel médico-technique [17]. Un plan de résolution a été élaboré marqué par des ateliers de renforcement des compétences des prescripteurs et du personnel de soutien, sur l'observance des

protocoles appropriés par le service d'hygiène hospitalière, suivis des supervisions dans les unités de soins.

Globalement, la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie était de bonne qualité. Toutefois, au niveau intermédiaire, la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie avait obtenu le mauvais et médiocre score dans un hôpital sur cinq. Au niveau périphérique (HZ), le médiocre score avait été obtenu dans deux hôpitaux sur 29 (6,90 %). Cette qualité était meilleure que celle rapportée par Rasolofomanana *et al.* à Madagascar en 2011, qui avaient trouvé une assez bonne qualité (70 %) [16]. Kasri, en 2017 au Maroc, et Akpovi *et al.*, au Bénin en 2007, avaient trouvé une qualité médiocre respectivement dans les proportions de 21,3 % et 41,2 % [18, 19]. Cette bonne qualité trouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par la distribution gratuite de certains médicaments antihypertenseurs au Bénin pour la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie.

La qualité du travail d'accouchement par voie basse était assez bonne dans les hôpitaux centraux, les hôpitaux intermédiaires et les hôpitaux périphériques. Ce résultat est similaire à celui de Alao *et al.*, en 2008, et de Ba *et al.*, en 1999, qui avaient trouvé respectivement 74 % et 66,4 % [20, 21]. Ce niveau de qualité est inférieur à celui obtenu dans une étude réalisée en France, où les plateaux techniques et compétences sont meilleurs, et qui avait trouvé une bonne qualité (87,4 %) [22]. Le niveau de qualité trouvé dans notre étude présentait des insuffisances marquées par la non disponibilité des directives pour prévenir la survenue des dystocies dans certains hôpitaux, comme les HZ de Savè, de Djidja et de Sakété, l'absence de directives affichées dans la salle du travail et du partogramme et également la non disponibilité de l'ocytocine en salle d'accouchement et de la serviette pour les soins des nouveau-nés dans certains hôpitaux tel que l'HZ de Dogbo. Le niveau de qualité de la césarienne était assez bon dans les CHU (70 %), dans les CHD (66 %) et dans les HZ (73 %), nécessitant un besoin d'amélioration du premier degré. Ce résultat est similaire à celui de Rasolofomanana *et al.*, à Madagascar en 2011, qui avaient trouvé 64 % [16]. Ce niveau de qualité trouvé est supérieur à celui de Ba *et al.*, en 1999, qui avait trouvé une qualité médiocre (21,2 %) [21]. Ce même constat avait été fait par Mongbo *et al.*, en 2016, et Adisso *et al.*, en 2007, qui avaient trouvé une qualité passable et médiocre respectivement dans 57 % et 36,9 % [23, 24]. L'écart de la qualité de césarienne trouvée dans notre étude était dû au non-respect des indications de la césarienne, à la non disponibilité du bloc opératoire 24H/24H dans certains hôpitaux comme l'HZ d'Adjohoun. Denakpo *et al.* avaient aussi confirmé cette indisponibilité du bloc opératoire pour la prise en charge systématique des femmes qui en ont besoin

[15]. Les faits ci-dessus cités démontrent une insuffisance dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin [23].

La présente étude a permis la mise en place de la SDMR (Surveillance des Décès Maternels et Riposte) pour redynamiser la pratique des audits qui constituent un processus d'amélioration continue de la qualité des soins. Le renforcement des pratiques des tutorats a été recommandé; ce tutorat consiste à faire déplacer, ponctuellement ou périodiquement, des prestataires expérimentés (gynécologues et sages-femmes) pour appuyer leurs pairs des hôpitaux de faibles scores. Le secteur de la santé a bénéficié d'un renforcement des ressources humaines par un recrutement massif de 1 600 agents de santé. La présente étude a évalué le niveau de qualité des soins maternels avec des résultats encourageants. Cependant, elle s'est focalisée sur l'observance des directives, normes et protocoles de soins par les prestataires dans les hôpitaux; les facteurs géographiques, sociodémographiques, environnementaux n'ont pas été pris en compte. Ces aspects pourraient être abordés dans les études futures.

Conclusion

La plupart des hôpitaux du Bénin n'assurent pas encore des soins maternels de qualité, continus, accessibles et garantissant la sécurité des patients. Des interventions probantes, focalisées sur des dysfonctionnements identifiés dans cette étude, permettront d'améliorer la qualité de la santé maternelle au niveau de la pyramide hospitalière, gage de la réduction de la mortalité maternelle.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

- Poirier-Coutansais G. Méthodologie de la recherche : « la qualité, Pourquoi? Comment? » In Recherche en soins infirmiers. 1987;10-11:108-112.
- Zaynep OR, Laure CR. La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer. 18^e édition. Paris: IRDES; 2008. 3p.
- Gaba-Leroy C, Bonneky AM, Marande D, Michet P. Prévention des risques dans l'unité de soins. Paris: MASSON; 2003. 115p.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A *et al*. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462-74. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Four million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet. 2005;3:9-18.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Standard pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève: OMS; 2017. 5 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. Chaque femme & chaque enfant. Survivre, s'épanouir et transformer. Objectifs du développement durable. Genève: OMS; 2015. 108 p.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, ICF. Enquête Démographique et de Santé V. Cotonou et Rockville: INSAE et ICF, 2019. 675 p.
- Guie YP, Cisse L, Saki-Nekouressi G, Bucagu M, Landrison G, Agbodjan-Prince O. Qualité des soins en SMNI. Méthodologie de l'évaluation et mise en pratique en Afrique de l'Ouest. À propos de l'expérience de la Côte d'Ivoire. Med Sante Trop. 2016;26:357-362.
- Saizonou J, Ouendo EM, Dujardin B. Audit des décès maternels dans quatre maternités de référence du Bénin - qualité des soins d'urgence, causes et facteurs contributifs. AJRH. 2006;10(3):28-40.
- Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS). Dossier d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente (SRMNIA) en Guinée 2017-2020. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Bujumbura: MSPLS; 2011. 64 p.
- Bénin. Indice des composantes du programme maternel et néonatal du (MNPI) : Un outil pour le plaidoyer en santé maternelle. Cotonou: Projet POLICY USAID; 2003. 13 p.
- Bi Vroh JB, Tiembré I, Andoh H, Tetchi EO, Kpébo DOD, Traoré Y, *et al*. Qualité de l'offre des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans le district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Santé Publique. 2008;5(20):425-432.
- Saizonou J, Makoutodé M, Paraiso NM, Agueh VD, Dujardin B. Analyse des facteurs associés à la qualité de prise en charge des « Echappées Belles » dans les maternités de référence au sud du Bénin. Bénin Médical. 2005;29:58-63.
- Dénaqpo JL, Zouménou E, Hounkpatin B, Aguemon C, Lokossou A, Gbegan P, *et al*. Impact des audits cliniques sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou au Bénin. Journal de la SAGO. 2010;11(2):13-17.
- Rasolofomanana JR, Rakotovoava JP, Bazant E, Tripathi V. Qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar. Maryland: Jhpiego; 2011. 61 p.
- Dégbey C, Aguemon B, Ouendo EM, Makoutodé M, Simon A. Étude de la qualité du matériel médicotechnique utilisé dans les blocs opératoires en vue de la prévention des infections associées aux soins et services au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou Bénin. Journal de la Société de Biologie Clinique. 2013;18:29-35.
- Kasri N. Facteurs de risque associés à la mortalité néonatale à l'hôpital provincial de Tétouan [Mémoire]. Université Abdelmalek Essaâdi de Tétouan; 2017. 49p.
- Akpovi J, Assogba SC, Perrin RX. La pré-éclampsie à l'hôpital de la mère et de l'enfant-Lagune à Cotonou. Bénin médical. 2005; 31:10-13.

20. Alao MJ, Sagbo G, d'Almend M, Ayivi B. Pratique de la néonatalogie à l'hôpital de zone de Ouidah au Bénin. *Bénin Médical*. 2008;40:21-24.
21. Ba MG, Diallo D, Faye EO, Diouf A, Cisse CT, Diadiou F. Grossesse et accouchement chez les adolescentes : Aspects cliniques et sociaux. *Bénin Médical*. 1999;13:39-44.
22. Zeynep O, Laure C-R. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer? Document de travail n°19. Paris : IRDES; 2008. 20p.
23. Mongbo V, Ouendo EM, De Brouwere V, Alexander S, Dujardin B, Makoutodé M *et al*. La césarienne de qualité : étude transversale dans 12 hôpitaux au Benin. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2016;2(9):1-13.
24. Adisso S, Houndéffo T, Takpara I, Akpovi J, Toudonou S, de Souza J *et al*. La césarienne à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou : Aspects épidémiologiques et pronostiques. *Bénin Médical*. 2007;36:31-36.

Annexe : Critères de cotation des différentes composantes des soins maternels

Normes et critères	Note: 1 à 5
A. Soins obstétricaux d'urgence	
Un système est en place pour donner la priorité aux patientes qui présentent les troubles les plus sévères (tri).	
Le tri s'effectue sans délai et n'est pas entravé par des procédures d'enregistrement, de paiement, etc., avant que des interventions vitales aient lieu.	
Un accoucheur qualifié (médecin / sage-femme / infirmière) est toujours disponible pour prendre en charge des patientes qui présentent une urgence obstétricale.	
Les médicaments essentiels et matériels pour les situations d'urgence sont toujours disponibles.	
Les tests de laboratoire essentiels (glycémie, hémocrite, HB GSRH) et l'équipement (notamment Ambu et masques pour adultes et nouveau-nés) pour les situations d'urgence sont toujours disponibles.	
Existe-t-il des outils de travail (fiches murales, fascicules de tableaux) pour la prise en charge obstétricale ?	
Combien de jours d'hospitalisation les accouchées passent-elles en post-partum pour les accouchements sans complication ? (norme=72h)	
Disponibilité des Directives nationales sur les soins après avortement et sur l'avortement médicalisé.	
Le matériel d'AMIU est disponible et fonctionnel.	
L'administration d'utéro tonique est réalisée systématiquement dans les soins après avortement.	
B. Lutte contre l'infection et soins de soutien	
Les postes de lavage des mains sont bien organisés et équipés.	
De l'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool pour les mains sont disponibles sur le lieu de soins.	
Les mains sont lavées avec de l'eau et du savon quand elles sont visiblement sales ou visiblement souillées de sang ou d'autres liquides corporels ou après utilisation des toilettes.	
Des gants stériles sont utilisés pour les interventions chirurgicales, les examens vaginaux, les accouchements, la section du cordon, l'extraction manuelle du placenta, la suture de l'épisiotomie ou la déchirure, le prélèvement du sang.	
L'utilisation de gants ne remplace pas l'hygiène des mains par friction ou lavage.	
Les gants sont utilisés quand on prévoit un contact avec du sang ou d'autres matières potentiellement infectantes, des muqueuses ou une plaie de la peau.	
Les gants sont changés ou enlevés pendant les soins aux patientes si l'on passe d'une partie du corps contaminée à une autre (y compris une plaie cutanée, des muqueuses ou matériel médical) sur la même patiente ou le même environnement.	
Désinfection en routine des locaux effectuée, les locaux sont fermés régulièrement pour la désinfection.	
Les cathéters IV sont changés toutes les quarante-huit (48) heures.	
C. Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie	
La pré-éclampsie sévère se définit selon des normes : pression artérielle diastolique de 110 mmHg ou plus après 20 semaines de gestation et / ou protéinurie de 3+ ou plus. Vérifier les dossiers ou observer.	
L'éclampsie se définit selon des normes : Convulsions. Pression artérielle diastolique de 90 mmHg ou plus après 20 semaines de gestation. Protéinurie de 2 + ou plus. Vérifier les dossiers et / ou observer.	
L'analyse d'urine par bandelette réactive est immédiatement effectuée chez les femmes qui arrivent à l'hôpital et qui présentent une hypertension.	
Chez les femmes atteintes de pré-éclampsie modérée ou d'hypertension gestationnelle modérée à terme, le déclenchement du travail est recommandé si les conditions le permettent.	
Le traitement antihypertenseur est entrepris lorsque la TA diastolique > 110 OU en cas de protéinurie élevée.	
Des directives et un protocole écrit bien défini pour la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie sont disponibles, connus et couramment utilisés par le personnel.	

Normes et critères	Note : 1 à 5
Une trousse est prête pour la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie.	
Le sulfate de magnésium est fourni conformément aux directives sur la prévention de l'éclampsie chez les femmes souffrant de pré-éclampsie sévère et pour le traitement des femmes souffrant d'éclampsie.	
Les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration), les réflexes ostéo-tendineux et le rythme cardiaque fœtal sont surveillés régulièrement (au moins toutes les heures) et la femme n'est jamais laissée seule.	
D. Travail normal et accouchement par voie basse	
Conditions de l'accouchement	
Soins au cours du travail	
Soins pendant la première phase du travail	
Soins pendant la deuxième phase du travail	
Soins pendant la troisième phase du travail	
Soins à la mère après l'accouchement	
E. Césarienne	
Césarienne d'urgence	
Moment de la césarienne et consentement éclairé	
Indications relatives de la césarienne et politique de réduction de l'incidence de la césarienne	
Procédures liées à la césarienne	