



EVALUATION DE LA CONSULTATION PRE-NATALE RECENTREE DANS DEUX MATERNITES DE COTONOU AU BENIN

TSHABU AGUEMON C*, TONATO BAGNAN A*, KLIKPEZO R**, ADELABOU G*, TAKPARA I*

* Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi (Bénin)

**Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (Bénin)

Correspondant : TSHABU AGUEMON Christiane, E-mail : caguemon@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Depuis près de trois décennies après le lancement de la consultation prénatale recentrée, plus d'un demi- million de femmes meurent chaque année et la majorité des décès se retrouvent dans les pays en voie de développement notamment en Afrique sub-saharienne.

Objectif : Etudier le respect des normes et standards au cours de la CPNr dans deux maternités publiques de Cotonou.

Patientes et méthode : Il s'est agi d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique à visée comparative réalisée dans deux maternités. Elle était observationnelle pour les agents de santé lors des consultations. Elle s'est déroulée sur une période de 4 mois. Selon la formule de SCHWARTZ, la taille minimale de notre échantillon était de 384 consultations. Un check list a permis d'évaluer les différents gestes. Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel EPI-DATA. L'apurement et l'analyse des données étaient faits à l'aide du logiciel statistique STATA/IC 11.0. Les comparaisons ont été faites à l'aide du test de Chi2 ou le test exact de FISHER si les valeurs attendues sont inférieures à 5 de même qu'avec le test de STUDENT. Le seuil de significativité a été de 5% et les intervalles de confiance ont été calculés à 95%. L'anonymat était respecté.

Résultats : Toutes les gestantes ont été examinées par des sages-femmes formées à la CPNr dans les deux maternités. Plus de quatre gestantes sur cinq sont âgées de 20 à 34 ans et elles sont la plupart nullipares et paucipares. Elles sont majoritairement (30,11%) fonctionnaires à l'HIA, et ménagères, revendeuses ou artisanes (83,19%) à Gbégamey. L'accueil a été bon à 96,4%. L'examen gynécologique et l'examen du fœtus sont de mauvaise qualité en raison du faible taux de réalisation de l'examen sénologique (74,19% à l'HIA et 66,95% à Gbégamey) ; du chronométrage des BDCF au 3^{ème} trimestre (8,57% et 71,5% respectivement à l'HIA et à Gbégamey), de l'examen au spéculum (2,15% et 3,13% à l'HIA et Gbégamey). La sensibilisation sur l'utilisation de la MIILD, le TPI, la vérification de la couverture antitétanique, la prescription de fer folidine ont été réalisées chez la quasi -totalité des gestantes. Les soins promotionnels étaient inexistantes dans les deux maternités.

Conclusion : La CPNr est de mauvaise qualité dans les deux maternités.

Mots clés : consultation pré natale recentrée, prestataire des soins, qualité

ABSTRACT: EVALUATION OF PRENATAL CONSULTATION REFOCUSSED IN TWO MATERNITY OF COTONOU IN BENIN

Introduction: From now three decades after the instauration of the prenatal consultation refocused (PNCr), more than half a million women die each year and the majority in developing countries especially in sub-Saharan Africa.

Objective: To study the respect of norms and standards for PNCr in the two public maternity in Cotonou.

Method and patients: He acted in a prospective, transversal, descriptive, analytical and comparative study in two maternity. It was observational for health workers during consultations. It was conducted over a 4 month. According to the formula Schwartz, The minimum sample size was 384 consultations. A checklist was used to assess the various gestures. The collected data were entered with EPI-DATA software. The clearance and data analysis were done using the statistical software STATA /IC 11.0. Comparisons were made using the chi 2 test or Fisher's exact test if the expected values are less than 5. Comparisons are made with the test Student. The significance level was 5% and the confidence intervals were calculated at 95%. The anonymity was respected

Results: All pregnant were examined by midwives trained in PNCr in both pregnancies. More than four out of five pregnant wives aged 20 to 34 years and they are most nulliparous and pauciparous. They are mostly (30, 11%) to the HIA officials and housewives, artisans or sellers (83.19%) to CSG. The welcome was good at 96.4%. Pelvic examination and examination of the fetus are poor quality because of the low rate of the breast screening examination (74.19% to HIA and 66.95% to CSG), the timing of the fetal heart (8.57% to HIA and 71.5% to CSG) and the speculum examination (2.15% and 3.13% at the HIA and CSG respectively). Awareness on the use of MIILD, TPI, checking tetanus coverage, foliates iron prescription were performed in almost pregnant. Promotional care was nonexistent in both pregnancies.

Conclusion: The PNCr is poor in both maternity

Keywords: prenatal consultation refocused, provider of care, quality

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant en bon état nécessite un bon suivi de la grossesse. C'est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 380 femmes dans le monde débutent chaque minute une grossesse et parmi elles, 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [1 ; 2].

A cela, il faut ajouter la mortalité néonatale, fortement liée à la mortalité maternelle. Malgré ce constat, les taux de mortalité maternelle et néonatale restent obstinément élevés à cause du manque d'une bonne surveillance de la grossesse et de l'application du plan pour l'accouchement. C'est à cet effet que «l'initiative de la maternité sans risque» est née. Elle avait pour objectif non seulement d'attirer l'attention des décideurs sur la mortalité maternelle mais surtout d'inciter à une action immédiate et concertée au niveau national et international en vue de mettre un terme à cette tragédie. Mais, depuis près de trois décennies après le lancement de cette initiative, plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année et la majorité dans les pays en voie de développement notamment en Afrique subsaharienne [3 ; 4].

Au Bénin, au moins 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [5]. Et ceci, malgré l'adoption depuis près d'une décennie des consultations pré natales recentrées (CPNr) dans les maternités pour réduire les taux de décès maternel et néonatal. La question est de savoir si les prestataires des soins respectent les composantes de la CPNr.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le respect des normes et standards au cours de la CPNr dans deux maternités publiques.

METHODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans deux formations sanitaires publiques de la ville de Cotonou, choisis par tirage sur les 4 centres situés dans un périmètre de 15 Km du centre hospitalier national hospitalier et universitaire-HKM de Cotonou : l'hôpital d'instruction des armées (HIA) de Cotonou et le centre de santé de Gbégamey (CSG).

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique à visée comparative. Elle était observationnelle pour les agents de santé lors des consultations. Cette évaluation a porté sur le protocole établi par l'OMS [1]. L'étude s'est déroulée du 25 Novembre 2013 au 28 février 2014 soit une durée de 4 mois. L'échantillon était constitué de tous les prestataires des soins dans le secteur de consultation dans les deux maternités.

Les critères d'inclusion étaient toutes les sages-femmes et médecins ayant au moins 6 mois de fonction à leur poste, ayant donné un consentement éclairé et ayant réalisé une consultation pré natale (CPN) lors de la période d'étude. Toutes les gestantes venues pour la CPN, au troisième trimestre de la grossesse, ayant suivi leur grossesse dans le même centre exclusivement et ayant accepté de participer à l'étude étaient incluses.

Les critères d'évaluation étaient surtout l'examen obstétrical. Celui-ci était de bonne qualité lorsque l'agent de santé réalise les gestes à 100%. Lorsque les gestes des autres paramètres de la CPN (en dehors de l'examen obstétrical) sont effectués à 75% au moins, la performance de l'agent de santé est déclarée bonne pour ces paramètres. Dans le cas contraire, elle est de mauvaise qualité. Au regard de nos moyens limités, nous avons procédé à un échantillonnage avec une marge d'erreur de 3% (0,03).

Ainsi, selon la formule de SCHWARTZ, la taille minimale n de l'échantillon des gestantes est $n = e^2pq/i^2$ (e : 1,96 ; écart réduit avec un risque d'erreur alpha à 5%, p : 80% [66], q : 100- p =20%, i : 0,04). La taille minimale de notre échantillon était de 384 consultations. Au cours de la pré-enquête, la sage-femme de la maternité de l'HIA recevait en moyenne 4 CPN par jour et celle de la maternité du CSG en moyenne 15 CPN par jour. Sur cette base, nous avons réparti notre échantillon en 1/4 à recruter à la maternité de l'HIA et 3/4 à recruter à la maternité du CSG. Selon la formule calculée nous devrions avoir un échantillon minimum de 96 à HIA et 288 au centre de santé de Gbégamey. Nous avons étudié 93 CPN faites par une sage-femme à HIA et 351 CPN faites par une sage-femme au CSG.

Une observation directe des sages-femmes pendant chaque CPN face à une gestante était réalisée en remplissant un « check List ». Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel EPI-DATA. L'apurement et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel statis-

tique STATA/IC 11.0. Les comparaisons ont été faites à l'aide du test de χ^2 ou le test exact de FISHER si les valeurs attendues sont inférieures à 5 de même qu'avec le test de STUDENT où le seuil de significativité était de 5% et les intervalles de confiance calculés à 95%. L'anonymat était respecté.

RESULTATS

La moyenne d'âge des gestantes de la maternité de l'HIA était de 27,1±4,50 ans, les extrêmes allant de 17 ans à 39 ans. La moyenne d'âge des gestantes du CSG était de 25,4±5,35 ans, les extrêmes allant de 12 ans à 45 ans. $p=0,012<0,05$ il existe une différence statistiquement significative entre les deux centres en ce qui concerne l'âge.

A l'HIA, 85% des gestantes avaient au moins le niveau primaire et au CSG, 63,5% des gestantes avaient ce même niveau primaire. $p=0,00<0,05$: il existe une différence statistiquement significative entre les centres en ce qui concerne le niveau d'instruction.

La quasi-totalité des gestantes de HIA vivait en couple 99% contre 95% au CSG. A l'HIA, la majorité des gestantes étaient fonctionnaires (30,11%) et au CSG, les gestantes étaient majoritairement des ménagères (31,91%). $p=0,00<0,05$ il existe une différence statistiquement significative entre les centres en ce qui concerne la profession des gestantes.

La majorité des gestantes est paucigeste dans les deux maternités : 44,09% à l'HIA et 46,72% à Gbégamey. $p=0,41>0,05$, donc pas de différence statistiquement significative entre les centres en ce qui concerne la gestité. Dans les deux maternités, la majorité des gestantes était nullipare; 35,48% à l'HIA et 36,18% au CSG. $p=0,58>0,05$, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les centres en ce qui concerne la parité. Seules 23 gestantes (24,73%) à l'HIA et 70 gestantes (19,94%) au CSG ont réalisé la CPN au 1^{er} trimestre. Au 2^{ème} trimestre, 58 gestantes (62,37%) à l'HIA et 228 gestantes (64,96%) au CSG avaient déjà réalisé plus de 4 CPN. Au 3^{ème} trimestre, 35 gestantes (37,63%) à l'HIA et 123 gestantes (35,04%) au CSG avaient réalisé au moins 4 CPN.

Les prestataires avaient respecté toutes les étapes de l'accueil sauf la salutation au départ de la gestante (64,52% à l'HIA et 82,91% au CSG).

Les ATCD médicaux n'ont été demandés que chez 69,57% des gestantes à l'HIA contre 62,86% des gestantes au CSG. L'examen sérologique n'a été réalisé que chez 25,81% des gestantes à l'HIA et 33,05% des gestantes au CSG (tableau n°1). Le lavage des mains entre deux examens n'a pas été respecté pour toutes les gestantes à l'HIA et pour 98,58% au CSG. Seul le cinquième (21,51%) des gestantes était informé du résultat de l'examen à l'HIA contre 20,1% au CSG.

Tableau n°1 : Répartition des gestantes en fonction des examens réalisés

	HIA N(%)	Gbégamey N(%)
Examen sérologique	69(74,19)	235(66,95)
Hauteur utérine	84(90,32)	336(95,73)
Examen au spéculum	2(2,15)	11(3,13)
Toucher vaginal	93(100)	351(100)

Le chronométrage des bruits du cœur fœtal n'a été fait que chez 5,38% et 29,34% des gestantes respectivement à l'HIA et au CSG (Tableau n°2).

Tableau n°2: Examen du fœtus au 3^{ème} trimestre selon la maternité

Examen du fœtus	HIA N(%)	Gbégamey N(%)
Demande des MAF	70(75,27)	280(79,77)
Recherche des pôles fœtaux	69(74,19)	274(78,08)
Auscultation des BDCF	46(49,46)	173(49,29)
Chronométrage des BDCF	5(5,38)	103(29,34)

MAF : mouvements fœtaux,
BDCF : bruits du cœur fœtal

A l'HIA, aucune gestante n'a reçu de conseils nutritionnels et hygiéniques, seulement 2 gestantes en ont bénéficiés au CSG. Le TPI a été prescrit à 85,71% des gestantes de l'HIA et 96,79% des gestantes au CSG (Tableau n°3).

Toutes les composantes du plan pour l'accouchement n'étaient pas discutées avec les gestantes (Tableau n°4). Les signes de danger de la grossesse n'ont pas été évoqués chez 90,32% et 79,49% des gestantes respectivement à l'HIA et au CSG.

Tableau n°3 : Répartition selon les conseils reçus

Conseils	HIA N(%)	Gbégamey N(%)
Conseils nutritionnels	0	2(0,57)
Conseils hygiéniques	0	2(0,57)
Sensibilisation à l'usage de la MIILD	53(56,99)	349(99,43)
Couverture anti tétanique vérifiée	79(84,95)	347(98,86)
Femme informée de son état vaccinal	80(86,02)	347(98,8)
Prescription de fer foloine	92(98,92)	351(100)
Prescription de déparasitant	62(88,57)	276(98,22)
TPI	60(85,71)	272(96,79)

MIILD : moustiquaire imprégné d'insecticide à longue durée d'action,
TPI : traitement préventif intermittent au paludisme

Tableau n°4: Répartition des composantes du plan pour l'accouchement

	HIA N(%)	Gbégamey N(%)
Lieu d'accouchement identifié	72(77,42)	246(70,09)
Accoucheur identifié	91(97,85)	345(98,29)
Contact de l'accoucheur	93(100)	345(98,29)
Mode de transport prévu	93(100)	337(96,01)
Accompagnateur identifié	93(100)	330(94,02)
Garde des enfants prévue	93(100)	330(94,02)
Epargne pour l'accouchement	93(100)	338(96,30)
Donneur de sang prévu	93(100)	351(100)

DISCUSSION

La CPN recentrée reste difficile car dans notre étude environ deux tiers des gestantes n'avaient pas réalisé le nombre minimum de CPN recommandé par rapport à l'âge de leur grossesse. Cette situation pourrait expliquer le faible taux de couverture de la CPNr au 1^{er} trimestre de la grossesse. En effet, il est ancré dans la croyance africaine et particulièrement béninoise que la déclaration précoce de la grossesse peut attirer les esprits nuisibles, qui

vont entraver le développement normal de la grossesse. Par contre, il y a eu un nombre important de CPN dû aux signes sympathiques de la grossesse. La qualité de la CPNr est moyenne. L'accueil a été bon dans 96,4% des cas dans notre étude. Ce résultat est semblable à celui de GOUDA [6] qui a trouvé 94,0% dans une maternité privée. Cet élément est important pour créer une bonne relation soignante-soignée.

Les prestataires ont demandé les antécédents chirurgicaux et médicaux dans 74,1% à HIA et dans 66,22% au centre de santé de Gbégamey. Ceci ne contribue pas à un bon suivi de la gestante quand on sait que tout antécédent pathologique peut avoir une influence sur l'évolution de la grossesse en cours, même si la CPNr privilégie la qualité plutôt que le nombre des consultations prénatales. Ils sont souvent impossibles à réaliser dans nos pays en voie de développement du point de vue logistique et financier. De plus, beaucoup de femmes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer [7].

Le lavage des mains n'est pas respecté entre deux examens des gestantes. Ceci entraîne un risque accru des infections nosocomiales.

L'examen sénologique n'est pas systématique (66,47%) lors des consultations prénatales. Cet examen est un bon moyen de dépistage précoce de tumeur bénigne ou maligne du sein. Ce taux est inférieur à celui de OMPALINGOLI et al qui avait trouvé 72,6% [8]. L'examen au spéculum n'a été réalisé que chez environ 2,93% des gestantes. La grossesse permet à la femme de consulter dans un centre de santé. L'agent de santé devrait mettre l'accent sur l'examen sénologique et l'examen au spéculum pour un dépistage précoce des cancers gynécologiques.

Quant à l'examen du fœtus, l'auscultation et le chronométrage des bruits du cœur fœtal (BDCF) sont restés insuffisants. Le chronométrage des BDCF est obligatoire pour dépister une éventuelle anomalie du rythme cardiaque. Les soins promotionnels ne sont pas prodigués à toutes les femmes. Le taux de couverture dans notre étude est supérieur à celui trouvé par VAN EIJK AM et al [9].

En ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD), le Ministère de la Santé du Bénin a subventionné son acquisition afin de

les rendre disponibles gratuitement aux femmes enceintes dans toutes les formations sanitaires publiques. Mais son utilisation ne peut être efficiente qu'au prix d'une bonne éducation de la population.

Les conseils hygiéno-diététiques sont quasiment absents avec un taux de réalisation de 0,45%. Ce taux est inférieur au 35% dans l'étude de PEMBE et al [10] et au 73,1% trouvé par ANYA et al [11]. L'insuffisance du personnel et la charge de travail rendent cette activité presque inexistante.

Le plan pour l'accouchement, constitue une composante importante de la consultation prénatale recentrée qui doit être rappelée à la gestante à chaque consultation prénatale. Ce qui n'est pas le cas dans notre étude. OUMA et al ont rapporté que ce plan était réalisé dans 13,7% et 21,1% des cas respectivement à

ASEMBO et GEM [12]. La réalisation correcte de ce plan permettrait une réduction de la mortalité périnatale grâce à une réduction sensible des trois retards.

L'amélioration de la connaissance des gestantes suscite en elles des attitudes positives vis-à-vis de la santé, avec un changement de comportement chez elles. Mais dans le cadre de la préparation du plan pour l'accouchement, nous avons remarqué que la sensibilisation sur les signes de danger de la grossesse est très rare dans les deux hôpitaux.

CONCLUSION

La qualité de la consultation prénatale recentrée reste à améliorer dans les deux maternités. Il faudrait améliorer les conditions de travail et assurer des supervisions fréquentes pour faire et maintenir une mise à jour des connaissances des prestataires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS.** Maternité sans risque. Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque. OMS Genève. 1996 :14-27p.
2. **De Bernis L.** Santé de la mère et du nouveau-né Mortalité maternelle dans les pays en développement: quelles stratégies adopter ? *Med Trop.* 2003; 63: 391-9p.
3. **Diallo FB, Diallo TS, Sylla M, Onivogui F, Diallo MC, Balde IS, Diallo MS.** Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. *Med d'Afr Noire.* 1999; 46 (1) : 32-9p.
4. **Xiao S, Yan H, Shen Y, Dang S, Hemminki E, Wang D, Long Q, Gao J.** Utilization of delivery care among rural women in China: does the health insurance make a difference? A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010 ; 10 : 695p.
5. **Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale.** Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence- Rapport final. Cotonou : DSF ; 2003.
6. **Gouda N.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales recentrées dans deux maternités de Parakou (Bénin). [Thèse Med].Parakou : FM ; 2012; n°159 ; 77p.
7. **Yaya Daouda Konaté.** Consultation prénatale recentrée : Perception des gestantes et des accouchées au centre de santé de référence de Kolondiéba. [Thèse Méd]. Bamako : FMPOS ; 2010. no. 10M407 ; 64p. 09P
8. **Ompalingoli S, Gomakick L, Mambou VJ, Moukassa D, Eouani LM.** Intérêt diagnostique de la palpation des seins en consultations « Tout venant » à l'hôpital de Loandjili. *Med d'Afr Noire.* 2006 ; 53(4) : 224-6p
9. **Van Eijk AM, Ayisi JG, TerKuile FO, Otieno JA, Misore AO, Odondi JO, Rosen DH, Kager PA, Steketee RW, Nahlen BL.** Effectiveness of intermittent preventive treatment with sulphadoxine-pyrimethamine for control of malaria in pregnancy in western Kenya: a hospital-based study. *Tropical Medicine and International Health.* 2004; 9(3):351-60p.
10. **Pemba BA, Urassa PD, Carlstedt A, Lindmark G, Nysrom L , Darj E.** Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009; 9:12p.
11. **Any ES, Hydara A, Jaiteh ES L.** Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008; 8:9p.
12. **Ouma OP, Van Eijk MA, Hamel JM, Sikuku SE, Odhiambo OF, Munguti MK, Ayisi GJ, Crawford BS, Kager AP et Slutsker L.** Antenatal and delivery care in rural western Kenya: the effect of training health care workers to provide "focused antenatal care". *Reproductive Health.*2010; 7:1p