

QUALITE DE LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE DANS TROIS PRINCIPALES MATERNITES DE PARAKOU

QUALITY OF PRENATAL REFOCUSED CONSULTATION IN THREE KEY MATERNITY IN PARAKOU

SALIFOU K.⁽¹⁾ HOUNKPATIN B.⁽²⁾ HOUNKPONOU F.⁽¹⁾ OBOSSOU A.⁽¹⁾ SIDI R.⁽¹⁾
ADIHOUGBANDE JEA¹ PERRIN RX.²

⁽¹⁾Unité de gynécologie et d'Obstétrique de la faculté de médecine de Parakou/ Université de Parakou BP 123 Parakou Bénin

⁽²⁾Unité de gynécologie et d'Obstétrique de la faculté des Sciences de la santé de Cotonou/université d'Abomey-Calavi

Correspondances : Salifou Kabibou Maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique à la faculté des sciences de la santé du Bénin BP 123 Parakou Bénin. tel : 229 66425232
Adresse électronique : salifoukabibou@yahoo.com

RESUME

Depuis 2005, le Bénin a adopté et mis en œuvre la consultation prénatale recentrée (CPNR) sans pouvoir en évaluer la qualité. **L'objectif** de la présente étude est d'évaluer la pratique de la CPNR par rapport aux critères élaborés à partir des normes et standards en vigueur au Bénin.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée dans trois maternités de premier niveau à Parakou.

Résultats : Au terme du suivi d'une grossesse, les critères liés à l'examen obstétrical (critère 5), à la synthèse des données de la clinique (critère 6) en fin d'examen et ceux liés aux soins promotionnels (critère 6) sont les moins satisfaits avec respectivement 1,8% et 0%. L'absence d'examen au spéculum n'a pas permis la satisfaction du critère 5 ; l'absence d'établissement du pronostic de l'accouchement a empêché la satisfaction du critère 6. Les critères les mieux satisfaits sont ceux liés aux soins préventifs (critère 8 et 9 : 66%) et à l'accueil (critère 6 : 58,4%).

Conclusion : La qualité des CPNR est limitée par l'insuffisance de l'examen obstétrical et l'absence de soins promotionnels.

Mots clés: Evaluation, qualité, consultation prénatale recentrée, maternités, Parakou

Abstract

Since 2005, Benin has adopted and implemented the ANC refocused (CPNR) without being able to assess the quality. The objective of this study is to evaluate the practice of CPNR against criteria developed from the norms and standards in force in Benin.

Method: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study conducted in three maternity top level in Parakou.

Results: At the end of the follow-up of pregnancy, the criteria related to the obstetrical examination (criterion 5), synthesis of clinical data (criterion 6) at the end of examination and those related to promotional care (criterion 6) are the least satisfied with 1.8% and 0% respectively. The lack speculum examination failed satisfaction criterion 5, the failure to establish the prognosis of labor prevented the satisfaction of criterion 6. The most satisfied criteria are those related to preventive care (criterion 8 and 9: 66%) and hospitality (Criterion 6: 58.4%).

Conclusion: The quality of CPNR is limited by the lack of obstetrical examination and lack of promotional services.

Keywords: Evaluation, quality, refocused antenatal, maternity Parakou

Les soins prénatals, ou consultations prénatales (CPN) constituent un pilier important de la réduction de la mortalité maternelle. On estime qu'un décès maternel sur quatre survient lors des 37 premières semaines de la grossesse [1,2] et que près de la moitié des décès maternels serait directement liée à des soins insuffisants pendant la grossesse [1]. Pour en améliorer la qualité et la rendre plus accessible, l'OMS a comparé la forme classique de CPN à un modèle ciblé et simplifié dit consultation prénatale recentrée (CPNR) et a reconnu l'efficacité de cette dernière [3]. A partir de 2005, le Bénin a formé les prestataires des maternités à ce nouveau concept et l'a mis en œuvre. Mais depuis, les pratiques se sont-elles améliorées? La présente étude se propose d'apprécier la pratique de la CPNR dans trois formations sanitaires de premier niveau à Parakou au Bénin au regard des normes et standards en la matière au Bénin.

1. MATERIELS ET METHODES

1.1-Période et type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée dans trois principales maternités de Parakou, troisième ville à statut particulier située au nord du Bénin. Elle s'est déroulée sur une période de trois mois allant du 1^{er} Avril au 30 juin 2011. Ces maternités ont été choisies en fonction de leur situation géographique et de leur forte fréquentation en consultation prénatale. Il s'agit des maternités du Centre de Santé Communal de Parakou, du Centre de Santé de Kpébié et du Centre de Santé de Zongo.

1.2- Population d'étude Notre population d'étude était composée de l'ensemble des femmes qui fréquentaient cette formation sanitaire pour les CPN et les prestataires des 3 maternités ci-dessus nommés.

- Critères d'inclusion : être à sa première CPN pour cette grossesse ou avoir effectué au moins une CPN dans le centre où se déroule l'enquête pour cette grossesse et tous les prestataires des 3 maternités qui assurent quotidiennement les consultations prénatales.

- Critères de non inclusion : gestantes admises pour une maladie ou pour une complication de la grossesse ou pour un accouchement.

1.3- Echantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif et la taille de

l'échantillon a été calculée par la formule de Schwartz avec une marge d'erreur de 3%.

$$N = 1,96^2 pq / i^2$$

P : Proportion de bonne qualité de consultation prénatale (15,1%)

Q = 1- q est la proportion de femme n'ayant pas eu une consultation prénatale de bonne qualité au cours de leur grossesse (q= 84,9%)

$n = 1,62^2(0,151 \cdot 1-0,151)/0,03^2 = 547$ avec 221 au Centre de Santé Communal de Parakou, 202 au Centre de Santé de Kpébié et 147 au Centre de Santé de Zongo.

Le suivi prénatal est assuré par la sage-femme, les infirmières et parfois par les aides soignantes.

1.4- Collecte des données

Les informations ont été obtenues dans un premier temps à partir d'un entretien avec la gestante en vue de prendre les renseignements sur leurs caractéristiques sociodémographiques et de tester leur connaissance sur les signes de danger, le groupage sanguin rhésus et leur date des dernières règles puis dans un second temps par une observation directe passive des gestes et pratiques des prestataires lors de la consultation, couplée à une revue de la carte maternelle et le carnet de santé de chaque gestante reçue à la fin de la consultation en vue de compléter la fiche d'enquête. Nous avons défini des critères à partir des documents des normes, procédures et standards de la CPN au Bénin [4] (Tableau I)

Normes

Ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer tout acte médical en vue d'en garantir la qualité et l'efficacité

Procédures

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par des prestataires.

Critères : Ce sont des propositions systématiquement développées afin d'évaluer, dans le domaine des soins de santé, la pertinence des décisions, des services ou des résultats (IMMPACT). [5]Graham, WJ (2002) "Improving the quality of obstetric care using criterion-based clinical audit: dissemination of research finding", Sunyani, Brong-Ahafo, Ghana, May 2002.

Tableau I : définitions des critères de qualité

<p>Critère 1 : la salutation, la demande des plaintes et l'octroi d'un siège à la gestante par le prestataire ont été réalisés.</p> <p>Critère 2 : le terme de grossesse a été précisé par rapport à la DDR ou l'échographie, la date probable d'accouchement a été calculée.</p> <p>Critère 3 : à chaque consultation : la tension artérielle, la température ont été prises; la recherche de la pâleur des muqueuses et le test à la bandelette urinaire à la recherche de la glycosurie et l'albuminurie ont été réalisés et bien interprétés</p> <p>Critère 4 : le poids, la comparaison entre les poids de la gestante, la recherche des œdèmes des membres inférieurs ont été réalisées.</p> <p>Critère 5 : tous les volets de l'examen obstétrical (examen des seins, mesure de la hauteur utérine, recherche des pôles fœtaux, la recherche et le comptage des bruits du cœur fœtal, examen au Speculum, toucher vaginal et l'appréciation du bassin au troisième trimestre) ont été réalisés.</p> <p>Critère 6 : à la fin de l'examen : une conclusion générale sur l'état de la gestante a été faite; le pronostic de la grossesse a été précisé; la gestante a été informée des résultats de l'examen.</p> <p>Critère 7 : le GSRH, le Taux d'hémoglobine, la sérologie syphilitique et le dépistage volontaire pour le VIH ont été demandés.</p> <p>Critère 8 : une supplémentation en fer et folate, un déparasitage au mébendazole et la sensibilisation de la gestante sur la vaccination antitétanique ont été réalisés.</p> <p>Critère 9 : Un bon traitement préventif intermittent du paludisme avec prise supervisée a été fait en l'absence de contre indication.</p> <p>Critère 10 : la gestante a bénéficié d'un conseil nutritionnel, d'une sensibilisation sur les signes de danger et sur l'utilisation de la MIILD, d'un plan d'accouchement et d'un rendez-vous.</p>
--

Parmi les critères de qualité, trois critères (5, 6 et 10) ont été identifiés comme discriminatoires et la qualité de la consultation prénatale en dépendait. Les critères sont considérés comme satisfaisants aux pratiques recommandées lorsqu'au moins les 4/5 des gestes et pratiques qui les composent sont effectués par le prestataire. Le critère est alors

validé. Dans le cas contraire, ils ne sont pas validés. Pour la validation des critères 5, 6 et 10, tous les gestes doivent être effectués. La validation de chacun de ces critères a été vérifiée par rapport à chaque fiche d'enquête afin de déterminer exactement la proportion des gestantes ayant reçu une consultation prénatale de bonne qualité.

Les données recueillies sont saisies et apurées avec le logiciel EXCEL version 2007. L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels SPSS 19.0 et Epi info 3.5.3. Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi2 et le test de Fisher. L'intervalle de confiance est estimé à 5 %.

2. RESULTATS

2.1- Répartition de la population étudiée

Au terme de notre enquête, nous avons recruté 570 femmes enceintes dans les trois maternités dont 221 au centre au centre de santé communal de Parakou, 202 au centre de santé de Kpébié et 147 au Centre de Santé de Zongo. La consultation prénatale recentrée était réalisée dans ces différentes structures sanitaires par des sages-femmes (59,82%), des infirmières (39,47%) et des aides soignantes (0,71%).

2.2- Fréquence des consultations prénatales recentrées en fonction du trimestre de la grossesse

Pour 570 gestantes, 315(55,3%) avait débuté leur CPN au premier trimestre ; 226 et 27 gestantes soit respectivement 40% et 4,7% l'avait commencé au deuxième et au troisième trimestre.

2.3- Niveau de satisfaction des critères.

Le niveau de satisfaction du critère 5 était décroissant du 1^{er} trimestre de la grossesse au dernier trimestre de la grossesse (tableau II). Les pratiques qui n'avaient pas été respectées étaient : l'absence de chiffrage des BDC et de l'examen des seins pour le critère 5 ; l'absence d'établissement du pronostic de la grossesse et le manque d'information de la gestante des résultats de l'examen clinique pour le critère 6. Pour Le critère 10, les soins promotionnels notamment les conseils nutritionnels et l'hygiène de vie, la sensibilisation sur les signes de danger et sur l'utilisation de MIILDA, le plan d'accouchement étaient quasi absents.

Tableau II: Répartition des femmes en fonction du respect du critère 5 selon le trimestre de la grossesse

	N	%
1^{er} Trimestre (90)		
Examen des seins	67	74,4
Mesure hauteur utérine	90	100,0
Inspection vulve-périnée	79	87,8
Examen speculum	48	53,3
Toucher vaginal	79	87,8
2^e Trimestre (255)		
Examen des seins	86	33,7
Mesure hauteur utérine	255	100,0
Recherche pôles fœtaux	254	99,6
Demande des MAF	34	13,3
Recherche des BDCF	199	78,0
BDCF chiffrés	7	03,5
Inspection vulve-périnée	174	68,2
Examen speculum	59	23,1
Toucher vaginal	173	67,8
3^e Trimestre (225)		
Examen des seins	21	09,3
Mesure hauteur utérine	225	100,0
Recherche pôles fœtaux	224	99,6
Recherche BDCF	224	99,6
BDCF chiffrés	6	02,7
Inspection vulve - périnée	114	50,7
Examen speculum	16	07,1
Toucher vaginal	113	50,2
Appréciation bassin	4	01,8

Tableau III : Niveau de satisfaction des critères.

	N	(%)
Accueil(C1)	333	58,4
Histoire de la gros.(C2)	53	09,3
Examen général (C3,C4)	122	21,4
Examen obstétrical(C5)		
1 ^{er} trimestre	69	76,7
2 ^{ème} trimestre	15	05,9
3 ^{ème} trimestre	04	1,8
Règles d'Hygiène	287	50,4
Résultats cliniques(C6)	00	00,00
Bilans complémentair. (C7)	115	20,2
Soins préventifs(C8,C9)		
1 ^{er} trimestre	89	98,9
2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre	317	66,0
Soins promotionnels(C10)	00	00,00

2.3- Qualification des prestataires et niveau de satisfaction des critères.

Les gestantes reçues par les sages-femmes et les prestataires formées étaient mieux accueillies que les autres avec l'existence d'une relation statistiquement significative ($OR_1 = 3,58$, $IC_{95} =$

$[2,52-5,10]$, $p_1 = 0,00000000$ et $OR_2 = 6,56$, $IC_{95} = [4,48-9,61]$, $p_2 = 0,00000000$). Quant à l'histoire de la grossesse, il n'existe pas une différence significative entre l'interrogatoire réalisé par les sages-femmes et les autres catégories de prestataire ($OR = 0,67$, $IC_{95} = [0,38-1,18]$, $p = 0,1661215$). De plus, il n'existait aucune relation statistiquement significative entre les gestes réalisés par les prestataires lors de l'examen obstétrical, qu'ils soient formés ou non.

3. DISCUSSION

La mise en œuvre de la CPNR requiert la formation en nombre suffisant d'un personnel qualifié. La dispensation des CPN par des aides-soignantes à ce niveau de la pyramide sanitaire au Bénin relève du non respect des normes et standard de la santé de la reproduction en vigueur au Bénin. Cette situation est rapportée dans des études africaines et sont à l'origine de la mauvaise qualité des CPN sur le continent [1]. Par ailleurs le nombre insuffisant de prestataires formés à la CPNR a été rapporté comme facteur contributif à la mauvaise qualité des CPNR [3,6,7]. L'impact négatif de l'insuffisance de formation des prestataires apparaît au niveau du critère 1 qui est en rapport avec l'accueil. Pour le critère 5, il n'y a pas de différence dans les pratiques entre les sages-femmes et les autres prestataires d'une part et entre les prestataires formées ou non d'autre part.

Les gestantes avaient effectué leur première consultation au 1^{er} trimestre dans 53,3% des cas. Pour l'OMS, Les CPN initiées au premier trimestre variaient entre 15% et 25% en Afrique. Elles étaient de (28%) à l'HOMEL à Cotonou en 2005 [9] et de (10%) en Tunisie en 2006 [10]. La situation urbaine des formations sanitaires concernées par notre étude ainsi que leur niveau de décentralisation pouvait expliquer cette différence de couverture au 1^{er} trimestre de la grossesse. En effet, ce niveau de décentralisation rend ces formations sanitaires accessibles sur le plan géographique et financier. Cette couverture pouvait être accrue si le Bénin à l'instar d'autres pays avait adopté les stratégies avancées en CPN. Selon l'OMS, la qualité perçue des CPN est un facteur qui influence l'utilisation des services de santé par les gestantes et leur adhésion à un accouchement assisté et contribue donc à une réduction de la mortalité maternelle [1,3]. Aussi les pratiques et gestes doivent-ils répondre aux normes de qualité. Dans les formations sanitaires de Parakou, les critères discriminatoires ont plus assombri la qualité des CPN. Le Critère 2 qui a porté sur la précision de l'âge de la grossesse à partir de la date des dernières règles et ou de l'échographie a été

satisfait à 23,3%. Dans ces conditions, la majorité des gestantes étaient vulnérables aux accouchements prématurés ou aux dépassements de terme malgré une CPN menée en temps opportun et en nombre suffisants.

Le niveau de satisfaction du critère 5 est réduit par l'inobservance de l'examen au spéculum et le toucher vaginal. Ces examens n'étaient réalisés qu'en cas de signes d'appel tels que les métrorragies et les leucorrhées. L'insuffisance de spéculum dans nos formations sanitaires et le non respect des normes expliquent ces insuffisances. Or ces pratiques pouvaient être une porte d'entrée à la lutte contre les IST et au dépistage du cancer du col. Quant à l'établissement du pronostic de l'accouchement au troisième trimestre de la grossesse, l'examen du bassin était réalisé dans une proportion de 1,8% contre 40,9% en 2003 à Cocody en Côte d'Ivoire [11]. Le faible taux d'appréciation du bassin au huitième mois de la grossesse est en partie à l'origine des situations d'extrême urgence : travail prolongé, rupture utérine, infection ovulaire constatées chez les gestantes admises en référence dans les hôpitaux.

Les soins promotionnels sont presque absents lors des visites prénatales dans nos formations sanitaires. Ce constat est contraire à celui de plusieurs auteurs ([12, 13,14 , 15]. Ces soins sont pourtant d'un intérêt capital, car inclut des conseils et du soutien à la femme et sa famille pour l'acquisition de comportements sains à domicile. On y fait la promotion d'un environnement propre lors de l'accouchement, l'adoption d'un plan de préparatifs à la naissance et la reconnaissance des signes de danger pour la femme et la nouveau-né [2, 5, 6]. Le volet communication qui doit véhiculer ses soins est laissé pour compte dans notre étude. En raison du niveau d'instruction de notre population, de leur bas niveau socio-économique, ce volet devrait être un soutien la politique de subvention menée par l'état béninois en ce qui concerne la césarienne et la prise en charge du paludisme chez les gestantes. Cette intervention doit être renforcée puisqu'il est actuellement démontré que l'amélioration de la connaissance des gestantes suscite en elles des attitudes positives vis-à-vis de la santé [16, 17, 18]. De plus, cette stratégie permet l'adoption de l'approche participative qui s'est révélée particulièrement efficace et rentable dans l'instauration de changements de comportement et d'éducation chez les mères [7,8].

CONCLUSION

La qualité des consultations prénatales recentrées

est fortement limitée par un faible niveau de satisfaction des critères qui concernent l'examen obstétrical, la détermination de l'âge de la grossesse et les soins promotionnels. L'insuffisance de prestataires formés et l'inobservance des normes et standards sur fond d'absence de supervision formative en sont les principales causes. Le potentiel que représente la CPNR comme porte d'entrée dans les autres programmes reste inexploité et compromet les efforts des politiques de gratuité dont le but fondamental est la réduction de la mortalité maternelle.

REFERENCES

- 1 Dugas M.** Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales. *Médecine Tropicale*; 2011: 71-65
- 2 Say L, Raine R.** A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ* 2007 ; 85 : 812-9.
- 3 Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U et al.** WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357 : 1551-64.
- 4 Ministère de la santé.** Direction de la santé familiale : normes et procédures de la santé de la reproduction au Bénin. Edit Cotonou 2006. 72 p.
- 5 Graham, WJ (2002)** "Improving the quality of obstetric care using criterion-based clinical audit: dissemination of research finding", Sunyani, Brong-Ahafo, Ghana, May 2002.
- 6 Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P.** Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs* 2008; 61 : 244-60.
- 7 Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA.** Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 200 ; 115 : 519-617
- 8 Tann CJ, Kizza M, Morison L, Mabey D, Muwanga M, Grosskurth H.** Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7 : 23.
- 9 Quevisson AKK, Adisso S, Fourn L.** Qualité des visites prénatales dans une maternité universitaire au Bénin. *Médecine d'Afrique Noire*

2006 ; 53 (6) :361-65

10 El Mhamdi S, Soltani S M, Haddad A, Letaief M, Ben Salem K. Les nouveaux critères et la qualité des services de soins de santé dans le gouvernorat de Monastir (Tunisie). *EMHJ* 2010 ; 16(1):107-12

11 Abauleth R, Kouakou P, Koffi A, Yesufu A, Effoh D, Boni S et al. La consultation prénatale. Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody. *Med d'Afr Noire* 2007 ; (54) : 226-30

12 Mutiso M S, Qureshi Z, Kinuthia J. Birth preparedness among antenatal clients. *East African Medical Journal* 2008; 85(6): 275-83

13 Nikiema B, Beninguisse G, Haggerty L J. Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning* 2009; 24:36776

14 Anya E S, Hydera A, Jaiteh Es L. Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 8: 9

15 Erol N, Durusoy R, Ergin I, Döner B, Çiçeklioglu M. Unintended pregnancy and

prenatal care: A study from a maternity hospital in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15:290300

16 Sarker M, Schmid G, Larsson E, Kirenga S, De Allegri M, Neuhaan F et al. Quality of antenatal care in rural southern Tanzania: a reality check. *BMC Research Notes* 2010; 3: 209

17 Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yaméogo M, Baya B. Birth-Preparedness for Maternal Health: Findings from Koupéla District, Burkina Faso. *J Health Popul Nutr* 2006, 24(4):489-97

18 Mcpherson A R, Khadka N, Moore M J, Sharma M. Are Birth-preparedness Programmes Effective? Results from a Field Trial in Siraha District, Nepal. *J Health Popul Nutr* 2006; 24(4):479-88

18 Jennings L, Yebadokpo S A, Affo J, Agbogbe M. Antenatal counseling in maternal and newborn care: use of job aids to improve health worker performance and maternal understanding in Benin. *Pregnancy and Childbirth* 2010; 10:75