

Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales

Dugas M

Département Obstétrique et Gynécologie, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, Canada

Med Trop 2011 ; 71 : 526-528

RÉSUMÉ • Le pronostic est dans l'ensemble très positif quant à l'atteinte des principaux Objectifs du Millénaire pour 2015 en Afrique. Toutefois, deux indicateurs critiques, la mortalité maternelle et néonatale, tardent encore à suivre cette progression. Cet article vise à mettre en lumière l'importance de la consultation prénatale dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle. Il décrit le paquet de soin minimal recommandé par l'OMS et les stratégies d'augmentation de la couverture en consultation prénatale. Afin d'améliorer l'utilisation des services prénatals, l'éducation pour la santé, l'amélioration de la qualité des soins et les stratégies avancées sont prometteuses.

MOTS-CLÉS • Afrique subsaharienne. Mortalité maternelle. Consultation prénatale. Éducation pour la santé.

PROVIDING VULNERABLE POPULATIONS IN SUBSAHARAN AFRICA ACCESS TO OBSTETRICAL CARE: STRATEGY FOR IMPROVING PRENATAL SERVICES

ABSTRACT • The outlook for reaching key Millennium Development goals in Africa in 2015 is mostly positive. However, two critical indicators, *i.e.*, maternal and neonatal mortality, show lagging progress. The purpose of this report is to underline the importance of prenatal care in efforts to reduce maternal mortality. It describes the minimum prenatal care package recommended by WHO and proposes strategies for increasing access to prenatal examination. Health education, improvement of care quality and outreach services are promising avenues to increasing the use of prenatal services.

KEY WORDS • Sub-Saharan Africa. Maternal mortality. Prenatal care. Health education.

Le pronostic à mi-parcours du Groupe de Pilotage des Nations Unies est dans l'ensemble très positif quant à l'atteinte des principaux Objectifs du Millénaire pour 2015 en Afrique (1). Toutefois, malgré une succession d'interventions, deux indicateurs critiques, la mortalité maternelle et néonatale, tardent encore à suivre cette progression (2). Les données se maintiennent ; ce sont 500 000 femmes qui décéderont pendant la grossesse ou des suites de l'accouchement chaque année et plus de 4 millions de nouveau-nés qui connaîtront le même sort dans les 28 premiers jours de vie (3). Le développement d'interventions permettant de réduire la mortalité maternelle des trois quarts d'ici 2015 demeure donc une priorité (3). Cet article vise à mettre en lumière le rôle et l'importance de la consultation prénatale dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle. Il décrit le paquet de soin minimal recommandé par l'OMS, l'importance de l'éducation pour la santé en contexte obstétrical et les stratégies prometteuses d'augmentation de la couverture en consultation prénatale.

Quatre piliers

Selon les recommandations de l'OMS, les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale doivent reposer sur quatre principaux piliers formant un continuum de soins obstétricaux : 1- les soins prénatals, 2- les soins lors de l'accouchement, 3- les soins aux nouveaux nés et 4- les soins postnatals (2, 4). Les soins prénatals, ou consultations prénatales (CPN) constituent un maillon important de cette continuité de soins sur le continent africain (5), où l'on estime qu'un décès maternel sur quatre sur-

vient avant le terme, c'est-à-dire lors des 37 premières semaines de la grossesse (5). De plus, près de la moitié des décès maternels serait directement liée à des soins insuffisants pendant la grossesse (5). Ces décès qui sont imputables à une hypertension (éclampsie) ou des troubles hémorragiques survenant pendant la grossesse, constituent des problèmes qu'il est, en théorie, tout à fait possible de gérer avec des soins de santé appropriés (5). La CPN a pour objectif d'effectuer un bilan simple de la santé de la mère et de dépister, de remédier ou de prendre en charge les trois types de problèmes de santé survenant pendant la grossesse et qui affectent la mère ou l'enfant : 1- les complications liées à la grossesse elle-même, 2- les conditions médicales acquises avant ou pendant la grossesse et susceptibles de s'aggraver pendant la grossesse et 3- les conséquences de styles de vie inappropriés ou présentant des dangers pour la mère ou l'enfant (5-8).

Différentes études réalisées dans les pays en développement ont démontré les effets positifs directs de la CPN sur les conséquences périnatales par la réduction de la prématurité, de l'insuffisance pondérale à la naissance, ainsi que la mortalité périnatale (6). En plus de l'effet direct de la CPN sur la santé, plusieurs avantages indirects associés à la CPN ont été démontrés. En effet, la CPN est souvent le premier point d'entrée d'une femme dans le système de santé, permettant à la mère de se familiariser avec ce dernier (9). Cette familiarisation est un facteur important de réduction de la sous-utilisation chronique des structures de santé (9) permettant la réduction de la mortalité maternelle. De plus, la CPN est un important déterminant pour les accouchements sans risque. Les femmes ayant eu recours à la CPN sont plus susceptibles d'accoucher avec l'assistance de personnel de soins qualifié (5, 6) ou de rechercher plus rapidement et efficacement des soins en cas d'urgence (9).

• Correspondance : dugas11@hotmail.com

• Article reçu le 23/11/2010, définitivement accepté le 27/06/2011.

Paquet de soins

Afin d'optimiser les effets de la CPN sur les conséquences périnatales, l'OMS a émis des recommandations quant au nombre minimal de consultations, au moment idéal de la première visite ainsi qu'au contenu de ces consultations aussi appelées paquet de soins.

Les résultats d'un essai contrôlé randomisé réalisé par l'OMS et comparant le modèle régulier de soins prénatals avec un modèle ciblé et simplifié (10), ainsi que des revues systématiques indiquent que, pour les femmes en bonne santé par ailleurs, les interventions essentielles peuvent être fournies *via* quatre consultations prénatales menées par du personnel de soins qualifié (5, 11, 12). Selon l'OMS ces consultations doivent être entreprises avant la fin du quatrième mois de grossesse (11). La première évaluation des CPN permet de cibler les femmes enceintes qui ont besoin de soins standards, c'est-à-dire le modèle de quatre consultations, de celles exigeant une attention spéciale et un plus grand nombre de visites (5). Il a aussi été recommandé que les quatre consultations prénatales soient réalisées à des intervalles spécifiés : une visite pour chacun des deux premiers trimestres et deux visites lors du troisième trimestre (13). L'efficacité de certaines interventions, telle que la vaccination antitétanique, le traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dépendent du nombre et du moment des visites (5), des contraintes qui sont respectées par le modèle des quatre consultations minimales de l'OMS.

Le modèle des quatre consultations et leur contenu respectif sont appelés soins prénatals focalisés (5). Cet ensemble de soins, qui consiste en l'administration de soins moins nombreux, mais plus ciblés, de meilleure qualité et qui ont fait leurs preuves (5), est reconnu pour être plus rentable que les soins prénatals « classiques » qui demandent des visites plus fréquentes (2). Le paquet de soin recommandé dans le modèle focalisé comprend différents items. 1- L'évaluation de la condition physique et la prise en charge des maladies dont le VIH, les infections sexuellement transmissibles (surtout la syphilis), la tuberculose, le paludisme, l'anémie, les saignements vaginaux, la prééclampsie/éclampsie et la bactériurie (2). 2- La prévention des maladies et des complications par la vaccination antitétanique, la supplémentation (fer, acide folique et iode), le traitement vermifuge périodique, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) (2, 5). 3- Enfin, le paquet de soins inclut des conseils et du soutien pour 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 en cas d'urgence et la reconnaissance des signes de danger pour la femme et le nouveau-né. Enfin, on y retrouve des recommandations pour les soins postnatals par, entre autres, la promotion de l'allaitement maternel immédiat et exclusif (2, 5, 7). Au regard du coût relativement faible des CPN, cette enveloppe de soins est parmi l'une des plus efficaces par rapport aux coûts de toute enveloppe de santé publique (2, 3, 5, 13). Or nous verrons maintenant que ce pilier important du continuum de soins, les soins pendant la grossesse ou CPN, est largement sous-utilisé.

Nombre minimal de consultations prénatales

Du point de vue de la couverture mondiale (proportion de femmes qui ont eu au moins une CPN), les CPN sont une véri-

table réussite (5-7). En Afrique subsaharienne, 69 % des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une CPN, davantage donc qu'en Asie du Sud, où la proportion est de 54 % (5). Cependant, les tendances mettent à jour un ralentissement dans la progression de la couverture en Afrique subsaharienne puisque la couverture n'a augmenté que de 4 % ces 10 dernières années (5, 6). De plus, la couverture des mères ayant bénéficié de quatre CPN et plus, tel que le recommande l'OMS, est beaucoup plus faible, se situant à 44 % en moyenne dans cette région du monde (5, 6). Ces données sont aussi assombries du fait que la première CPN est rarement initiée dès le premier trimestre de la grossesse (entre 15 % et 25 % des cas seulement selon le pays africain) tel que le recommande l'OMS (6-8, 11, 14) et les visites cliniques sont effectuées irrégulièrement (11). Ce retard dans la première consultation en CPN et l'irrégularité des visites limitent considérablement le potentiel des CPN (11) en réduisant, par exemple, le nombre de mères qui sont complètement immunisées contre le tétanos, n'ayant pas reçu le nombre de doses recommandées (14). Il subsiste également des préoccupations concernant la qualité et le contenu de la CPN en Afrique subsaharienne (6, 11). Alors que la prise de la pression artérielle et la vaccination antitétanique sont plutôt courantes, le dépistage et le traitement du VIH et du paludisme le sont beaucoup moins (15). La formation insuffisante du personnel chargé des CPN et le non-respect des normes de CPN pourraient être à la base de cette situation. Afin d'être optimaux, les différents paramètres de l'enveloppe de soins devraient faire l'objet de promotion tant au niveau des communautés concernées qu'au niveau des professionnels de la santé (8, 11). En somme, ces différentes enquêtes sur l'utilisation et la qualité des CPN au niveau mondial et en particulier pour l'Afrique subsaharienne confirment que l'utilisation et la qualité des CPN sont sous-optimales.

Accès aux soins obstétricaux

Différentes études ont examiné les facteurs qui influencent l'utilisation optimale des CPN, c'est-à-dire un minimum de quatre consultations démarrées au premier trimestre, par les femmes enceintes en Afrique subsaharienne. Parmi les plus citées, nous retrouvons les caractéristiques sociodémographiques et l'éducation de la mère et du chef de famille (éducation générale ou liée à la grossesse, aux signes de danger et à la CPN) ; l'historique obstétrical (parité et complication obstétricale) ; le lieu de résidence et l'accès aux soins. Enfin, la qualité perçue et expérimentée des soins CPN, incluant une quantité suffisante de prestataires qualifiés (surtout dans les zones rurales et reculées), font partie aussi des facteurs influençant l'utilisation des services de santé pendant la grossesse (5, 6, 11-13, 16).

Si certaines de ces barrières requièrent des interventions à long terme comme la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la scolarité des femmes, d'autres barrières peuvent être éliminées par des interventions simples et à court ou moyen terme.

On peut penser au manque de connaissances sanitaires, au manque d'accès aux soins et à la qualité des soins (17). Diverses études ont proposé des interventions à court ou moyen terme pour améliorer la couverture en CPN. Il s'agit 1- des programmes d'éducation sanitaire, 2- de l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et 3- de l'amélioration de la qualité des soins.

Stratégies d'intervention

Les programmes d'intervention visant à améliorer les connaissances sanitaires donnent généralement de bons résultats à moyen terme (15). Ces programmes d'éducation sanitaire doivent permettre d'améliorer les compétences et les connaissances sanitaires des mères au sujet de la grossesse et des soins prénatals (15). À cette fin, il a été suggéré d'adopter l'approche communautaire d'éducation sanitaire avec l'implication de la communauté et une mobilisation sociale accrue (15). De plus, cette stratégie permet l'adoption de l'approche participative (2, 7). L'approche participative s'est révélée particulièrement efficace et rentable dans l'instauration de changements de comportement et d'éducation chez les mères (7). Ce type de programme permet l'élaboration de messages concis et bien adaptés à la communauté ciblée (5, 16). Cependant, la couverture actuelle de ce type d'intervention est insuffisante, particulièrement dans les régions éloignées des grands centres urbains (3).

L'amélioration de l'accessibilité des services de santé est aussi une piste d'intervention intéressante. Afin d'améliorer l'accessibilité des soins, les stratégies avancées se sont révélées très efficaces, notamment la Stratégie du Programme Élargie de Vaccination (PEV) pour la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et la Stratégie d'Accélération de la Survie de l'Enfant (SASDE) pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile développée par l'UNICEF. La stratégie avancée consiste à envoyer une unité sanitaire mobile dans les villages afin de fournir des soins. Cette approche évite aux mères les longs et coûteux déplacements lors de la grossesse, et permet de cibler et d'atteindre les mères et les communautés qui fréquentent peu les centres de soins (5, 8). Cette stratégie constitue pour certaines mères le seul contact avec le centre de santé et peut constituer leur seule opportunité de recevoir à la fois 1- des conseils pour une grossesse et un accouchement sans risque, 2- leur vaccin antitétanique, 3- un traitement curatif ou préventif (paludisme et VIH-sida), 4- des suppléments (fer ou acide folique) et 5- une moustiquaire imprégnée d'insecticide (6, 17). De plus, la présence de l'agent de santé permet d'établir un important contact avec la population, ce qui permet d'ouvrir le dialogue, de forger des liens de confiance entre la communauté et l'établissement de santé et ainsi améliorer la perception de la qualité des soins qui dépend du rapport entre les agents de santé et la communauté qui est souvent jugée trop autoritaire ou austère (5, 14).

Conclusion

Une intervention permettant 1- un meilleur accès aux soins prénatals par une stratégie avancée et qui allierait 2- des soins de qualité et conforme au paquet de soins recommandé par l'OMS à 3- l'éducation pour la santé, est prometteuse pour permettre au plus grand nombre de femmes d'avoir une meilleure qualité de vie pendant et après la grossesse en augmentant le nombre de femmes des pays à faibles ressources qui reçoivent le paquet de soins comme le recommande l'OMS. Seul bémol : puisque ce type d'intervention agit de façon indirecte sur la mortalité maternelle et que son principal indicateur est la couverture en CPN, il jouit d'une moindre popularité auprès des différents bailleurs de fonds comparative-ment aux interventions ayant pour principal indicateur la mortalité maternelle. Il semble toutefois évident qu'un changement de perspective de la part des décideurs devient indispensable pour inclure et recentrer les différentes interventions sur cet important pilier pour arriver à réduire durablement la morbidité et la mortalité maternelle.

Remerciements : Cette recherche a été menée à bien grâce à une bourse du Centre de recherches pour le développement international (CRDI). L'auteur tient également à remercier le Réseau de formation en recherche périnatale du Québec – IRSC (QTNPR) pour son soutien financier pendant la rédaction. Ces organismes n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte de données, l'analyse des données, l'interprétation des données, ou la rédaction du rapport. ■

RÉFÉRENCES

1. ONU. Réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique. Recommandations du Groupe de pilotage pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique. Département de l'information des Nations Unies ed, New York, 2008, p. 35. www.sendeveloppementlocal.com/file/37450/
2. 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* 2005 ; 115 : 519-617.
3. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M *et al.* Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005 ; 331 : 1107.
4. OMS. Consensus pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2010, p. 2. http://www.who.int/pmnch/events/2009/mnchconsensus_fr.pdf
5. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh S, Gomez P, Munjanja S. Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Soins néonataux en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques : soins prénatal, Rapport sur la santé dans le monde. OMS ed, Genève, 2005.
6. Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008 ; 8 : 2.
7. Tann CJ, Kizza M, Morison L, Mabey D, Muwanga M, Grosskurth H *et al.* Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007 ; 7 : 23.
8. Diallo S, Camara YB, Daffe M. Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'Inse. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 233-5.
9. Palaniappan B. Role of antenatal care in safe motherhood. *J Indian Med Assoc* 1995 ; 93 : 53-4, 52.
10. 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.
11. Khan M, Mwaku RM, McClamroch K, Kinkela DN, Van Rie A. Soins prénatals à Kinshasa (République démocratique du Congo) : croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Sante* 2005 ; 15 : 93-7.
12. 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.
13. Fourn L, Ducic S. Tendances de l'utilisation des soins prénatals et des issues défavorables de grossesses au Bénin (Afrique). *Sante* 2002 ; 12 : 399-404.
14. Dugas M, Dube E, Kouyate B, Sanou A, Bibeau G. Portrait of a lengthy vaccination trajectory in Burkina Faso: from cultural acceptance of vaccines to actual immunization. *BMC Int Health Hum Rights* 2009 ; 9 Suppl 1 : S9.
15. Dugas M. Prise en charge préventive-curative du paludisme. Articulations entre quatre espaces éducationnels d'acquisition de compétences. Thèse (Ph. D.), Université de Montréal, Montréal, 2007.
16. 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.
17. Dugas M, Dube E, Kouyate B, Bibeau G. Enquête sur le transfert de connaissances concernant le paludisme par les professionnels de la santé aux consultants dans la région de Nouna au Burkina Faso. *Sante* 2008 ; 18 : 149-54.