

DEPISTAGE ET CONTROLE DES FACTEURS DE RISQUE EN CONSULTATION PRENATALE DANS LA VILLE D'AGADEZ (NIGER)

SANI ALIOU*, ISSA AYOUBA

RESUME

Une analyse rétrospective de 1257 fiches de consultations prénatales a permis d'estimer les taux de prévalence des principaux facteurs de risque parmi les femmes en grossesse de la ville d'Agadez (Niger) en 1990.

Il apparait que le jeune âge et la multiparité constituent les facteurs les plus fréquents. Mais les insuffisances dans la relation de référence entre le premier et le deuxième échelon limite l'efficacité de la stratégie de prise en charge des femmes à risque.

Mots-clefs : Facteurs de risque - Référence - Prise en charge

INTRODUCTION

Le dépistage des grossesses à risque, le diagnostic et le traitement des pathologies pouvant compliquer l'accouchement constituent avec les actions préventives (éducation, vaccination, planning familial ...), les stratégies appropriées d'une consultation prénatale.

Si elles sont appliquées efficacement, ces stratégies devraient permettre de réduire la mortalité Maternelle de 50 % en 10 ans (1).

Les principaux facteurs de risque sont aujourd'hui bien connus : seule leur prévalence (2) et leur pertinence (3) varient selon les milieux.

Au Niger, en dehors de quelques données d'études réalisées dans la capitale, la situation sur la morbidité pendant la grossesse est peu décrite. A Niamey (Capitale) le taux de morbidité maternelle dans la principale maternité de référence a été estimé à 4,9 %, chez les primipares et 7,2 % chez les multipares à partir de 6. L'utilisation de la consultation prénatale est estimée dans le même milieu à 93 % pour la première visite et 75 % pour la troisième visite (4).

En 1989 - 90, le Ministre de la Santé Publique a introduit une nouvelle fiche opérationnelle de C.P.N. basée sur la

mesure de certains facteurs de risque et la conduite à tenir dans chaque situation. Une analyse rétrospective des données récoltées à la première année de ce support a permis d'établir la prévalence des principaux facteurs de risque chez les femmes qui utilisent la consultation prénatale dans la ville d'Agadez au Niger. Au delà de l'aspect collecte des données, se pose le problème des conséquences opérationnelles sur le fonctionnement des services liées à l'utilisation d'un tel instrument.

I. CADRE DE L'ETUDE

Agadez est l'une des principales villes du Niger et représente le chef lieu de la région du même nom. En 1990 sa population est estimée à 54 785 Hbts avec un taux d'accroissement annuel des plus élevés du pays : 4,5 %.

Selon les statistiques sanitaires de la région (5), la ville dispose d'un réseau sanitaire satisfaisant composé de 5 formations de premier échelon et d'un Hôpital de référence. L'accessibilité physique est estimée à 100 % : 84 % des grossesses attendues en 1990 dans cette localité ont utilisé la consultation prénatale et 70 % des accouchements attendus se sont déroulés à la maternité. La maternité de référence a enregistré un taux de mortalité maternelle de 2 % ; 14 % des nouveaux-nés ont un poids inférieur à 2,5 kg.

II. METHODOLOGIE

Cette étude est une analyse rétrospective de 1257 fiches de consultations prénatales. Elles représentent l'ensemble des fiches ouvertes du 1er Mars 1990 au 31 Décembre 1990 dans les 4 principaux services menant la consultation prénatale : un centre situé dans une garnison militaire a été écarté de l'étude du fait de la spécificité de sa clientèle.

Du fait de l'accessibilité et de la couverture en consultation prénatale, on peut supposer que les femmes qui fréquentent la consultation prénatale peuvent représenter le profil des grossesses de la cité.

* - Direction Départementale de la Santé-Ministère de la Santé Publique - B.P. 35 - AGADEZ (NIGER)

La fiche opérationnelle de consultation (cf fiche annexe) comprend trois parties :

1. Identité
2. Résultats de la consultation prénatale
3. Résultats de la consultation postnatale

La partie "consultation prénatale" objet de notre dépouillement se subdivise en 3 rubriques correspondant à 3 périodes de visite :

- Première visite
- Consultations Spontanées et visites de contrôle
- Visite au neuvième mois

A chacune des visites l'anamnèse et l'examen sont standards et systématiques à la recherche de facteurs de risque codés de A1 à A7 pour l'anamnèse et de E0 à E12 pour l'examen. Les résultats enregistrés permettent de classer la patiente, chaque facteur, dans l'une des 3 décisions suivantes :

- Situation normale
- Intervention ou référence
- Accouchement sous surveillance

III. RESULTATS

A l'issue du dépouillement des 1257 fiches il ressort les résultats suivants :

3.1. Dépistage des femmes à risque : (Tableau 1)

Tableau N° 1 : Dépistage des femmes à risque lors de la 1ère visite et utilisation de la consultation au 9ème mois.

Formation	Consultantes	Références ou intervention (%)	Indications accouchement surveillé (%)	Venues au 9ème mois
PMI/Centre	447	42 (9 %)	156 (35 %)	38
CNSS	400	56 (14 %)	121 (30 %)	115
PMI/CM	145	4 (3 %)	39 (27 %)	15
Dispensaire Dagmanett	265	38 (14 %)	47 (18 %)	17
Total	1 257	140 (11 %)	363 (29 %)	185 (15 %)

A la première consultation en moyenne 11 % des consultantes ont une indication d'intervention ou d'une référence. La tendance à référer varie de 3 % (Centre médical) à 14 %. Un accouchement sous surveillance est indiqué chez

29 % des femmes enregistrées à la 1ère consultation.

L'utilisation de la consultation du 9ème mois reste très limitée : 15 % des femmes enregistrées à la 1ère consultation.

3.2. Motifs de référence

Les principaux motifs d'une référence ou d'une intervention sont :

- Un antécédent d'avortements successifs.....: 26 %
- Un mort-né à l'accouchement précédent.....: 14 %
- Un oedème pré-tibial et/ou une albuminurie.....: 14 %
- Une tension artérielle élevée.....: 11 %
- Une perte de liquide amniotique.....: 3 %
- Une anémie.....: 2,4 %

Il apparaît par ailleurs que certaines pathologies ne sont notifiées que par un seul centre : diabète-cardiopathie.

D'autres indicateurs de risque attendus n'apparaissent pas du tout :

- Syphilis vénérienne
- Femmes de petite taille

Deux facteurs de risque prédominant dans l'indication d'un accouchement sous surveillance :

- L'âge (moins de 16 ans ou plus de 35 ans)
- La multiparité (plus de 4 accouchements)

Ces 2 facteurs sont retrouvés chez 28 % des femmes à la 1ère consultation (Tableau 2).

Tableau N° 2 : Facteurs de risque faisant indiquer un accouchement surveillé dès la 1ère visite prénatale dans les centres de santé de la ville d'Agadez (1990).

	Age %	Pari. %	Césarienne	M*	AV.*	H*	O*	S*	L*	Tot
PMI/C. 447	21 4,69	130 29,08	4 0,89	0	1 0,22	0	0	0	0	156 35
CNSS 400	21 5,25	96 24	4 1	0	0	0	0	0	0	121 30
PMI/CM 145	12 8,27	27 18,62	0	0	0	0	0	0	0	39 27
Disp. Dag 265	6 2,26	40 15,09	1 0,37	0	0	0	0	0	0	47 18 %
Total 1257	60 4,77 %	293 23,3 %	9 0,71 %	0	1 0,08	0	0	0	0	363 29 %

Pari. = Parité M* = Mort-nés AV.* = Avortements
H* = H.T.A. O* = Oedèmes S* = Perte sang
L* = Perte liquide amniotique

IV. DISCUSSION

Les résultats observés sont similaires à ceux cités dans les études antérieures dans le tiers monde en général et l'Afrique en particulier (6). Dans une enquête réalisée dans la ville de Zaria (Nigéria) en 1985 par LEKE et COOL (3) l'âge et la parité sont retrouvés comme facteurs de risque chez 16 % des femmes enceintes. Dans la ville d'Agadez la prévalence de ces risques semble encore plus préoccupante avec un taux de 28 %. Le mariage précoce et la pratique encore timide de la contraception peuvent constituer les raisons d'un tel état. Il a déjà été démontré que l'âge et la multiparité sont également liés aux principaux motifs de référence à savoir (6) :

- Antécédent d'avortement
- Antécédent de mort-nés
- Hypertension artérielle
- Anémie

Le taux d'indication d'une référence ou d'une intervention (11 %) semble acceptable (8) même s'il n'a pas été possible de distinguer clairement les 2 notions en raison du système actuel d'enregistrement.

Cependant, au-delà de cette conformité statistique, lorsque l'on observe le fonctionnement du système de santé de la cité, de nombreuses contre-performances apparaissent et réduisent la portée des services. Ainsi on peut noter que :

4.1. En réalité il n'y a aucune procédure formelle dans la relation entre le 1er et le 2ème échelon.

- Pas de fiche de liaison
- Le personnel de la maternité de référence ne dépasse pas en compétence celui du 1er niveau.
- Il n'y a pas de système d'enregistrement des références à la maternité.

Le résultat est que au 1er échelon la prise en charge se limite très souvent au simple enregistrement des facteurs de risque.

4.2. Dès la 1ère consultation un accouchement sous surveillance est indiqué chez 29 % des femmes. Or seuls 15 % des grossesses sont revues à la consultation du 9ème mois.

Le fait que 70 % des accouchements attendus dans la ville se déroulent "spontanément" à la maternité traduit l'absence d'un souci de continuité dans la prise en charge des grossesses.

4.3. Il y a une seule stratégie de dépistage des femmes à risque. En effet la fiche opérationnelle est la même :

- En milieu urbain et en milieu rural.
- Dans une structure avec ou sans médecin.
- Avec ou sans sage femme.
- Avec ou sans Laboratoire.
- Etc.

Il est évident que les instructions et les normes doivent être formulées en tenant compte du niveau de compétence et/ou d'équipements disponibles à chaque niveau.

4.4. Les activités sont réalisées de manière routinière, sans aucun souci de leur efficacité. Il n'est pas possible pour les agents du 1er niveau de connaître le devenir réel des grossesses référées puisqu'il n'y a pas un système de retour de l'information entre la maternité et les centres périphériques.

V. CONCLUSION

Il apparaît que l'introduction d'instructions ou de normes techniques ne doit pas être une fin en soi en particulier dans la stratégie d'une maternité sans risque. La recherche de la qualité dans la prise en charge doit en plus des aspects techniques prendre en compte le fonctionnement global des services de santé et s'adapter aux ressources disponibles. Il est important que le 1er et le 2ème échelon fonctionnent avec une certaine cohérence, une continuité dans la prise en charge de la grossesse jusqu'au post-partum.

Autrement "les solutions les plus efficaces d'un point de vue technique peuvent se révéler inopérantes si les problèmes liés à la gestion des services et au fonctionnement harmonieux entre les différents niveaux du système de santé ne sont pas identifiés et pris en compte" (2).

BIBLIOGRAPHIE

1. STARRS A.
Preventing the tragedy of maternal deaths - A report on the international safe motherhood conference.
Nairobi Kenya February 1987. Co-sponsored by World Bank. World Health Organization and United Nations Fund for Population Activities.
Edited by the World Bank.
2. B. DUJARDIN, H. VAN BALEN.
L'initiative pour une maternité sans risque : Quelles perspectives ? J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1991. 20. 387-405.
3. MATERNITÉ - SANTÉ DES FEMMES
L'enfant en milieu tropical 1990 No. 187/188. Centre International de l'Enfance.
4. SANTÉ - MATERNITÉ AU NIGER.
Conférence Régionale sur la Maternité sans risque pour l'Afrique Francophone Janvier 1988 - Février 1989. Contribution M.S.M / A.S / C.F. Niger.
5. Rapport Annuel d'activités D.D.S / Agadez 1990.
6. RECHAN et TARIDA
U.S. Departement of Health and Human Services.
7. Rapport Annuel d'activités D.D.S. / Agadez 1989.
8. SANI A.
Protocole de recherche sur les relations de référence. Centre Référence entre Hôpitaux Régionaux et Centres Médicaux. Travail trimestriel de Synthèse.
Cour International pour la Promotion de la Santé 1988 - 89. I.M.T. d'Anvers. Document non Publié.