

Évaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité périphérique à Conakry, Guinée

Quality Assessment of the Last Prenatal Consultation at a Peripheral Maternity Center in Guinea, Conakry

I.S. Baldé · F.B. Diallo · M.H. Diallo · I. Sylla · E.M. Bah · M.N. Mamy · P.K. Maomy

© Lavoisier SAS 2016

Résumé *Objectifs* : Calculer la fréquence de la dernière consultation prénatale (CPN) à la maternité du centre médical communal (CMC) de Ratoma ; vérifier si toutes les étapes de la procédure ont été prises en compte selon les normes et procédures ; calculer la proportion de gestantes pour lesquelles le pronostic d'accouchement a été posé et décrire le profil sociodémographique des gestantes concernées.

Méthodologie : Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive de type observationnel, s'étendant sous forme d'audit de pratique de CPN sur une période de six mois, allant du 1^{er} mars au 31 août 2012 et portant sur une série continue de 615 cas de dernière CPN.

Résultats : La fréquence de la dernière CPN dans notre série a été de 28,2 %. Le profil sociodémographique de la gestante reçue en dernière CPN était celui d'une gestante de 20–24 ans (31,1 %) provenant de la commune de Ratoma (77,9 %), non scolarisée (41,1 %), mariée (92,0 %), ayant une profession libérale (38,2 %), nullipare (30,4 %). L'accueil au sein de la structure est peu satisfaisant et le niveau de la consultation est à améliorer.

Conclusion : Cette étude a permis de noter que les CPN au CMC de Ratoma souffrent d'insuffisance au niveau des locaux et des équipements ; de plus, toutes les procédures d'une CPN de qualité n'étaient pas observées par le personnel. Des actions correctives telles que l'équipement correct des structures, la supervision régulière du centre et la formation de l'ensemble du personnel impliqué permettraient d'améliorer la qualité des CPN et de prévenir la mortalité.

Mots clés Qualité · Consultation prénatale · Audit

Abstract *Objectives*: To determine the frequency of the last antenatal visit to the Communal Medical Center (CMC) Ratoma, to check if all the procedural steps were taken into account according to the standards and procedures, to calculate the proportion of pregnant women for whom prognosis of the delivery was made, and to describe the sociodemographic profile of the concerned pregnant women.

Method: This was a descriptive, cross-sectional, observational survey extending as a CPN audit practice conducted over a 6-month period from March 1st to August 31st, 2012 on a series of 615 cases of last prenatal visit.

Results: The frequency of the last antenatal visit in our series was 28.2%. Sociodemographic profile of the pregnant women who made the last prenatal visit: 20–24 years (31.12%), from CMC Ratoma (77.9%), not educated (41.1%), married (92.0%), having a profession (38.2%), and nulliparous (30.40%). Reception at CMC is unsatisfactory and the level of consultation should be improved.

Conclusion: This study noted that antenatal visits at CMC Ratoma are underweight at the premises and the equipment; in addition, all the procedures that ensure quality antenatal care were not observed by the staff. Corrective actions, such as proper equipment structures, regular supervision of the center, and training of all the personnel involved, would improve the quality of antenatal care and prevent stillbirth.

Keywords Quality · Antenatal visit · Audit

I.S. Baldé · F.B. Diallo (✉) · I. Sylla · M.N. Mamy
Service de gynécologie obstétrique, université de Conakry,
CHU Ignace-Deen, BP 1819, Conakry, Guinée
e-mail : bindiallo223@hotmail.com

M.H. Diallo · E.M. Bah
Service de gynéco-obstétrique Donka CHU de Conakry,
BP 234 Conakry, Guinée

P.K. Maomy
Maternité CMC de Ratoma, BP 585 Conakry, Guinée

Introduction

La grossesse n'est pas une maladie, elle évolue et se termine sur un mode physiologique dans la majorité des cas, tout en apportant de la joie dans les familles. Elle peut aussi apporter la tristesse soit à la suite du décès de l'enfant, de la mère ou les deux à la fois [1,2].

La mortalité maternelle ne cesse d'augmenter en Guinée, passant de 528 à 980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1992 et 2005. Une femme sur sept risque de mourir durant la grossesse ou l'accouchement [3,4].

Selon les données de la campagne lancée par Ruban blanc en 1999, chaque minute dans le monde 380 femmes tombent enceintes, parmi lesquelles 190 ont des grossesses non planifiées, 110 développent des complications liées à la grossesse, 40 ont recours à des avortements à risque et une femme meurt [5].

Cette situation dramatique pourrait être évitée à travers une surveillance de la grossesse, car la consultation prénatale (CPN) représente le premier volet de la médecine préventive en ce qui concerne le couple mère-enfant, ayant permis en quelques décennies d'abaisser considérablement les taux de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales.

Plus de deux millions de bébés sont mort-nés chaque année dans le monde, dont environ la moitié pourrait être sauvée si leur mère bénéficiaient de meilleurs soins médicaux et d'une surveillance prénatale adéquate, ce qui permettrait de prévenir la plupart des complications obstétricales [6] et, en outre, d'anticiper le transfert de la femme qui présente une complication dans un centre plus équipé et dans un court délai.

Notre étude s'est intéressée à l'évaluation de la qualité de la dernière CPN qui a lieu au cours du huitième ou du neuvième mois.

Cet examen a pour but fondamental de définir le pronostic de l'accouchement [7].

À côté de la CPN de routine, une approche actualisée de soins prénatals appelée CPN recentrée ou CPN focalisée a vu le jour au Burkina Faso en 2002, puis en Guinée en 2005.

Cette CPN recentrée se définit comme l'ensemble des soins médicaux qu'une femme reçoit pendant la grossesse, aidant à s'assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse et à l'accouchement en bonne santé [8]. Elle met l'accent sur la qualité des CPN plutôt que sur leur nombre.

Elle part du principe que toute femme enceinte est à risque de complication et que toute femme devrait recevoir les mêmes soins de base, y compris un suivi pour les complications. Cette CPN actualisée ne se fie pas à certains indicateurs de risque de la CPN de routine (exemple : taille, poids, position de fœtus avant 36 semaines).

Chaque CPN doit être menée par un personnel qualifié (sage-femme, médecin, infirmière) ou tout autre prestataire qualifié ayant les connaissances, les compétences et les attitudes pour œuvrer à l'accomplissement des soins prénatals tels que [8] :

- la détection et le traitement précoce des problèmes et complications des maladies ;
- la prévention des complications et des maladies ;

- la préparation à l'accouchement et les préparatifs en cas de complication ;
- aussi des moyens techniques doivent être disponibles (ambulance, moyens de lutte contre l'hémorragie) soutenus par un contexte sociopolitique plus favorable au cours de ces CPN.

Barry, dans son étude sur la mortalité au centre médical communal (CMC) de Ratoma, rapporte un taux de 48 %, et dans au moins 50 % des cas, les mères n'ont effectué aucune CPN [9].

Dans de nombreux pays africains, et singulièrement en Guinée, des activités sont mises en place sans qu'on évalue leur efficacité. C'est ce qui nous a menés à une étude préliminaire d'évaluation de la qualité de la dernière CPN dans une maternité périphérique à Conakry dans le but de prévenir la mortalité et la mortalité maternelle.

Dans cette étude, nous envisageons de prévenir ces évacuations de dernière minute.

Les raisons qui ont motivé cette étude viennent aussi des constats effectués dans les salles d'accouchement des centres de référence que sont les services de maternité du CHU de Conakry où il a été constaté que le pronostic de l'accouchement n'était jamais posé ou mentionné en CPN dans le carnet de santé.

De ce fait, certaines gestantes, qui auraient pu bénéficier soit d'une césarienne prophylactique, soit d'une épreuve de travail, étaient évacuées en catastrophe pour une intervention obstétricale de sauvetage, souvent après un travail prolongé et laborieux dans les maternités périphériques ou les maisons d'accouchement. À titre d'exemple, ces évacuations obstétricales en catastrophe constituent 7,05 % des accouchements à la maternité Ignace-Deen du CHU de Conakry selon Baldé et al. [3].

Notre objectif était d'évaluer la qualité de la dernière CPN. Il s'agissait plus spécifiquement :

- de calculer le ratio de la dernière CPN à la maternité du CMC de Ratoma ;
- de vérifier si toutes les étapes de la procédure ont été prises en compte selon les normes et procédures ;
- de calculer la proportion de gestantes pour lesquelles le pronostic d'accouchement a été posé ;
- de décrire le profil sociodémographique des gestantes concernées.

Méthodes et population

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive de type observationnel, s'étendant sur une période de six mois, allant du 1^{er} mars au 31 août 2012, portant sur une série continue de 615 cas de dernière CPN. Il s'agit d'un audit de pratique

de la CPN. La dernière CPN a été choisie en raison du fait qu'elle représente l'ultime occasion pour dépister un facteur de risque et prendre les mesures correctives nécessaires pour l'accouchement en toute sécurité.

Le cadre de l'étude a été la maternité du CMC de Ratoma.

L'étude a concerné l'ensemble des gestantes reçues au CMC de Ratoma pour la CPN du huitième ou neuvième mois. Nous avons effectué une étude des procédures (observation de la pratique professionnelle).

Échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement exhaustif de tous les cas de CPN du huitième-neuvième mois en suivant les critères d'inclusion et de non-inclusion qui ont prévalu dans la sélection de l'échantillon.

Critères de sélection

L'enquête débute dès l'entrée de la gestante dans la salle de consultation par le remplissage de la fiche d'enquête ayant pour objectif principal de recueillir des informations relatives à la démarche de la sage-femme consultante ; l'enquête se termine par un bref entretien avec la gestante tout en explorant le carnet de CPN pour compléter la fiche d'enquête.

Ont été inclus dans l'étude : l'ensemble des prestataires du service (médecins, sages-femmes) affectés aux CPN, les gestantes qui viennent pour leur dernière CPN (CPN du huitième-neuvième mois) et consentantes de participer à l'enquête.

N'ont pas été incluses dans l'étude : les gestantes en travail, les gestantes reçues pour une consultation autre que la dernière CPN et les gestantes déjà incluses dans l'étude qui reviennent pour un autre motif de consultation.

Variables de l'étude

Elles ont été de deux ordres :

- **les variables quantitatives**, ce sont : l'âge maternel, le nombre de grossesses antérieures (gestité) et le nombre de naissances antérieures (parité) ;
- **les variables qualitatives**, il s'agit : de la provenance, du niveau de scolarisation, du statut matrimonial, de la profession, du remplissage du carnet de CPN, de la qualité de l'accueil, de la recherche de signes fonctionnels, de l'examen de l'état général, de la recherche de l'âge gestationnel, de la recherche des paramètres de l'examen obstétrical, de la réalisation des examens paracliniques de routine, de la réalisation du bilan prénatal (ensemble des examens complémentaires nécessaires pour surveiller médicalement la grossesse), de la nature des examens paracliniques effectués ou demandés, de la pose du pro-

nostic de l'accouchement, de la réception d'informations utiles, du type de document de référence éventuelle, des soins préventifs reçus conformément aux normes et procédures, des critères évoqués pour le choix du centre, de l'opinion des gestantes sur l'état des locaux et de la qualité des prestataires.

Analyse des données : les données ont été saisies sur le logiciel Épi-Info™ 6 (version 6.4) ; une analyse essentiellement descriptive avec calcul de la fréquence a été effectuée.

Résultats

Ratio de consultation prénatale

Du 1^{er} mars au 31 août 2012 ont été enregistrés 1 420 accouchements et 2 183 cas de CPN parmi lesquels 615 au huitième-neuvième mois, soit 28,17 % de dernière CPN pour l'ensemble des CPN et 43,3 % de l'ensemble des accouchements.

Caractéristiques des consultant

- La moyenne d'âge des gestantes était de 27,4 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Il s'agissait d'une population majoritairement jeune : 10,1 % se situaient entre 15-19 ans et près de 60 % avaient moins de 30 ans (59,0 %) ;
- la majorité des gestantes provenaient de la commune de Ratoma, soit près de 80 % (77,9 %), suivie de la commune de Dixinn (13,3 %) ;
- concernant le niveau de scolarisation des gestantes, la majorité était non scolarisée, soit 41,1 % des cas ;
- s'agissant du statut matrimonial, 92,0 % des gestantes étaient mariées. Il s'agissait en majorité de femmes ayant une profession libérale (38,2 %), et des élèves et étudiantes dans une proportion de 23,1 % ;
- la gestité et la parité ont été prises en compte, et ces paramètres ont pu être précisés dans 100 % des cas : 29,4 % suivaient une première grossesse ; 23,1 % en étaient à la seconde grossesse. 30,4 % devaient accoucher pour la première fois ; 29,7 % avaient déjà accouché une ou deux fois (paucipare), les multipares (trois accouchements et plus) étaient les moins nombreuses (4,4 %).

Qualité de la prise en charge

La qualité de l'accueil des femmes est représentée dans le Tableau 1.

La recherche des signes fonctionnels par le prestataire de services : divers signes fonctionnels ont été recherchés chez les gestantes à des proportions variables, notamment

Tableau 1 Répartition des gestantes selon la qualité de l'accueil.		
Accueil de la gestante	Effectif absolu (n = 615)	%
Oui		
Salutation	539	36,7
Proposition de s'asseoir	589	40,1
Interrogatoire sur son état	250	17,3
Discuter avec elle	89	5,9
Non	0	0

la fièvre (42,1 %), l'hémorragie (18,7 %) et les troubles urinaires (99,3 %).

Examen de l'état général

Cet examen a été fait chez 100 % des gestantes. Cependant, certains paramètres importants n'ont été recherchés que dans peu de cas, notamment la recherche d'œdèmes des membres inférieurs (43,9 %), l'état des conjonctives (48,4 %), la recherche de varices aux membres inférieurs (45 %), la mesure de la tension artérielle (66,3 %) et l'examen des seins (46,7 %). La taille et le poids de la gestante ont été relevés dans respectivement 97,6 et 99,5 % des cas.

La recherche de l'âge gestationnel

Elle a été effectuée dans la plupart des cas (98 %). Ce paramètre a été apprécié en couplant l'interrogatoire (durée de l'aménorrhée) et l'examen clinique (mesure de la hauteur utérine).

Les modalités de l'examen clinique sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2 Répartition des gestantes en fonction de la recherche des paramètres de l'examen obstétrical.		
Paramètres d'examen obstétrical	Effectif absolu (n = 615)	%
Recherche des MAF	590	95,9
Mesure de la hauteur utérine	604	98,2
Examen de l'abdomen (palpation)	600	97,6
Recherche de la présentation	178	28,9
Recherche de la position du dos	196	31,9
Auscultation des BCF (sans chrono)	407	66,2
Toucher vaginal (description du col, précision de la présentation)	181	29,4
Exploration du bassin	173	28,1
Exploration du périnée	104	16,9
Prise de la tension artérielle	408	66,3

Réalisation des examens paracliniques de routine

La recherche du sucre dans les urines (glycosurie) et celle de l'albumine (albuminurie) ont été effectuées dans une proportion de 93,5 %.

Réalisation du bilan prénatal

Le bilan prénatal a été réalisé dans une proportion de 71,9 % ; parmi ces gestantes, 98 (15,4 %) ont effectué un bilan complet et 343 (56 %) ont effectué un bilan incomplet. La nature et la fréquence des examens cliniques demandés sont représentées dans le Tableau 3.

Pronostic de l'accouchement

Il n'a pas été évalué dans la plupart des cas (55,6 %). Pour les gestantes chez qui il a été évalué, nous avons noté 40,6 % de voie basse normale, 2,8 % d'épreuve de travail et 1 % de césarienne prophylactique.

Informations sur le pronostic de l'accouchement

Ces informations ont été données chez 82 % des gestantes, et parmi ces dernières, 39 % ont été informées sur le mode d'accouchement, 37 % sur les signes d'entrée en travail et 23,8 % sur le lieu d'accouchement.

Les soins préventifs reçus conformément aux normes et procédures

Ces soins ont été administrés globalement dans 97,7 % et, parmi ces gestantes, 69,2 % ont reçu l'association fer + acide folique (FAF) + sulfadoxine pyriméthamine (SP), la

Tableau 3 Répartition des gestantes selon la nature des examens paracliniques effectués ou demandés.		
Examens paracliniques effectués/demandés	Effectif absolu (n = 615)	%
Groupe sanguin + facteur rhésus	441	71,7
Taux d'hémoglobine	441	71,7
Sérologie syphilis	122	19,8
Test d'Emmel (test de dépistage de la drépanocytose)	436	70,9
Échographie obstétricale	291	47,3
Goutte épaisse	440	71,5
Sérologie toxoplasmose	10	1,6
ECBU + parasitologie des selles	436	70,9
Sérologie rétrovirale	440	71,5
Autres examens	314	51,1

vaccination antitétanique (VAT), 21,3 % ont reçu l'association FAF + SP et 9,4 % ont reçu l'association FAF + VAT.

Les critères évoqués par les patientes sur leur choix du centre sont présentés dans le Tableau 4. L'opinion des patientes sur l'état des locaux et la qualité des prestations est représentée dans le Tableau 5.

Discussion

Dans cette étude, les critères de Donabedian et al. [10] (l'efficacité médicale, la conformité aux normes scientifiques

admisses par les hautes autorités en la matière, l'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades, la sûreté ou un minimum de risque pour le malade et l'efficacité économique permettant à qualité égale une utilisation optimale des ressources disponibles) ont prévalu pour les paramètres pris en compte ; ces critères ont défini l'approche conceptuelle de l'évaluation médicale répartie en trois principaux niveaux d'application : les structures de soins, les procédures de soins et les résultats des soins.

Notre ratio de CPN est inférieur à celui rapporté par Bah [2] dans la même structure (49,2 %) ; cette différence pourrait s'expliquer par des raisons de dénominateur : le nombre total de CPN pour nous et le nombre total d'accouchements pour lui.

Dans cette étude, 100 % des gestantes ont eu leur âge déterminé. La prédominance des tranches d'âge de 20–24 ans et de 25–29 ans dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que ces deux tranches d'âge correspondent à la période de grande activité génitale. La prédominance des gestantes non scolarisées dans notre série est en rapport avec le niveau d'étude de la population guinéenne en général, où l'on note 74 % d'analphabètes, dont 85,3 % pour le sexe féminin [11]. L'étude des déterminants de l'adhésion aux CPN montre l'influence du niveau d'instruction. Les femmes analphabètes consultent moins fréquemment que celles instruites [12,13].

Le taux de gestantes mariées est nettement supérieur à celui rapporté par Kouassi [14] en Côte-d'Ivoire (19 %). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que contrairement à la Côte-d'Ivoire où la religion chrétienne est la plus répandue, la Guinée est un pays où la population pratique en grande partie la religion musulmane, selon laquelle une grossesse hors mariage est considérée comme un déshonneur envers la famille de la gestante.

Le célibat, facteur social, est un facteur de risque, car les grossesses hors mariage sont le plus souvent mal tolérées par la famille et critiquées par nos sociétés. Les femmes vivant seules n'ont généralement pas les moyens de suivre la CPN.

Cependant, de nombreux progrès restent à réaliser puisque le taux de grossesses qui surviennent dans un climat économique et social favorable (environnement social et familial conditionnant le vécu de la grossesse) reste médiocre dans de nombreuses familles [15].

Le faible taux de grandes multipares (4,4 %) pourrait s'expliquer par diverses raisons :

- d'une part, il est prouvé que les risques liés à la grossesse augmentent avec la parité et plus la gestante gagne en parité, moins elle se fait suivre, ne craignant plus les risques liés à la grossesse et à l'accouchement [16,17] ;
- d'autre part, les grandes multipares ne sentent plus l'utilité de faire suivre leur grossesse, car elles pensent ne plus présenter de risques, les accouchements antérieurs s'étant

Tableau 4 Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du centre.

Critères de choix du centre	Effectif absolu (n = 615)	%
Proximité du domicile	256	41,6
Connaissance d'un personnel du centre	282	45,8
Prise en charge rapide	4	0,6
Compétence du personnel	24	3,9
Personnel accueillant	8	1,3
Coût abordable des prestations	27	4,4
Conseil d'une connaissance	10	1,6
Autres	4	0,6

Tableau 5 Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.

Opinion des gestantes	Effectif absolu (n = 615)	%
État des locaux		
Vieux et sales	12	1,9
Récents et sales	2	0,3
Vieux et propre	545	88,6
Récent et propre	56	9,1
Satisfaction par rapport aux prestations		
Non satisfait	1	0,2
Peu satisfait	59	9,6
Satisfait	510	82,9
Très satisfait	45	7,3
Consultations antérieures		
Dans la même unité prénatale	410	66,7
Dans l'unité prénatale d'un autre centre	205	33,3
Motif de changement		
Coût trop élevé dans l'autre centre	80	13,0
Déménagement	122	19,8
Autres	3	0,5

pour la plupart bien déroulés. Cependant, l'expérience en matière de grossesse et d'accouchement que s'attribuent certaines femmes s'avère souvent insuffisante.

Divers paramètres d'examen de l'état général ont été recherchés dans peu de cas. C'est le cas de la mesure de la tension artérielle (66,3 %), alors qu'elle permet de dépister l'hypertension artérielle et de prévenir ses conséquences. La surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse est fondamentale pour la prévention des complications telles que la prééclampsie et l'éclampsie [18].

Cet objectif n'est pas atteint compte tenu de la proportion élevée de gestantes (33,7 %), chez qui la tension artérielle n'a pas été mesurée. À la suite de l'enquête, il apparaît que l'intention de la prise systématique de la tension artérielle existe, l'exécution n'est pas faite parce qu'il n'y a souvent pas d'appareil à tension dans les structures.

L'appréciation de l'aspect des conjonctives permet de dépister une anémie clinique chez la gestante qu'il faudra confirmer par les données du laboratoire (taux d'hémoglobine) dans la mesure du possible.

Cet objectif n'est pas aussi atteint vu que 51,5 % des gestantes n'ont pas bénéficié de cet examen.

Nous apprécions que toutes les gestantes soient mises sous une médication antianémique. L'anémie est un problème sérieux de santé publique qui préoccupe l'OMS. Pendant la grossesse, toutes les formes d'anémie attribuées aux causes diverses peuvent être observées. Le fait essentiel est que la grossesse les aggrave toujours. Les accidents de la grossesse liés à l'anémie sont multiples, ils vont d'une interruption avant le terme à la mort fœtale in utero, en passant par le retard de croissance intra-utérin [19].

La mesure de la hauteur utérine a été toujours établie dans la surveillance de la grossesse depuis sa description par McDonald en 1906, permettant d'apprécier la croissance fœtale. L'échographie a complètement remplacé la mesure de la hauteur utérine dans le dépistage des anomalies de la croissance fœtale dans les pays développés ; dans nos pays en développement, la mesure de la hauteur utérine demeure un outil indispensable pour le diagnostic de ces anomalies [20]. La recherche de la présentation faite dans une proportion de 28,9 % était moins pratiquée par rapport à la série de Badiaga [21] au Mali (81 %). Il est important de préciser la présentation en fin de grossesse, car les présentations irrégulières aggravent le pronostic fœtal et maternel, nécessitant donc un recours au centre de référence. La recherche de la position du dos faite dans une proportion de 31,9 % des cas dans notre série permet d'avoir une idée indirecte sur la variété de position de la présentation ; à titre d'exemple, la découverte d'un dos à droite traduit dans 60 % des cas une variété postérieure [22], dont le pronostic n'est pas souvent assez favorable pour l'accouchement par voie basse.

L'exploration du bassin est capitale à ce stade de la CPN, elle permet de poser le pronostic mécanique de l'accouchement qui est un objectif essentiel de cette dernière CPN. Malheureusement, cette exploration n'a été faite que chez 28,2 % des gestantes, proportion supérieure à celle de la série de Kouassi [14] en Côte-d'Ivoire (10 %) et inférieure à celle de Badiaga au Mali (42,4 %) [21].

L'examen du dernier mois est capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement. L'exploration du bassin est un élément précieux pour l'appréciation du mode d'accouchement. À partir du moment où le bassin n'a été apprécié que chez 28,2 % des gestantes, nous estimons que l'objectif de la dernière CPN n'a pas été atteint. Cette étude nous a permis de relever de nombreuses lacunes dans la conduite de l'examen obstétrical ; il serait donc judicieux d'envisager un perfectionnement du personnel avec, dans la mesure du possible, une supervision régulière des activités du centre.

Le taux de réalisation des examens complémentaires de routine (47,1 % pour l'albuminurie et la glycosurie) est nettement inférieur à celui de Kouassi [14] en Côte-d'Ivoire (94,5 %). Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence répétée de bandelettes réactives due à une rupture de stock dans notre centre.

Le test d'Emmel (test de dépistage de la drépanocytose) a été réalisé chez 436 gestantes, soit 70,9 %.

Les examens sérologiques étaient réalisés dans une proportion de 19,8 % pour la syphilis, 1,6 % pour la toxoplasmose et 71,5 % pour le VIH. L'élévation de ce dernier taux pourrait s'expliquer par la gratuité de cet examen contrairement aux autres qui coûtent cher.

L'échographie obstétricale demandée systématiquement chez l'ensemble des gestantes n'a été réalisée que chez 41,4 % des cas. Ce taux faible pourrait s'expliquer par le fait que cet examen a un coût élevé (70 000 francs guinéens en moyenne, soit environ 8 €), ce qui n'est pas à la portée de bon nombre de gestantes, dans un pays où 60 % des habitants vivent en dessous du seuil minimal de pauvreté avec un revenu national par habitant de moins de 0,5 \$ US par jour [23].

Breart, cité par Langer et al. [24] dans une revue de la littérature à propos de la valeur de l'échographie systématique au cours de la grossesse, ne trouvait pas d'argument en faveur de l'échographie systématique plutôt que celle réalisée sur indication.

Le taux de réalisation des examens complémentaires est dans l'ensemble plus bas que celui de Badiaga [21] au Mali (96,8 %). En raison des contraintes économiques, il serait judicieux d'évaluer le rapport coût/efficacité de nos prescriptions médicales afin de ne prescrire que les examens complémentaires efficaces, rentables et au moment opportun. Il semble que plusieurs examens complémentaires soient actuellement effectués plus par habitude qu'en raison d'une réelle évaluation scientifique.

Conclusion

Les soins prénataux sont généralement reconnus comme un facteur important contribuant à une issue favorable de la grossesse pour la mère et pour l'enfant. La dernière CPN constitue l'ultime occasion pour dépister les grossesses à haut risque et mettre en route les mesures nécessaires pour l'accouchement. Cette étude nous a permis de noter que la dernière CPN de qualité n'était pas observée par le personnel. Des actions correctives telles que l'équipement correct de la structure, la mise en place d'un échographe, d'appareils à tension, la supervision régulière du centre et la formation de l'ensemble du personnel incombent au pouvoir public. Dans les pays en voie de développement, la formation initiale et la formation continue sont capitales. Il faut les renforcer bien qu'étant coûteuses, sous-tendues par une sensibilisation permanente.

Le personnel médical doit s'intéresser à la formation continue, avoir une meilleure perception de l'intérêt de l'examen clinique pour la prévention des complications en se reportant à des références obstétricales, le tout sous-tendu par une rigueur professionnelle et une motivation permanente. Il faut mettre un accent sur la sensibilisation des femmes enceintes pour les CPN.

Des audits réguliers doivent être pratiqués par les professionnels eux-mêmes, afin d'évaluer les résultats positifs de ces CPN (les femmes avec une CPN correcte sont en meilleure santé après l'accouchement ainsi que les nouveau-nés).

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Andriamady-Rasoarimandry CL, Rakotoarimanana M, Ranjalahy RJ (2000) Maternal mortality in the maternity ward of Befelatanana. University Hospital of Antananarivo. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 29:501-8
2. Bah IK (2004) Pronostic de l'accouchement au cours de la dernière consultation prénatale dans la commune de Ratoma. Thèse de médecine n° 173. Conakry, Guinée
3. Baldé IS, Diallo FB, Diallo Y, et al (2011) Évacuations obstétricales intra-partum : aspects sociodémographique, clinique et pronostique à Conakry, Guinée. *Med Trop* 71:628-9
4. République de Guinée, ministère de la Santé publique (2000) Programme national maternité sans risque, 59 pages
5. CEFORP, SARA, SAGO, USAID (2001) La prévention de la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgence (donner la vie et rester en vie). Rapport régional dans quatre pays : Bénin, Burkina Faso, Mali et Sénégal, Dakar, 57 pages
6. Cheng M (2011) Deux millions de bébés mort-nés par année. Associated Press, Londres, 14 avril 2011. <http://www.lapresse.ca/international/201104/14/01-4389812-deux-millions-de-bebes-mort-nes-par-annee.php>
7. Barbara J (1994) Les questions de choix « des soins de maternité ». Santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Édition 1994 États-Unis, PP in Jasson Smith
8. Gomez P, Kinzie B (2002) Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers. Maternal and neonatal health. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada598.pdf
9. Barry T (2013) Mortinatalité : aspects épidémiologique et étiologique à la maternité du centre médical communal de Ratoma. Thèse de médecine, Conakry, Guinée
10. Donabedian A (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260:1743-8
11. Direction nationale de la statistique, ministère du Plan (2005) Enquête démographique et de santé Guinée 2005. Conakry, p. 443. www.Measuredhs.Com/Pubs/Fr162-GN05.Pdf
12. Bchir A, Kayeche F, Ben Sale M, et al (1998) Modalités et couverture de la surveillance prénatale par le secteur public dans un district urbain du centre tunisien. *Arch Public Health* 56:253-61
13. Licheref (1992) Surveillance de la grossesse chez des femmes traditionnelles immigrées. *Encycl Med Chir Paris, Obstétrique* 5012-A10
14. Kouassi R (2000) Évaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité urbaine d'Abidjan. Thèse de médecine, Abidjan, Côte d'Ivoire, n°2652/01
15. Maguiraga M (2000) Mortalité maternelle et facteurs de risque au centre de santé de référence de commune de V du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako, Mali, M-110
16. Bah MK (1996) Contribution à l'étude des éléments de surveillance de la grossesse dans la zone urbaine de Fria à propos de 1 000 observations. Thèse de médecine, université de Conakry n° 173, Guinée
17. Lansac J, Berger C, Magnin G (2000) Obstétrique pour le praticien, 3^e édition. Masson, Paris, pp 22-55
18. Mounier-Vehier C, Valat-Rigot AS, Vaast P, et al (1994) Évaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 23:303-7
19. Diallo MS, Diallo TS, Diallo FB, et al (1995) Anemia and pregnancy. Epidemiologic, clinical and prognostic study at the university clinic of the Ignace-Deen Hospital, Conakry (Guinea). *Rev Fr Gynecol Obstet* 90:138-41
20. Adjahoto EO, Djossou KP, Hodonou KA (1999) Prédiction de l'hypotrophie fœtale par la hauteur utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 28:352-7
21. Badiaga C (2008) Évaluation de la qualité des consultations prénatales à la maternité du centre de santé de référence de Kati à propos de 380 cas. Thèse de médecine, Bamako, Mali
22. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H (2001) Pratique de l'accouchement. 3^e édition Masson, Paris, pp 53-74
23. Nations Unies (2010) Rapport mondial pour le développement humain. New York, pp 200-3
24. Langer B, Caneva MP, Schlaeder G (1997) Routine prenatal care in Europe: comparison of the experience of nine gynecologic-obstetric services in eight different countries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 26:358-66