



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

**access**

Access to clinical and community  
maternal, neonatal and women's health services

## SOINS PRENATALS FOCALISES : Fournir des soins intégrés, individualisés au cours de la grossesse

Les soins prénatals fournissent un point d'entrée clé pour toute une gamme de services de santé au niveau de la promotion de la santé et des services de santé préventifs. Ils constituent un maillon essentiel dans le continuum des soins du foyer à l'hôpital.

### QUE SONT LES SOINS PRENATALS ?

Les soins prénatals, soins que reçoit une femme au cours d'une grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveau-nés (OMS/UNICEF 2003). Les soins prénatals sont un point d'entrée permettant à une femme de recevoir toute une gamme de services de santé au niveau de la promotion et la prévention, dont l'appui nutritionnel et la prévention de l'anémie ; la prévention, le dépistage et traitement du paludisme ; la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH/SIDA (notamment la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) et la vaccination antitétanique. Les soins prénatals donnent l'occasion de promouvoir les avantages de la présence d'un prestataire compétent lors de l'accouchement et d'encourager les femmes à solliciter des soins du postpartum pour elles-mêmes et pour leur nouveau-né. Ils constituent également un moment idéal pour conseiller les femmes sur les bénéfices de l'espacement des naissances. Enfin, les soins prénatals sont un maillon essentiel dans le continuum de soins du foyer à l'hôpital—soit une intervention que l'on peut fournir aux niveaux du foyer et des centres de soins périphériques et qui aide également à assurer les liens à des niveaux de soins plus avancés lorsque c'est nécessaire.

Tout au long du continuum de soins, la communauté est mobilisée en tant que lien vital entre les familles et les soins dont elles ont besoin. Selon ce modèle, les agents de santé communautaires et les prestataires compétents aident les femmes et leur familles à devenir des participants actifs au maintien d'une grossesse normale et à chercher des soins supplémentaires quand il y en a besoin (de Graft-Johnson et al. 2005). Certains éléments peuvent donc être dispensés en tant que soins et pratiques au foyer, tandis que les services de soins prénatals sont fournis par des prestataires compétents dans des centres périphériques.

La communauté, les femmes et leur familles, les agents de santé communautaires et les prestataires compétents partagent la responsabilité d'aider à améliorer les moyens qu'utilisent les femmes pour demander des soins prénatals et pour y accéder. Les résultats d'interventions de changement à base communautaire dans quatre pays ont démontré un accroissement de la fréquentation des soins prénatals, de la présence d'un prestataire compétent à l'accouchement et d'une augmentation de la proportion des femmes qui ont pris

des dispositions pour le transport à une structure de soins sanitaires en cas d'urgence obstétricale. Les interventions ont inclus la création d'une campagne appropriée des médias pour aider à définir la maternité à moindre risque en tant que problème social universel en établissant un système de mobilisation communautaire et en assurant des services et compétences cliniques de haute qualité (JHPIEGO/Programme de SMN 2004).

**Dans le monde en développement**, presque 70% des femmes enceintes font au moins une consultation de soins prénatals et la majorité des femmes se présentant pour des soins prénatals font au moins quatre consultations.

Tous les groupes d'âge montrent des taux similaires de quatre consultations ou plus.

Les femmes analphabètes de milieu rural sont les moins susceptibles de recevoir des soins prénatals.

Les femmes rapportant au moins quatre consultations de soins prénatals sont en moyenne 3,3 fois plus susceptibles d'accoucher avec l'aide d'un prestataire compétent que d'autres femmes. (OMS/UNICEF 2003)

Les prestataires compétents et les agents de santé communautaires travaillent ensemble pour fournir les services de soins prénatals, les conseils et l'éducation sanitaire pour les femmes enceintes et leur famille. Les agents de santé communautaire sont capables de fournir l'éducation sur les signes de danger et spécifier où aller en cas d'urgence ; ils sont aussi en mesure de donner de l'éducation sur l'importance de chercher les soins pendant la grossesse et sur les moustiquaires traitées d'insecticides, les suppléments en micronutriments et des conseils sur la nutrition et les pratiques de relations sexuelles à moindre risque. Ils peuvent aussi conseiller les femmes et leur familles sur la préparation à l'accouchement et les préparatifs aux complications potentielles et promouvoir les bénéfices des soins prénatals et de la présence d'un prestataire compétent à la naissance, soit à domicile soit dans une structure sanitaire. Les prestataires compétents sont capables de fournir des services de soins prénatals tels que décrits ci-dessous.

## SOINS PRENATALS FOCALISES

Les soins prénatals traditionnels utilisent une approche axée sur les risques pour classer les femmes qui sont susceptibles d'avoir des complications. Ils assument que plus une femme fait de consultations prénatales, mieux seront les résultats pour la mère et le nouveau-né. Pourtant, beaucoup de femmes ayant des facteurs de risque, ne développeront pas de complications, tandis que d'autres femmes n'ayant pas de facteurs de risque en développeront (Kasongo Project Team 1984 ; Lilford et Chard 1983 ; Vanneste et al. 2000 ; Yuster 1995). Donc une approche de risque avec ses consultations plus fréquentes ne garantit pas forcément de meilleurs résultats pour la mère et son enfant. En outre, lorsque les services de soins prénatals sont planifiés utilisant l'approche de risque, il se peut que les ressources limitées soient dépensées pour des soins inutiles pour les femmes « désignées être à haut risque » qui ne développeront peut être pas de complications et que les femmes dites « à faible risque » ne reçoivent pas les soins essentiels et qu'elles ne soient pas averties pour reconnaître les signes de complications ou prendre action s'ils apparaissent (Family Care International 1998). En outre, les consultations prénatales fréquentes sont souvent impossibles du point de vue logistique ou financière et représentent un fardeau pour le système sanitaire (Munjanja, Lindmark et Nyström 1996 ; Villar et Bergsjö 2003 ; Villar et al. 2001). Beaucoup de pays ont adopté l'approche traditionnelle sans ajuster les interventions pour répondre aux besoins particuliers de leur population, sans prendre en compte les ressources disponibles dans leur pays et sans évaluer le bien-fondé scientifique pour certaines pratiques (Villars et Bergsjö 1997).

« Soins prénatals focalisés » signifient que les prestataires se focalisent sur une évaluation de la cliente et les actions nécessaires pour prendre des décisions et fournir les soins en fonction de la situation individuelle de la femme.

Une approche actualisée aux soins prénatals met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur leur nombre (Kinzie et Gomez 2004 ; Programme de SMN 2001). Cette approche, soins prénatals focalisés, reconnaît trois réalités clés : Premièrement, les consultations prénatales offrent une opportunité unique pour poser un diagnostic précoce, traiter les problèmes chez la mère et les prévenir chez le nouveau-né. Deuxièmement, la majorité des grossesses se déroulent sans complication. Troisièmement, toutes les femmes sont considérées à risque de complications, étant donné qu'il est impossible de les prévoir par quelconque type de classement. Donc, toutes les femmes devraient recevoir les soins essentiels et une surveillance pour déceler les complications, focalisée sur les besoins individuels (Maine 1991).

### Buts des soins prénatals focalisés

Le fait de fournir des soins de base prénatals de haute

qualité—des interventions sûres, simples, rentables, que toutes les femmes devraient recevoir—aide à maintenir les grossesses normales, éviter les complications et faciliter la détection précoce et le traitement des complications. Le but principal des soins prénatals focalisés est d'aider les femmes à maintenir une grossesse normale par l'entremise des éléments suivants :

- Bilan ciblé en fonction de la situation individuelle de la femme, afin d'assurer l'évolution normale de la grossesse, de la période du postpartum et des soins au nouveau-né et de faciliter la détection précoce des complications, états chroniques, et d'autres problèmes qui peuvent affecter la mère et le nouveau-né et prévoir les soins spéciaux nécessaires.
- Les soins individualisés routiniers, dont les mesures préventives, les soins d'appui, de l'information concernant la santé et les conseils (permettant aux femmes et à leur familles de se soigner eux-mêmes de manière efficace), la préparation à la naissance et la planification de préparatifs en cas de complications.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande quatre consultations prénatales pour les femmes dont la grossesse se déroule de manière normale : la première au cours du premier trimestre (dans l'idéale, avant 12 semaines mais pas plus tard que 16 semaines), la deuxième entre 24 à 28 semaines, la troisième à 32 semaines et la quatrième à 36 semaines (Villar et Bergsjö 2003 ; Villar et al. 2001). Chaque consultation devrait inclure les soins nécessaires pour l'état de la femme et la phase de la grossesse, l'aidant à se préparer pour l'accouchement et aux soins nécessaires pour le nouveau-né. Si des problèmes réels ou potentiels sont détectés, on augmente la fréquence et la profondeur des consultations. Les consultations de soins focalisés incluent normalement les interventions décrites ci-dessous (Kinzie et Gomez 2004).

### *Promotion de la santé et prévention des maladies*

Il est essentiel que les prestataires et les femmes discutent des questions importantes concernant la santé de la femme, sa grossesse et ses plans pour la période de l'accouchement, des soins du postpartum et du nouveau-né. Les discussions devraient inclure les détails suivants : l'évolution normale de la grossesse ; comment se préparer à l'accouchement ; comment reconnaître les signes de danger, que faire s'ils surviennent et où trouver l'assistance ; les avantages d'une bonne nutrition et de repos adéquat ; l'importance d'une bonne hygiène ; les risques encourus par l'utilisation du tabac, de l'alcool et des drogues ; les bénéfices de l'espacement des naissances ; les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif ; et le besoin de protection contre les IST et le VIH.

Les soins prénatals focalisés devraient également inclure les interventions préventives suivantes pour toutes les femmes enceintes :

- **Vaccination antitétanique** avec anatoxine tétanique, un vaccin stable, peu cher qui aide à prévenir le tétanos néonatal et maternel. Le tétanos cause approximativement 200 000 décès infantiles chaque année et 8% de tous les décès néonataux infantiles annuels (UNICEF 2002).
- **Réduction de l'anémie imputable à la carence en fer** par l'entremise de counseling nutritionnel et de suppléments en fer folate (LINKAGES Project 2000). L'anémie ferriprive est la carence nutritive la plus courante chez les femmes enceintes. Dans les pays endémiques, la prévention et le traitement de l'infection d'ankylose et la prévention et prise en charge du paludisme sont aussi des interventions importantes pour réduire l'anémie non-nutritionnelle.

Dans les zones de conditions nocives, maladies et carences nutritionnelles, il importe de fournir les services suivants, selon les politiques et directives nationales :

- **Protection contre le paludisme pour les femmes habitant des zones d'endémie paludéenne** par l'utilisation de moustiquaires traitées d'insecticide, traitement préventif intermittent et prise en charge de cas paludéens efficace (OMS 2003).
- **Prévention des IST/VIH/SIDA et de la transmission du VIH mère-enfant** par l'entremise de tests et de counseling, de prophylaxie ou traitement antirétroviral, de conseils et d'appui nutritionnels sur l'alimentation du bébé. La transmission mère-enfant est la source la plus significative de l'infection à VIH chez les enfants âgés de moins de 15 ans (OMS 2004).
- **Traitement présomptif de l'ankylostomiase** pour éviter une infection à ankylostome, cause majeure de l'anémie ferriprive.
- **Protection contre la carence en vitamine A et/ou en iode** par l'entremise de suppléments dans les zones/population d'avitaminose A et carence en iode (Child Health Research Project 1999).
- **Défibulation** pour enlever l'obstruction de l'ouverture vaginale suite à l'excision (infibulation) Type III.

### **Détection et traitement précoces de complications et maladies existant**

En tant que volet du bilan focalisé, le prestataire compétent parle avec la femme et l'examine pour déceler des problèmes susceptibles de nuire à sa santé ou celle de son nouveau-né. Les complications telles que l'anémie grave, une infection, saignement vaginal, pré-éclampsie/éclampsie, croissance fœtale anormale et position fœtale anormale après 36 semaines peuvent être la cause d'une condition menaçant la vie. En outre, les maladies telles que le paludisme ou la tuberculose, le VIH, la syphilis et autres infections sexuellement transmissibles, le diabète, la maladie cardiaque, l'anémie ou

la malnutrition nécessitent un traitement spécial pendant la période prénatale.

### **Préparation à l'accouchement et préparatifs en cas de complications**

Les soins prénatals focalisés incluent l'attention méticuleuse à la préparation pour la naissance de la part de la femme enceinte et sa famille pour choisir le lieu de l'accouchement, sélectionner un prestataire compétent et un compagnon pour l'accouchement, pour identifier une personne pour s'occuper des autres enfants de la femme, si besoin est, planifier les coûts, planifier le transport si nécessaire et préparer les fournitures pour les soins de la femme et de son nouveau-né (Gerein et al. 2003). Les consultations prénatales offrent une plateforme cruciale pour influencer la femme à sélectionner un prestataire compétent pour l'accouchement, que ce soit dans une structure sanitaire ou chez elle, et pour établir un plan pour un accouchement normal ainsi qu'un plan d'urgence en cas de complications. Le plan pour les urgences devrait inclure le transport, l'argent nécessaire, des donneurs de sang, la désignation d'une personne pour prendre les décisions au nom de la femme pendant qu'elle est absente du foyer (McDonagh 1996 ; OMS/UNICEF 2003). Etant donné que 15% des femmes enceintes développent une complication qui menace la vie (OMS 1996) et que la plupart de ces complications ne peuvent pas être prévues, chaque femme doit être en mesure de répondre en cas de problème.

### **Principes sous-jacents à la prestation de soins**

Plusieurs principes généraux font partie intégrante de la prestation de soins prénatals focalisés de haute qualité pour les femmes enceintes. Les soins devraient :

- **Etre ami de la femme** : Ils donnent la priorité claire à la santé et survie de la femme, à son confort et aux droits humains de base. Les désirs et préférences personnels de la femme sont aussi respectés.
- **Inclure le conjoint ou autre membre de la famille de la femme** : Les soins sont caractérisés par le respect de la prise de décisions pour la famille, la communication, la participation et le partenariat au niveau de la prise de décisions concernant les prestations, afin d'assurer une expérience plus riche et plus sûre en santé reproductive pour la femme, le nouveau-né et la famille.
- **Etre appropriés du point de vue culturel** : Toute culture a ses croyances, rites, tabous et pratiques entourant la grossesse et la naissance. La sensibilité culturelle, la compétence et l'ouverture d'esprit sont essentiels entre le prestataire et la femme lors de ce moment important dans sa vie.
- **Etre individualisés** : En tenant compte de toute l'information connue au sujet d'une femme—sa santé actuelle, ses antécédents médicaux, ses habitudes

quotidiennes et son mode de vie, sa situation domiciliaire, ses croyances et coutumes et autre circonstances uniques—le prestataire compétent peut individualiser les composantes des soins pour chacune de ses patientes.

- **Faire partie du continuum de soins du foyer à l'hôpital** : Beaucoup de composantes des soins prénatals focalisés peuvent être fournies au niveau de la communauté : cependant, les liens avec le système de soins sanitaires est impératif afin d'assurer la formation et la supervision adéquate des agents de santé communautaires et des systèmes d'aiguillage fonctionnels.
- **Etre intégrés** : Les soins prénatals focalisés incluent les IST et les tests et conseils pour le VIH, la détection et prévention du paludisme, l'approvisionnement en micronutriments, la planification pour la naissance, les plans pour les cas d'urgence et les conseils pour la planification familiale.

Bien que les soins prénatals efficaces seuls ne peuvent pas prévenir la mortalité maternelle et néonatale au niveau mondial, la qualité des soins que reçoit une femme lors de sa grossesse joue un rôle capital pour assurer les résultats les plus sains que possibles pour la mère et le bébé.

## RESSOURCES DISPONIBLES AUPRES DU PROGRAMME ACCESS

*Soins maternels et néonataux de base : un guide destiné au prestataire qualifié (manuel de référence et paquet de ressources d'apprentissage)*. 2004. JHPIEGO/Programme de Santé maternelle et néonatale (SMN).

*Home Based Life Saving Skills Program: Where Home Birth Is Common*. 2005. American College of Nurse-Midwives.

*Home and Community-Based Health Care for Mothers and Newborns*. 2006. JHPIEGO/Programme ACCESS.

*Du foyer à l'hôpital : Continuum de soins maternels et néonataux*. 2005. JHPIEGO : Programme ACCESS.

Un soutien financier pour cette publication a été fourni par la Division Santé maternelle et infantile, Office de Santé, des Maladies infectieuses et Nutrition, Bureau de Santé mondiale, Agence des Etats-Unis pour le Développement international, dans le cadre des termes de l'Accord de Coopération 'Leader with Associates', GHS-A-00-04-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international.

## REFERENCES

Child Health Research Project. 1999. *Reducing Perinatal and Neonatal Mortality*. Special Report, vol. 3, no. 1.

de Graff-Johnson J et al. 2005. *Du foyer à l'hôpital : Continuum de soins maternels et néonataux*. Programme ACCESS : Baltimore, MD.

Family Care International. 1998. *Every Pregnancy Faces Risks*. Safe Motherhood Fact Sheet. Family Care International : New York.

Gerein N et al. 2003. A framework for a new approach to antenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80(2) : 175–182.

Gloyd S, Chair S et Mercer MA. 2001. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa : Missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy and Planning* 16(1) : 29–34.

JHPIEGO/Maternal and Neonatal Health Program. 2004. *Behavior Change Interventions for Safe Motherhood : Common Problems, Unique Solutions*. The MNH Program Experience. JHPIEGO : Baltimore, MD.

JHPIEGO/Maternal and Neonatal Health Program. 2001. *Focused Antenatal Care : Planning and Providing Care during Pregnancy*. JHPIEGO : Baltimore, MD.

Kasongo Project Team. 1984. Antenatal screening for fetopelvic dystocia : A cost-effective approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 87(4) : 173–183.

Kinzie B et Gomez P. 2004. *Soins maternels et néonataux de base : Un guide destiné au prestataire qualifié*. JHPIEGO/MNH Program : Baltimore, MD.

Lilford RJ et Chard T. 1983. Problems and pitfalls of risk assessment in antenatal care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 90 : 507–510.

LINKAGES Project. 2000. *Maternal Nutrition : Issues and Interventions*. A computer-based slide presentation for advancing maternal nutrition. Academy for Educational Development : Washington, D.C.

Maine D. 1991. *Safe Motherhood Programs : Options and Issues*. Center for Population and Family Health. Columbia University : New York.

McDonagh M. 1996. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? *Health Policy and Planning* 11(1) : 1–15.

Munjanja SP, Lindmark G et Nyström L. 1996. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *The Lancet* 348 (9024) : 364–369.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2004. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Generic Training Package*. In collaboration with the U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control (CDC) and Global AIDS Program (GAP). OMS : Genève.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1996. *Mother-Baby Package : Implementing Safe Motherhood in Countries*. OMS : Genève.

Organisation mondiale de la Santé (OMS)/United Nations Children's Fund (UNICEF). 2003. *Antenatal Care in Developing Countries : Promises, achievements and missed opportunities—An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. OMS : Genève.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2002. UNICEF hails global progress towards elimination of maternal and neonatal tetanus. Communiqué de presse, 17 avril. UNICEF : New York/Genève.

Vanneste AM et al. 2000. Prenatal screening in rural Bangladesh : From prediction to care. *Health Policy and Planning* 15(1) : 1–10.

Villar J et al. 2001. OMS antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet* 357 (9268) : 1551–1564.

Villar J et Bergsjö P. 2003. *OMS Antenatal Care Randomized Trial : Manual for the Implementation of the New Model*. OMS/RHR/01.30. OMS : Genève.

Villar J et Bergsjö P. 1997. Scientific basis for the content of routine antenatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76(1) : 1–14.

Yuster EA. 1995. Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 50 (Suppl. 2) : S59–S61.