

Risque périnatal en zone rurale

M. FALL* - S. DIOUF** - M. DIALLO***

La période définie comme allant du début de la 28^{ème} semaine de vie intra-utérine à la fin du 7^{ème} jour de la vie extra-utérine est caractérisée dans notre pays par l'absence de données précises sur la morbi-mortalité.

Des progrès notables en santé Maternelle et Infantile ont permis de baisser sensiblement ces dernières années la mortalité des enfants de 0 à 1 an. Cette mortalité infantile est estimée à 68 pour mille par la dernière enquête démographique et sanitaire.

Bon indicateur de la qualité des soins prénataux et de l'accouchement, la mortalité périnatale reste élevée, une enquête dans le district sanitaire de Khombole l'évalue à 53 pour mille.

Il meurt ainsi beaucoup plus d'enfants au cours de la première semaine de vie que pendant tout le reste de la première année.

Dans le cadre de l'Institut de Pédiatrie Sociale, les problèmes périnataux constituent un domaine prioritaire ; nos objectifs étant :

- de mieux cerner la dimension de la mortalité périnatale et les facteurs qui y contribuent,
- de mettre en place des stratégies permettant de diminuer cette mortalité à court terme.

Problèmes de périnatalité et solutions préconisées

La surveillance de la grossesse, l'accouchement assisté, le suivi post-natal de mères et des enfants ainsi que l'espacement des naissances constituent les éléments à la base de tout programme de prévention du risque périnatal.

Dans notre pays, la consultation prénatale, axe fondamental de la lutte pour la réduction de la morbi-mortalité périnatale pose de sérieux problèmes liés grandement à l'accessibilité des structures sanitaires et à des obstacles socio-culturels. Dispensées par un personnel peu ou mal formé, ces consultations bien souvent ne sont pas orientées vers la prise de décision adéquate.

Un pourcentage non négligeable de femmes accouchent encore à domicile sans assistance.

Le suivi post-natal des mères et des enfants est peu réalisé avec absence de stratégies efficaces et prise en charge du nouveau-né à problème particulièrement celui infecté ou de faible poids de naissance.

Notre Institution a fait de la lutte contre la mortalité périnatale la grande priorité avec comme terrain d'intervention en zone rurale, le district sanitaire de Khombole situé à 100 km de Dakar.

Les solutions que nous préconisons passent essentiellement par la formation du personnel surtout

des matrones, la mise en place d'un système de référence efficace ainsi que l'intégration des soins de la mère et de l'enfant dans le post-partum.

Formation du personnel

La formation du personnel impliqué dans les activités de périnatalité constitue pour nous une stratégie prioritaire.

Formation des infirmières et sages-femmes

Les sages-femmes sont en nombre insuffisant en milieu rural. Les infirmières qui constituent souvent les premiers recours devant les problèmes périnataux, n'ont pas reçu une formation initiale leur permettant de jouer pleinement leur rôle.

L'approche de l'Institut de Pédiatrie Sociale dans le processus de formation du personnel paramédical se veut consensuelle faisant participer largement l'agent formé et a nécessité trois (3) étapes :

- formation des formateurs ;
- conférence de consensus ;
- séminaires - ateliers.

La formation des formateurs avait pour buts en relation avec les représentants des infirmiers et sages-femmes, d'identifier les rôles, activités et tâches du personnel paramédical ainsi que les besoins en formation ; d'élaborer les modules de formation et de définir les outils d'évaluation les plus appropriés.

Un consensus a ensuite été réalisé sur les facteurs de risque à prendre en compte, les méthodes d'identification et la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.

Les séminaires - ateliers qui ont regroupé 45 infirmiers et sages-femmes venant de trois (3) districts ont permis la réalisation d'ordinogramme ainsi que l'élaboration d'une fiche de surveillance des femmes enceintes basée sur la sélection des facteurs de risque les plus pertinents.

Formation des matrones

Depuis plusieurs années, tenant compte des réalités socio-culturelles de la zone et de la couverture sanitaire, nous avons senti l'impérieuse nécessité de démedicaliser les soins périnataux en déléguant davantage de responsabilités aux agents de santé communautaire particulièrement les matrones.

Notre approche sur la formation et l'utilisation des



En milieu rural, les conditions d'accouchement et le déficit de suivi post-natal fragilisent la santé de la mère et de l'enfant.

* Titulaire de la Chaire de Pédiatrie de l'Institut de pédiatrie sociale.
 ** Maître Assistant au Service de Pédiatrie - Faculté de Médecine.
 *** Technicien supérieur de santé - Superviseur de l'Institut de Pédiatrie Sociale.

matrones a subi diverses étapes. Initialement utilisées comme accoucheuses et prodigueuses de conseils aux mères, elles ont contribué efficacement à la lutte contre le tétanos néonatal et à l'infection du post-partum.

Secondairement la nécessité de leur plus grande participation aux soins de santé primaires a motivé leur formation aux techniques de la Réhydratation par Voie Orale et à la lutte contre le paludisme par la chimioprophylaxie.

Le dernier volet de leur formation a été démarré en 1984 et consiste en une surveillance de la grossesse par la matrone préalablement formée à la détection des facteurs de risque au moyen d'une fiche illustrée avec référence au besoin et à temps.

Dans nos villages beaucoup de croyances et de mythes entourent encore la grossesse et l'accouchement. Ces raisons font que le profil de la personne à former doit répondre à certains critères :

- être originaire du village ;
- être ni trop jeune, ni trop vieille ;
- être choisie par les femmes en âge de procréer.

Après sa formation la matrone doit être capable :

- d'identifier les facteurs de risque chez une femme enceinte avec des méthodes et moyens simples ;
- d'inscrire correctement les résultats de ses observations sur la fiche de surveillance ;
- de prendre des décisions correctes par rapport aux résultats de ses observations.

Les méthodes de formation utilisées consistent en des causeries de groupe et démonstrations associées à des jeux de rôle.

La durée de la formation est de 30 jours avec dès la deuxième semaine, un stage pratique dans les maternités rurales surveillées par l'Institut, la matrone en situation réelle s'exerçant à rechercher les facteurs de risque et à les noter sur la fiche illustrée de surveillance maternelle.

Support didactique des plus importants, les différentes composantes de la fiche ont été élaborées

par un groupe de sages-femmes, médecins et infirmiers.

Les modèles obtenus ont été testés et des corrections apportées sur la base des suggestions des matrones et des femmes enceintes.

Cette expérience originale a révélé qu'au bout de la première année, les matrones ont surveillé 415 grossesses permettant d'améliorer le taux de couverture en consultation prénatale dans le district.

Les facteurs de risque identifiés sont au nombre de 213.

Identification des facteurs de risque par les matrones

La quasi totalité (90,02%) de femmes a bénéficié à chaque visite de conseils diététiques.

Plus de 75% des femmes ont eu au moins un contact vaccinal antitétanique grâce aux conseils des matrones.

Les femmes orientées par les matrones vers les centres recours sont au nombre de 65 dont 44 soit 67,99% ont exécuté les conseils bénéficiant ainsi des compétences de la Maternité du district ou de l'hôpital régional.

Perspectives

L'ampleur de la morbi-mortalité périnatale nécessite la recherche permanente de stratégies nouvelles.

Le niveau actuel de couverture sanitaire du pays rend nécessaire une plus grande participation des matrones qui, dans le district de Khombole, nous ont permis d'atteindre une couverture en consultation prénatale et un pourcentage d'accouchement assisté de près de 80%.

Au Sénégal, toute baisse sensible de la mortalité infantile dans les prochaines années nécessitera une action plus spécifique sur la période périnatale, les programmes de santé actuellement en cours chez l'enfant prennent peu en compte cette période particulièrement délicate.

PARTENARIAT

FAITES CONNAISSANCE AVEC...

ASTER ZAOUDE,

ordonnatrice régionale de l'UNIFEM* à Dakar

Madame Aster ZAOUDE, née en 1953 et de nationalité togolaise, est licenciée en Droit international et s'est spécialisée en Droits africains : ses études universitaires ont été accomplies en France, à l'Université d'Aix-en-Provence-Marseille et à l'Université de Paris I de la Sorbonne. Très tôt, elle occupera des postes importants dans des organismes nationaux, régionaux ou internationaux. Ainsi, elle sera successivement :

- de 1976 à 1977, Directrice du Département pour la Femme au Ministère du Développement urbain destiné à la promotion des



femmes dans le domaine social, éducatif et financier ;

- de 1982 à 1984, Chef de projet régional dans le cadre de la Commission Economique des Nations-Unies pour l'Afrique, à Addis-Abeba ; engagée directement dans la coopération technique entre pays en développement, elle établira un système de collecte de données relatives à toutes les ressources humaines et institutionnelles du continent ;

- de 1984 à 1985, Consultante au Programme des Nations Unies pour le Sahel ; elle sera responsable de l'organisation et du suivi de multiples projets visant le désenclavement de plusieurs pays sahéliens ;

- de 1985 à 1990, Chef du service d'Information et Mémoire institutionnelle au siège de l'UNIFEM, sa première fonction sera de conseiller l'Institution sur les directives à prendre dans l'élaboration