



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

La qualité du suivi de la grossesse interfère-elle avec les issues de la grossesse, en Guadeloupe ?

Do the quality of prenatal care have an impact on obstetrical outcomes?

N. Léticée^a, F. Vendittelli^{a,b,*,c,d}, S. Ughetto^a, E. Janky^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Necker, AP-HP, 75743 Paris cedex 15, France

^b Pôle de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-Aubrac, 60003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^c Audipog, faculté de Médecine RTH Laennec, 69372 Lyon cedex 08, France

^d Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Pointe-à-Pitre, 97110 Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 28 août 2010

Accepté le 15 mars 2011

Disponible sur Internet le 23 décembre 2011

Mots clés :

Soins prénatals

Issues obstétricales

Mortalité périnatale

Accouchement prématuré

Hypotrophie fœtale

Dépistage anténatal

Keywords:

Prenatal care

Obstetrical outcome

Perinatal death

Preterm delivery

Low birth weight infant

Prenatal screening

RÉSUMÉ

Objectifs. – Déterminer la proportion de patientes peu suivies. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les répercussions d'un manque de suivi quantitatif mais aussi qualitatif (suivi biologique, clinique et échographique) sur les issues de la grossesse.

Patientes et méthodes. – Il s'agit d'une cohorte historique avec recueil prospectif des données. Les patientes hospitalisées en suite de couches au centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre, après naissance d'enfants de plus de 22 SA (ou ≥ 500 g) à leur domicile, en route ou dans une autre maternité étaient éligibles. Les femmes transférées au plus tard deux jours après leur accouchement étaient incluses dans l'étude mais pas les interruptions médicales de grossesse. Le critère de jugement principal a été la survenue d'un accouchement prématuré (AP < 37 SA).

Résultats. – Les patientes n'ayant pas eu leur première CS avant 15 SA, ou n'ayant pas consulté chaque mois jusqu'à l'accouchement représentaient 27,4 % des femmes ($n = 2344$). Il y avait plus d'accouchements hors d'une maternité dans le groupe mal suivi sur un plan quantitatif que dans l'autre groupe (3,89 % vs 0,88 %) ($p < 0,0001$). Nous n'avons pas retrouvé d'augmentation significative du risque de survenue d'une issue périnatale défavorable parmi les femmes mal suivies comparées aux femmes bien suivi sur un plan qualitatif.

Discussion et conclusion. – Notre étude n'a pas retrouvé d'augmentation significative des issues périnatales défavorables parmi les femmes mal suivies sur un plan quantitatif ou qualitatif.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To assess the rate of pregnant women not having accurate prenatal care utilization. The others goals were to assess the impact of an inadequate quantitative or qualitative prenatal care on obstetrical outcomes.

Patients and methods. – Historical cohort study with a prospective data registration. Hospitalised patients at the maternity ward of the University Hospital of Pointe-à-Pitre were eligible if they gave birth after 22 weeks (or ≥ 500 g) at home, outside a maternity ward or in another maternity ward. Early postpartum maternal transfers were included but not medical abortions. The principal outcome was preterm birth (before 37 weeks' gestation).

Results. – Patients without an appointment before 15 weeks or without an appointment each month before their delivery represented 27.4% of women ($n = 2344$). We stressed more preterm deliveries outside the maternity ward among the group with an inadequate prenatal care utilization vs. the other group (3,89% vs. 0,88%) ($p < 0,0001$). We did not find any difference concerning the perinatal outcomes among the women with an inadequate quality prenatal care.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fvendittelli@chu-clermontferrand.fr (F. Vendittelli).

Discussion and conclusion. – Our study did not stress a difference concerning perinatal outcomes among women with an inadequate quantitative or qualitative prenatal care utilization.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Depuis plusieurs décennies, on compte parmi les préoccupations nationales françaises l'amélioration des indicateurs périnataux. La mise en œuvre de plusieurs plans de périnatalité s'était d'ailleurs accompagnée d'une amélioration de ces indicateurs. Ainsi, en France, la mortalité périnatale a chuté de 23,7 à 7 % entre 1970 et 1997 [1,2]. Cependant, ces différents plans nationaux n'ont pas eu le même impact en Guadeloupe. Pour beaucoup, l'adhésion au suivi prénatal améliore les issues de la grossesse [3–11] ; or celle-ci semblait moins bonne en Guadeloupe qu'en métropole [12]. En effet, une étude de cohorte rétrospective réalisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, portant sur la période de 1993 à 1996, avait montré que le pourcentage de patientes peu ou pas suivies était de 9,2 contre 1,1 % en métropole [13]. Cette étude avait été réalisée en utilisant la banque de données périnatales du service.

À l'issue de la conférence régionale guadeloupéenne de santé du 16 avril 1996, un nouveau plan de périnatalité 1996–2001, avait été élaboré pour l'île avec cinq objectifs : diminution de 20 % de la mortalité périnatale, de 30 % de la mortinatalité, de 30 % de la prématurité, de 50 % le nombre de grossesses peu ou pas suivies et diminution de 50 % de la mortalité maternelle. Des affiches réalisées en français et en anglais avec diffusion de messages dans les médias avaient été mises en place de 1996 à 1998.

Notre travail, objet de la présente publication, s'inscrivait dans le cadre de ce plan. L'objectif principal était d'étudier la proportion de patientes peu suivies parmi celles qui accouchaient au CHU de Pointe-à-Pitre, à partir d'un recueil prospectif de données. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les répercussions d'un manque de suivi quantitatif mais aussi qualitatif sur les issues de la grossesse : survenue d'un accouchement hors maternité, d'un décès périnatal, d'un accouchement prématuré et d'une hypotrophie fœtale.

2. Patientes et méthodes

2.1. Rappel du contexte guadeloupéen

La Guadeloupe est un département français depuis 1946. C'est une île de l'arc antillais de 1705 km² dans la mer des Caraïbes. Sa population était estimée à 422 496 habitants en 1999, avec une grande variété de groupes ethniques (créoles, caucasiens, immigrants hispanophones ou anglophones venant des îles voisines, ou des indiens, etc.). La population étrangère représentait 5 % de la population totale en Guadeloupe en 1999 contre 5,8 % en métropole (source Insee). Trente-cinq pour cent de la population de l'île vivait sur Pointe-à-Pitre, le plus grand centre économique de l'île possédant l'hôpital universitaire qui réalisait plus de 35 % des accouchements annuels de l'île. Le CHU a environ 2500 accouchements par an (2657 en 2000). En 1996, il y avait 11 maternités sur l'archipel de la Guadeloupe dont sept privées. Sur l'île principale de la Guadeloupe, il y a deux niveaux III (centre hospitalier de Basse-Terre et CHU de Pointe-à-Pitre).

La particularité de la Guadeloupe est d'avoir une protection maternelle et infantile (PMI) depuis 1978, bien développée sur toute l'île. Les centres de PMI ont comme rôle, entre autres, de prendre en charge et d'assurer le suivi des femmes enceintes en collaboration avec les maternités du territoire sanitaire. D'ailleurs, au moment de l'étude, une PMI était intriquée, car faisant partie

des mêmes locaux, avec la maternité du CHU. La connaissance des femmes de ces structures de soins est bonne et facilitée par la petite taille de l'île et le « bouche à oreille », en cas d'immigration récente. Par ailleurs, depuis longtemps et de façon exhaustive, toute femme enceinte suivie se voit remettre un carnet de maternité permettant une véritable coordination entre les différents professionnels. Ce carnet comporte aussi des messages de prévention spécifiques au contexte local et au suivi de la grossesse.

2.2. Patientes

La population de l'étude comportait les patientes hospitalisées en suite de couches, après une grossesse mono ou multi fœtale, au CHU de Pointe-à-Pitre. Notre échantillon comportait les femmes ayant accouché d'un fœtus d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou d'au moins 500 g, dans le service, à leur domicile, en route, dans une clinique ou un autre hôpital. Les femmes transférées dans le post-partum immédiat, c'est-à-dire au plus tard deux jours après leur accouchement faisaient partie de l'étude. Toutes les femmes transférées après j2 et celles pour qui une interruption de grossesse avait été réalisée pour motif médical maternel ou fœtal (IMG) ont été exclues de l'étude.

2.3. Méthodes

Il s'agissait d'une étude de cohorte historique. Pour chaque nouvelle accouchée, une fiche de recueil de données a été remplie de façon quotidienne lors du staff du service, à partir du dossier médical et du carnet de maternité qui était utilisé systématiquement en Guadeloupe pour chaque femme enceinte. La majorité des items était relevée à partir du dossier médical et du carnet de maternité. Si l'un des deux documents précédents était incomplet la patiente était interrogée, après son accord, pour vérifier le nombre réel de consultation (CS) effectuées, d'une part, et le terme réel de début de suivi, d'autre part, afin d'éviter un biais de classification des sujets portant sur l'exposition. L'anonymisation totale des données a été assurée lors de la saisie informatique des variables utiles à l'étude.

Le suivi anténatal a été analysé sous un angle quantitatif et sous un angle qualitatif. Pour l'angle quantitatif le « groupe exposé » comportait les femmes n'ayant pas eu le nombre de CS prévu par la réglementation française (Décret n° 92-143 du 14 février 1992) [14]. À l'opposé, le groupe « non exposé » comportait les femmes ayant eu leur première CS avant 15 SA révolues puis une par mois jusqu'à l'accouchement en tenant compte des hospitalisations le cas échéant (un mois d'hospitalisation comptant pour une CS). Une CS en urgence (donc non programmées) n'a pas été considérée comme étant une CS normale de suivi.

Une évaluation qualitative du suivi, parmi les femmes bien prises en charge sur un plan quantitatif, a été réalisée à partir de l'analyse de certains critères cliniques, biologiques et échographiques figurant dans le carnet de maternité. Un suivi était jugé qualitativement correct si l'ensemble des éléments cliniques, biologiques et échographiques était retrouvé dans les éléments du dossier des femmes. Pour les évaluer, nous avons vérifié que les critères recommandés à l'échelon national [15–17] et à l'échelon local, à l'époque de l'étude, étaient bien portés sur le carnet de maternité. Le suivi clinique qualitatif était donc satisfaisant si le poids, la tension artérielle (TA), la hauteur utérine (HU) (à partir de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949810>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949810>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)