



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

LE SUIVI DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA
PRISE EN CHARGE DES NOUVEAUX-NES DANS 2 MATERNITES
A LOME, AU TOGO EN 2008

Mémoire présenté et soutenu par :

Abla Fiavi AGBOBLI

Promotion 2009

Dédicace

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé et qui m'ont aidé, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire avec une attention particulière envers :

L'école de sages femmes Albert Fruhinsholz de l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Mme Belgy- Arcangely Marie-Thérèse pour son encadrement et sa disponibilité pour avoir accepté de corriger l'instrument de collecte des données

Le Professeur ATAKOUMA Y., Chef du département de pédiatrie au CHU-Tokoin de Lomé pour son soutien

Le Professeur AKPADZA K., Chef du département de gynéco-obstétrique du CHU-Tokoin de Lomé et le Dr FIADJOE Moïse, médecin-Chef et Directeur de la clinique Biasa pour avoir autorisé les professionnels de leurs services pour participer à l'étude

Les sages-femmes des deux maternités pour avoir accepté sans difficulté de participer à l'étude ainsi toutes les femmes enceintes togolaises qui ont bien voulu partager leur vécu avec moi

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	4
LISTE DES ACRONYMES UTILISES	6
INTRODUCTION	8
Contexte	9
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	11
2.1) Présentation du TOGO :	12
2.2) Système de santé au Togo :	15
2.3) Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Togo :.....	22
DEUXIEME PARTIE : CADRE ET METHODE D'ETUDE	38
3.1 Justification de l'étude :	39
3.2) Cadre d'étude :.....	42
3.3) Description du lieu d'enquête :.....	43
3.4) Méthode de l'étude :	49
3.5) Déroulement de l'étude :	50
TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET COMMENTAIRES.....	53
4.1) Nombre de consultations prénatales (CPN) exigées :.....	54
4.2) Nombre de CPN effectivement réalisées au cours de la grossesse.....	54
4.3) Raisons de non respect du nombre de consultations prénatales par les femmes enceintes :.....	55
4.4) Examens médicaux prescrits au cours de la grossesse :	55
4.5) Paramètres vérifiés au cours des consultations prénatales.....	56
4.6) Pathologies rencontrées au cours des CPN :.....	57
4.7) Disponibilité de moyens de travail :	58
4.8) Prise en charge en salle d'accouchement :.....	58
4.9) La surveillance de l'accouchement :.....	59
4.10) Choix de l'anesthésie péridurale par les parturientes :	60
4.11) Pathologies de l'accouchement :	61
4.12) Prise en charge du nouveau-né à la naissance :	62
4.13) Besoin de formation des sages femmes :	64
DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS.....	65

5) Discussion :.....	66
5-1) En ce qui concerne le suivi de la grossesse et de l'accouchement :	66
5-2) En ce qui concerne la surveillance de l'état fœtal et l'accueil à la naissance :	67
5-3) En ce qui concerne la formation des sages-femmes sur place :	67
CONCLUSION	70
Bibliographie.....	73
TABLE DES MATIERES	76
ANNEXE 1	79
ANNEXE 1	79
Fiche d'enquête :.....	79
RESUME	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES ACRONYMES UTILISES

BEPC :	Brevet Etudes du Premier Cycle
CFSP :	Centre de Formation en santé publique
DISER :	Direction de la Statistique et de la recherche du Ministère de la santé
USP :	Unité périphérique de soins
CMS :	Centre médico-social
HD :	Hôpital de district
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CU :	Contraction utérine
ECBU :	Examen Cytobactériologique Urinaire
GS :	Groupe Sanguin
HTA :	Hypertension Artérielle
KOP :	Kystes, Œufs et Parasites
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
MICS 3 :	Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappe à indicateurs multiples)
MS :	Ministère de la santé
NSF :	Numération Formule Sanguine
RAI :	Agglutinines irrégulières
RCF :	Rythme cardiaque Externe
TPHA :	Treponema Pallidum haemaglutination Assay
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VAT :	Vaccin antitétanique
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population

PREFACE

En choisissant de faire cette formation de sage-femme, j'ai découvert un monde que je ne connaissais pas du tout, celui de l'intimité des femmes, celui des bébés.

Loin de mon pays natal, le Togo, à chaque nouveau stage, les mêmes questions revenaient notamment :

-comment se passe le suivi de la grossesse chez toi ?

- la façon d'accoucher des femmes au Togo diffère-t-elle des femmes en Europe ?

Autant de questions auxquelles je n'arrivais pas à répondre réellement que ce soit à mes collègues de promotion qu'aux nombreux professionnels que j'ai eu à rencontrer dans mon cursus.

Je savais que l'école de Sages-femmes de Nancy proposait des stages à l'étranger et dans ce cas précis, l'étranger serait une rencontre avec mon pays afin d'avoir un regard extérieur sur la politique de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge des nouveau-nés à la naissance.

Un mois de stage au Togo, est peut-être un peu court mais j'ai pu me familiariser avec les pratiques sur place et en tirer des leçons.

Je suis partie à la rencontre de ma propre culture, à une redécouverte de moi-même à travers ce voyage et ce qui en sort est non seulement inoubliable, enrichissant mais aussi dur devant la pauvreté et la précarité qui y règnent.

Ce mémoire est certes un état des lieux en matière du suivi de la femme enceinte, de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né à la naissance en 2008 dans 2 structures sanitaires à Lomé, au Togo mais rend compte des réalités auxquelles font face la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara entre autres l'insuffisance de moyens et la précarité du système de santé.

INTRODUCTION

Contexte

La plupart des pays d'Afrique noire ont les taux les plus élevés de décès maternels et néonataux. Le Togo ne fait pas exception malgré les efforts des pouvoirs publics depuis plusieurs années pour répondre aux besoins de la population dans le domaine sanitaire.

Au Togo, la santé de la mère et de l'enfant se caractérise par des taux élevés de morbidité et de mortalité bien que ces chiffres évoluent favorablement.

En effet, les tendances montrent que le pays a enregistré une baisse des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile qui sont respectivement de 80 et 146 pour 1000 naissances vivantes en 1998, 77 et 123 pour 1000 naissances vivantes en 2006 (MICS3). Il en est de même pour le taux de mortalité maternelle qui est passé de 640 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 478 pour 100.000 naissances vivantes en 1998 selon les résultats de l'EDST- II (enquête démographique et de santé de 1998).

Pour réduire la mortalité maternelle et néonatale quatre (4) piliers sont indispensables ; il s'agit du suivi de la grossesse par l'utilisation d'un nombre requis de consultations prénatales, de l'assistance de l'accouchement par un personnel qualifié, de l'accès à des soins obstétricaux et néonatals d'urgence et de la planification familiale.

Devant le drame quotidien de décès maternel et néonatal au Togo, il est important de définir le suivi d'une grossesse, d'un accouchement et du nouveau-né à la naissance.

Pour atteindre ces objectifs, une étude qualitative, descriptive et multicentrique s'est déroulée simultanément du 28 Juillet au 25 Août 2008 dans deux maternités de Lomé, au Togo.

Notre mémoire aura trois grands axes principaux regroupés en 3 parties :

Une première partie abordera des généralités sur le Togo, l'organisation de son système de santé et insistera sur les protocoles de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né

La deuxième partie sera consacrée à une évaluation de la qualité de la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né, dans les 2 structures sanitaires choisies pour notre travail, et enfin on proposera des pistes d'amélioration dans le domaine de la périnatalité.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

2.1) Présentation du TOGO

2.1.1) Situation géographique

Situé en Afrique de l'ouest, sur la côte du golfe de Guinée, le Togo est une étroite bande de terre qui s'étale sur une longueur de 650 km et une largeur de 55 km et a une superficie de 56 600 Km².

Il est limité au Nord par le Burkina-Faso, au sud par l'océan atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana.

Deux climats prévalent au Togo : le climat subéquatorial et le climat tropical humide.

Le climat subéquatorial règne sur la partie sud du pays et est caractérisé par deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août) et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre). La moitié nord du pays est couverte par le climat tropical humide, qui se caractérise par une seule saison des pluies (de mai à octobre) et une saison sèche (de novembre à avril).

S'agissant de l'organisation administrative, le pays est divisé en cinq (5) régions économiques : la Région des Savanes, la Région de la Kara, la Région Centrale, la Région des Plateaux, la Région Maritime. Chaque région économique est subdivisée en préfectures. On compte au total 30 préfectures et 4 sous-préfectures.

Sur le plan de l'organisation sanitaire, la Commune de Lomé, compte tenu de son caractère exceptionnel (capitale à densité élevée) a été érigée en sixième région sanitaire. Le nombre total de districts sanitaires est de 35 comprenant les 30 préfectures et les 5 arrondissements de Lomé-Commune.

Figure n° 1 : Carte géographique du Togo



2.1.2) Situation démographique

La population togolaise est estimée à 5.596.000 habitants en 2008¹. Elle se compose d'environ 51,3% de femmes et de 48,7% d'hommes avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an et une densité moyenne de 98 habitants au Km² inégalement répartie.

Le taux brut de natalité et de mortalité est respectivement de 37 pour mille et de 13 pour mille. La moitié de la population a moins de 15 ans. Cette population est en majorité rurale (63%) en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2% par an).

2.1.3) Situation politique :

Depuis 1990, le pays traverse une crise politique. Une tentative de dialogue entre les différentes parties de l'opposition et celle au pouvoir s'est révélée infructueuse. L'élection au pouvoir en Avril 2005 du président Faure Gnassingbé a permis l'établissement d'un dialogue inter togolais dont la finalité a été l'accord politique global du 20 Août 2006 entre les parties prenantes. Ce processus a permis de renouer les relations avec l'UE (Union Européenne), en vue de la reprise d'une coopération, suspendue depuis 1992 à cause du non respect des procédures électorales internationales. Toutefois, le système reste précaire mais le pays conserve une stabilité sur le plan international.

2.1.4) Situation économique et social

Le Togo fait partie des pays à faible revenu. L'économie est basée principalement sur l'agriculture, les ressources minières dont le phosphate et les services.

Le PIB (produit intérieur brut) par tête d'habitant est de 222 454 CFA (environ 338 euros) ce qui le classe dans la catégorie des Pays les Moins Avancés. La crise politique de ces seize dernières années a eu une incidence significative sur la situation économique.

¹ Estimation à partir du recensement administratif de 1997, Direction Générale de Statistique et de la comptabilité Nationale

En raison de la suspension de l'appui des bailleurs de fonds depuis le début des années 90, le niveau de l'investissement public est passé de 13,8% du PNB (PIB) en 1990 à 3,3% du PIB en 2005 après avoir atteint un niveau plancher de 1,1% en 2003. Cette tendance à la baisse de l'investissement public a réduit les capacités de production du pays et ralenti la croissance économique. C'est l'un des facteurs essentiels qui ont marqué la conjoncture économique ces trois dernières années. Le taux de croissance du PIB réel est estimé à 2,5% en 2004, 1,3% en 2005 et 1,9% en 2006. La baisse des activités économiques du pays dans un contexte où la population ne cesse de croître à un rythme relativement élevé constitue des facteurs de paupérisation croissante depuis 1997.

2.2) Système de santé au Togo

2.2.1) Organisation du système de santé

Le système est composé d'une pyramide à 3 niveaux en conformité avec le cadre de développement sanitaire en 3 phases préconisé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Ces trois niveaux sont :

- La base de la pyramide représente le **niveau périphérique ou opérationnel** correspondant aux 35 districts sanitaires, à leurs infrastructures sanitaires (Hôpital de district, Centre Médico-social, Dispensaire,.....).

Ce niveau constitue le niveau opérationnel, le lieu de la mise en œuvre des interventions de santé inspirées de la politique et des directives du niveau central.

- Le milieu de la pyramide représente le **niveau intermédiaire ou régional** correspondant aux 6 régions sanitaires : Lomé-Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes et également les 6 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) constituant le deuxième niveau de référence du système de soins. Le niveau régional est chargé de l'appui et du suivi - évaluation du niveau opérationnel, à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales.
- Le sommet de la pyramide représente le **niveau central ou national** et ses services techniques. On retrouve : le cabinet du Ministre de la santé, une

direction générale, 5 directions centrales, 15 divisions et 39 services centraux et différents programmes.

Ce niveau est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays.

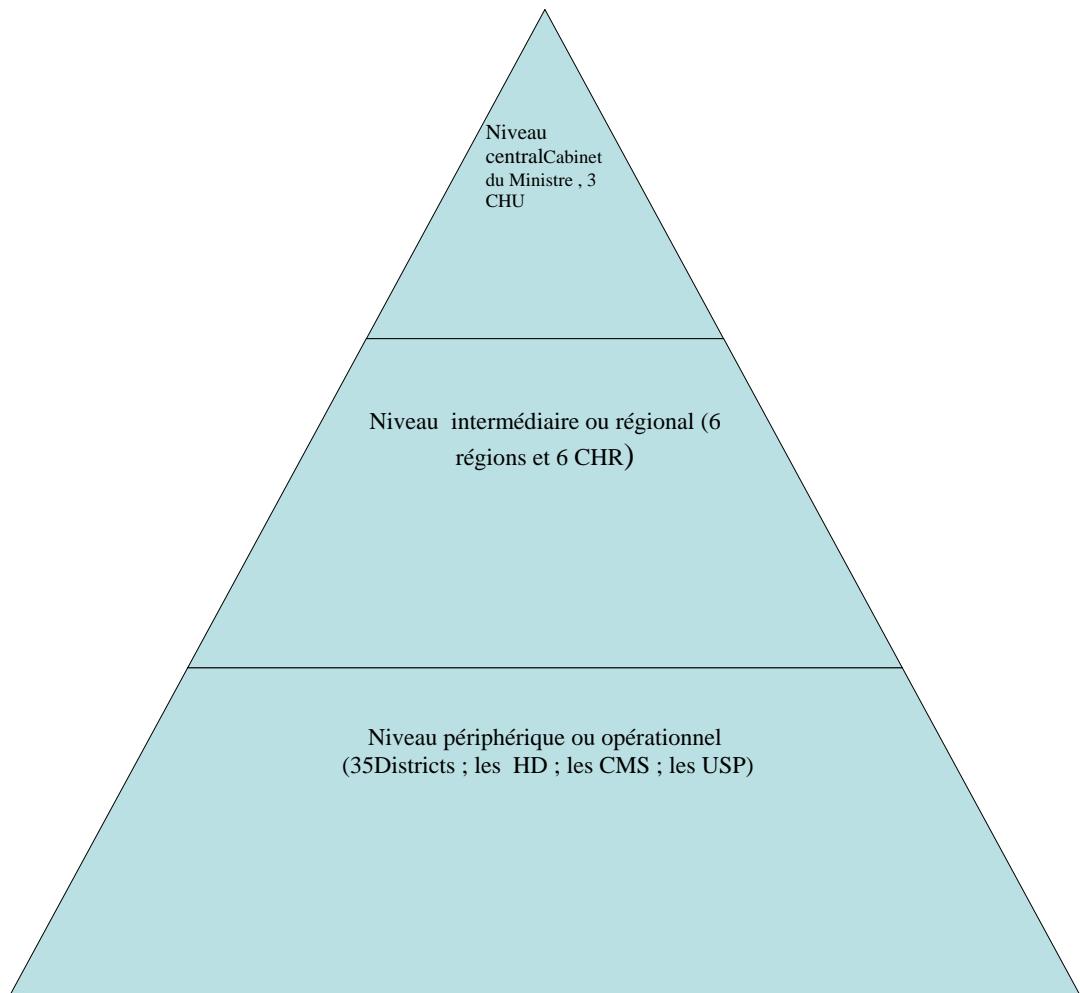


Figure n°2 : Organigramme de la structure du système de santé Togolais

2.2.2) Organisation des infrastructures de soins

On compte 535 formations sanitaires publiques toutes catégories confondues, dont 3 CHU (Centre Hospitalier Universitaire), 6 CHR (Centre Hospitalier Régional), 2 hôpitaux spécialisés, 25 hôpitaux de préfectures ou de district, 8 hôpitaux privés /

confessionnels et près de 485 unités de soins périphériques constitués de polycliniques, de centre de santé, de dispensaires et centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Le pays compte environ 284 cliniques et cabinets privés à but lucratif dont 90% dans la région de Lomé Commune, la capitale du pays.

2.2.3) Offre de services

Sur le plan de l'offre des services, 3 centres hospitaliers universitaires (CHU) ainsi que les institutions à caractère national comme l'Institut National d'Hygiène, le Centre National de Transfusion Sanguine, constituent le niveau national de référence du système de soins.

On distingue 2 types de services de soins : le secteur public de soins et le secteur privé

2.2.3.1) Le Secteur public de soins

Il compte 535 structures sanitaires toutes catégories confondues, inégalement réparties sur l'étendue du territoire ; avec un plateau technique plus ou moins complet.

Tableau I: Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur public

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
CHU		1				2	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital Spécialisé psychiatrique					1		1
Hôpital de District	3	6	4	7	4	1	25
USP	55	101	59	140	111	19	485
PMI		5		9	1		15
Ensemble des formations sanitaires	59	114	64	157	118	23	535
Lits d'hospitalisation	406	1 010	714	1 266	1 118	645	5 159
Dépôts de pharmacies publiques	3	12	6	16	13	3	53
Centres de dépistage VIH	2	2	2	1	3	32	41

Source : Cartographie de l'offre de services de santé, MS/DISER, Octobre 2006

A l'ensemble de ces structures s'ajoutent : au niveau central, le centre national de transfusion sanguine (CNTS), l'Institut national d'hygiène (INH) qui est un Laboratoire National de Référence (LNR) et le centre national d'appareillage orthopédique (CNAO);

Au niveau régional, le centre régional de transfusion sanguine dans la région Centrale et un centre d'appareillage orthopédique dans les régions de la Kara, des Plateaux, Centrale et des Savanes.

Il y a trois écoles de formation à savoir l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM), avec ses branches (Infirmiers d'Etat, Orthopédiste, Masseur kinésithérapeutes, Technicien de laboratoire, Assistant d'Hygiène d'Etat, Orthophoniste, Orthoprothésiste, Aide soignant), à Lomé et à Sokodé, l'Ecole Nationale des Sages-femmes (ENSF) et le Centre de formation en santé publique (CFSP) de Lomé.

Au niveau universitaire, il y a la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie (FMMP), l'Ecole des Assistants Médicaux (EAM), l'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires (ESTBA).

L'Ecole Nationale des Sages-femmes se situe dans la capitale togolaise et représente l'unique école. Depuis 5 ans, le niveau requis pour accéder au concours d'entrée est le Baccalauréat alors qu'avant, c'était le Brevet Etudes du Premier Cycle (BEPC)

L'école se trouve à proximité du CHU-Tokoin de Lomé et le programme d'études est composé d'enseignements théoriques et pratiques sur 3 ans.

Il existe par ailleurs une école de formation des Auxiliaires Accoucheuses qui se trouve à Sokodé dans la région centrale du pays. Cette formation est dispensée sur 3 ans et permet de parer à l'insuffisance de sages-femmes en milieu rural ; le niveau scolaire exigé il y 5 ans était le certificat d'études primaire qui est maintenant ramené au BEPC (classe de 3^{ième}).

Les sages-femmes du Togo ont les mêmes compétences que celles de la France que sont le suivi pré et post natal pendant la grossesse, la surveillance et la pratique du travail eutocique. Elles sont formées à la réanimation néonatale mais ne sont pas

préparées à l'intubation nasotrachéale. Cette formation répond à la définition de l'OMS qui stipule qu'une sage-femme est :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période de post partum, d'aider lors d'accouchements sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgences en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile, ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

2.2.3.2) Le secteur privé de soins

Le secteur privé de soins est très florissant au Togo. Il se compose de :

Tableau II : Tableau récapitulatif des structures de santé du secteur privé en 2006

Type de formation sanitaire	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
Hôpital Privé Confessionnel	1		1	4	2		8
CMS/Dispensaire Privé	10	9	13	23	4	5	64
Cliniques/Cabinets Privés	1	4			32	247	284
Ensemble secteur privé	11	13	14	27	38	252	284
Officines pharmaceutiques	02	04	02	05	46	128	187

Source : Cartographie de l'offre de services de santé, MS/DISER, Octobre 2006

Il faut souligner que le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure encore faible.

2.2.4) Les ressources humaines

Le système de santé du Togo fait face à une pénurie grave de ressources humaines.

En 2008, l'effectif du personnel est 8.064 agents pour une population estimée à 5.596.000 habitants.

Les principaux ratios (population/ personnel de santé, en 2007) se présentent selon les normes de l'OMS comme suit :

1 médecin pour 11.171 habitants contre 1 pour 10.000 hts

1 infirmier d'Etat pour 6.135 habitants contre 1 pour 4.000 hts

1 sage femme pour 13.710 hts habitants contre 1 pour 4.000 hts

Cette crise des ressources humaines se pose non seulement en termes de nombre, mais également en termes de qualité et de répartition. Près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement à Lomé et dans la région Maritime.

La faiblesse des ressources humaines pour la santé que connaît le Togo est liée essentiellement au faible taux de recrutement et au non remplacement des départs dus à la retraite, aux décès et à la fuite des cerveaux.

En vue de réduire le déficit, le Gouvernement a pris en janvier 2008, des mesures pour prolonger l'âge de départ à la retraite (60 ans pour les cadres supérieurs et 57 ans pour les autres) et procéder au recrutement de nouveaux agents avec un accent particulier sur le personnel médical et paramédical.

2.2.5) Le Financement de la santé

Le Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, après une période de progression passant de 9,4 milliards (6,3% du budget de l'Etat) à 13,6 milliards (8,8%) entre 1995 et 1999, a connu une stagnation, voire une baisse passant de 5,7 % du budget national en 2002 à 4,1% en 2004 puis une hausse allant à 7,6% en 2006. Cette situation est

aggravée par les problèmes réels de décaissement et de mobilisation des ressources par le Ministère de la Santé.

Les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako). La contribution des ménages est constituée par le paiement à l'acte et l'achat des médicaments génériques par les patients.

Selon les données récentes disponibles pour l'année 2006, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public, s'élevaient à 6,837 milliards FCFA correspondant à 41% du budget inscrit par l'Etat pour la santé.

Certaines collectivités locales (mairies ou préfectures) participent au financement des services de santé par le paiement des salaires de certaines catégories de personnels appelés agents de santé de préfecture.

A ces difficultés de financement de la part de l'Etat s'ajoutent une insuffisance des appuis du niveau central aux niveaux régional et périphérique ainsi qu'une stagnation du cadre institutionnel national eu égard aux réformes en cours.

Par ailleurs les systèmes de financement solidaires des soins, seuls en mesure de permettre l'accès de tous aux services de soins, ne sont encore localisés que dans quelques districts sanitaires.

En dehors de l'Etat, de ses démembrements et les ménages, les partenaires apportent leurs contributions pour le financement de la santé. Ainsi en 2007, les partenaires ont contribué pour 35% du financement total de santé.

Plusieurs partenaires au développement participent aux interventions et au financement du secteur de la santé. On distingue les partenaires du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, PNUD, UNFPA, FAO, etc....) et les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

2.3) Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Togo

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), des soins obstétricaux de qualité doivent répondre aux critères suivants : être accessible et disponible aussi près que possible du domicile des femmes et se situer à l'échelon le plus bas où la sécurité et l'efficacité des prestations puissent être garantis. Dans ces conditions, la qualité des soins obstétricaux est un aspect primordial de la santé maternelle et néonatale.

On constate une inaccessibilité aux soins au sein des classes défavorisées à cause du coût élevé des prestations ; la disponibilité est favorisée en milieu urbain par la concentration des structures hospitalières dans le centre ville de Lomé mais néanmoins les moyens de déplacement ne sont pas garantis.

La Division de la Santé Familiale (DSF) représente le département technique du ministère de la santé qui a la charge d'élaborer, de diffuser et de veiller à la mise en œuvre des politiques, des normes et des protocoles relatifs à la santé de la mère et de l'enfant ..

Notre travail permettra d'objectiver dans quelle mesure, ces politiques, normes et protocoles sont respectés par les professionnels de santé.

2.3.1) Les Politiques et normes pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement au Togo

2.3.1.1) Le suivi de la grossesse au Togo

2-3-1-1-a) La périodicité des consultations prénatales :

Le nombre minimum de consultations requises durant toute la grossesse est de 4 au Togo :

- une consultation au moins au cours du premier trimestre
- une consultation au moins au deuxième trimestre

- deux consultations au cours du troisième trimestre

En dehors de ces consultations obligatoires, la femme enceinte doit consulter chaque fois qu'elle ne se sent pas bien ou chaque fois que survient une complication.

Ainsi, on retrouve dans [4] et [5] :

2-3-1-1-b) La consultation du 1^{ier} trimestre :

Elle doit être faite le plus tôt possible dans le but de confirmer la grossesse, d'évaluer l'état de santé de la femme et enfin d'identifier les problèmes qui pourraient compliquer l'évolution de la grossesse.

Elle consiste à:

- enregistrer l'état civil de la gestante
- prendre connaissance des antécédents de la gestante (personnels et familiaux), de l'histoire de la grossesse actuelle
- examiner la gestante : l'examen clinique général (mesure de la température, de la TA, du poids, prise du pouls) ; l'examen physique complet (de la tête aux pieds en insistant sur les muqueuses conjonctivales, le lit des ongles à la recherche d'une pâleur (anémie) en incluant l'auscultation du cœur et des poumons etc.... ; l'examen obstétrical (inspection à la recherche d'une cicatrice, d'une déformation sur l'abdomen, l'inspection du périnée, la forme de l'utérus, l'examen au spéculum pour rechercher un écoulement anormal et voir l'état du col), le toucher vaginal combiné au palper pour apprécier la position, la consistance, la longueur et la fermeture du col, la taille de l'utérus et l'état des culs-de-sac et enfin l'auscultation des bruits du cœur foetal à l'aide d'un appareil à effet Doppler si disponible.
- prescrire des examens complémentaires : test de grossesse et/ou échographie pelvienne si possible ; rechercher dans les urines, la présence de protéines, de sucres, de bactéries (ECBU) ; rechercher des kystes, des œufs et parasites intestinaux dans les selles (KOP) ; faire une NFS et la TPHA ; l'électrophorèse de l'hémoglobine, le Groupe Sanguin, le rhésus et les agglutinines irrégulières (RAI) s'il existe un risque d'incompatibilité rhésus ; la sérologie VIH et VHB avec l'accord de la gestante.

A l'issue de cet examen, le professionnel doit pouvoir faire ressortir les principaux facteurs de risque et orienter la gestante vers le niveau de prise en charge adapté selon le cas.

La prévention de certaines pathologies est obligatoire : le paludisme en traitement préventif intermittent avec le sulfadoxine pyriméthamine au cours de la grossesse; l'anémie même en l'absence de facteur de risque qui se poursuit dans le post partum, le tétanos en vaccinant les femmes enceintes avec le VAT (vaccin antitétanique).

Les conseils nutritionnels sont à rappeler à la femme enceinte en insistant sur une plus grande consommation d'aliments de construction (viande, poisson, lait, haricot, fruit de baobab, arachide....) et de protection(légumes et fruits) ; la lutte contre l'hypovitaminose en conseillant des aliments et fruits de couleur jaune orangé(huile de palme fraîche, papaye, mangue, carottes...) ; la lutte contre les carences en iodé en conseillant du sel iodé pour la cuisine et de manger les poissons d'eau de mer.

2-3-1-1-c) La consultation du 2^{ième} trimestre :

Son objectif est de surveiller l'évolution de la grossesse et de rechercher une pathologie éventuelle. L'examen clinique mesure le poids, la tension artérielle (TA), une recherche de l'anémie et des œdèmes ; l'examen obstétrical consiste à mesurer la HU, à palper l'abdomen pour apprécier la souplesse de l'utérus et la position fœtal et à ausculter les bruits du cœur fœtal (BDCF) .On fera un examen au spéculum à la recherche de signes d'infection cervico-vaginale et enfin un toucher vaginal (TV) pour apprécier la longueur du col, sa position et sa fermeture.

Le personnel médical prescrit des examens complémentaires si besoin, rappelle les signes de danger, le traitement préventif et les conseils nutritionnels.

2-3-1-1-d) Les consultations du 3^{ième} trimestre (3^{ième}, 4^{ième}, CPN) :

Elles ont pour objectif d'évaluer le pronostic de l'accouchement. Un interrogatoire est fait à la recherche de symptômes d'apparition récente (fièvre, douleur, céphalées, saignement...) et de faire préciser les habitudes de vie (alimentation, hygiène, travail).

L'examen clinique et obstétrical reste identique à celui du 2^{ième} trimestre mais le TV apprécie la formation du segment inférieur puis explore le bassin et le périnée.

Tout cela dans le but d'informer la gestante sur les signes de début de travail, de déterminer avec elle du lieu de l'accouchement en fonction des facteurs de risque, de rappeler encore les signes de danger.

2.3.1.1.e) Notre observation sur le terrain :

La maternité du CHU-Tokoin de Lomé réalise le plus grand nombre d'accouchements de la région Lomé-commune environ 12000 accouchements par an malgré une **insuffisance** de personnel.

Les consultations prénales (CPN) sont réalisées dans la majorité des cas par les Sages-femmes qui sont très souvent surchargées de travail. L'insuffisance numérique est énorme et les parturientes mécontentes du délai long d'attente pour ces consultations prénales ne les honorent plus.

A la clinique Biasa, ce sont les gynécologues obstétriciens qui suivent les femmes enceintes pour la plupart du temps.

2.3.1.2) La conduite de l'accouchement au Togo

2-3-1-2-a) Protocole de la surveillance du travail et de l'accouchement :

Elle consiste tout d'abord à accueillir la patiente, à mener un interrogatoire pour recueillir son carnet de CPN (Consultation Prénatale) qui donnera une idée sur les facteurs de risque de complications ; on évalue son état actuelle et enfin on fait préciser les antécédents surtout obstétricaux (mode d'accouchement, notion d'hémorragie de la délivrance, état des enfants à la naissance) et préciser l'heure de début de contraction utérine et la notion de « perte d'eau ». On fait un examen général et une recherche d'albumine dans les urines puis un examen obstétrical complet et les résultats obtenus sont notés dans la fiche de surveillance du travail (partogramme) et la parturiente est informée sur l'évolution du travail.

Au terme de l'analyse des résultats, 3 situations sont possibles :

- tout est parfaitement normal, aucun antécédent pathologique et le travail se déroule normalement et la parturiente peut accoucher dans le dit centre.
- des anomalies sont dépistées et la parturiente peut accoucher dans le dit centre sous surveillance rapprochée tout en informant les parents sur la nécessité de

prendre des dispositions pour une évacuation éventuelle en cas de complications.

- les antécédents (ATCD) et /ou les résultats de l'examen actuel indiquent que la parturiente ne peut accoucher dans le centre où elle a consulté et dans ce cas une évacuation immédiate est préparée.

2-3-1-2-b). Les cas de pathologies découvertes aux niveaux communautaires et aux niveaux des unité périphériques de soins qui doivent être référés vers les hôpitaux (HD/CHR/CHU):

- travail prolongé avec constitution d'une bosse séro-sanguine
- syndrome de pré rupture/rupture utérine
- présentation du front, de la face en mento-postérieure, épaule/position transversale
- siège chez une primipare
- bassins rétrécis et/ou déformés (boiterie, taille inférieure à 150 cm)
- gros utérus (grossesse gémellaire, hydramnios, placenta prævia)
- utérus cicatriciel
- hémorragie
- rétention d'oeuf mort
- HTA, convulsion, coma
- procidence du cordon battant
- souffrance fœtale aiguë

2-3-1-2-c) Conduite de la surveillance par niveaux :

- L'accueil de la patiente demeure la même :interroger la patiente sur la présence et l'intensité des contractions utérines (CU)
- palper l'utérus pour identifier la présentation
- mesurer la hauteur utérine (HU)
- ausculter les bruits du cœur foetal (BDCF)

- faire le toucher vaginal pour apprécier la dilatation, la formation de la poche des eaux
- **au niveau communautaire :**

Si la présentation est céphalique, surveiller toutes les 4 heures trois fois de suite (soit douze heures de temps) ; au bout de 12 heures si la tête n'est pas à la vulve, référer de même que si la présentation n'est pas céphalique en référer.

- **au niveau des unités périphériques de soins et des centres médico-sociaux (USP / CMS) :**

En phase de latence de dilatation cervicale entre 1 et 3 cm : examiner les paramètres fœtaux et maternels et faire un TV toutes les 4 heures.

Si l'évolution est favorable et qu'on aboutit à la phase active, on continue la surveillance des paramètres fœtaux et maternels en se référant au partogramme avec un accouchement normal en finalité.

Si par contre l'évolution est défavorable donnant des CU avec modification du col n'atteignant pas 3 cm après 8 heures (phase de latence prolongée) ; la CAT sera de référer à un centre de niveau supérieur.

- **au niveau des hôpitaux de district et de région (HD/CHR/CHU):**

En phase de latence de dilatation cervicale inférieure à 3 cm, on examine les paramètres fœtaux et maternels et on réalise un TV toute les 4 heures :

- si l'évolution est favorable, on passera à toutes les 2 heures avec utilisation d'un partogramme
- si par contre CU sans modification du col avec une phase de latence prolongée :
 - dans le cas d'une dystocie dynamique, on dirige le travail si possible sinon on réalise une césarienne
 - dans le cas de dystocie mécanique, on réalise une césarienne

2-3-1-2-d) La pratique de l'accouchement :

L'observation de la prévention des infections est obligatoire afin de protéger le personnel ainsi que la parturiente et le nouveau-né d'une contamination possible.

Le matériel doit être stérile ou tout au moins désinfecté à haut niveau :

- se laver chirurgicalement les mains et porter des gants obstétricaux stériles
- faire la toilette vulvaire de la parturiente
- rassurer la parturiente et lui faire comprendre de l'importance de sa collaboration en cours de l'expulsion
- ausculter et compter les BDCF toutes les 5 minutes jusqu'à l'expulsion
- protéger le périnée pendant des efforts expulsifs afin d'éviter la sortie en « boulet de canon » de la tête fœtale, source de déchirures périnéales graves
- évaluer l'état du nouveau-né dès sa sortie par le score d'Apgar
- sécher l'enfant et le mettre au sein avec la collaboration de la mère
- Faire le premier examen détaillé de l'enfant à la recherche de malformations et d'anomalies visibles (température rectale, vérifier la perméabilité du vagin ou la présence de testicules)
- donner les premiers soins aux nouveau-nés (ligature section et pansement du cordon, pesée, mensurations, collyre, habillage et bracelet d'identification)

2-3-1-2-e) La pratique de la délivrance :

Elle consiste à surveiller l'écoulement vulvaire, à rechercher les signes de décollement placentaire, à vérifier que le décollement s'est vraiment effectué en refoulant le corps utérin vers le haut à partir du bord supérieur du pubis : si le cordon ne suit pas le mouvement, c'est que le placenta est décollé.

On recueille le placenta dans la main puis dans un plateau puis on masse l'utérus pour stimuler les CU et chasser les caillots, vérifier la constitution d'un bon globe de sécurité et enfin examiner le placenta et les membranes pour s'assurer qu'ils sont complets.

Si au bout de 30 min après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé, faire une DA/RU ou référer à un centre de niveau supérieur.

2-3-1-2-f) Le post partum immédiat :

- Des soins postpartum immédiats sont donnés à l'accouchée.

On apprécie le globe de sécurité, l’écoulement sanguin et prendre la TA et le pouls de l’accouchée toutes les 15 minutes pendant 2 heures. L’accouchée doit vider sa vessie régulièrement puis nettoyer la vulve et le périnée pour rechercher une éventuelle déchirure et la réparer. Enfin mettre une garniture propre avant de remettre le bébé à sa mère pour qu’il tète et laisser la femme allongée pendant 2 heures.

Au bout des 2 heures :

- reprendre la TA, le pouls, apprécier l’écoulement et le globe de sécurité
 - expliquer les signes de danger à l’accouchée (hémorragie, vertiges, douleurs intenses, rétention d’urine) et lui dire d’appeler à la moindre alerte
 - puis la transférer en suites de couches.
-
- On n’oubliera pas d’enregistrer les données de l’accouchement sur les supports appropriés (registre d’accouchement et carnet de consultation pré-natale) notamment :
 - date et heure de l’accouchement
 - durée du travail, mode d’accouchement et intervention réalisée
 - médicaments donnés pendant le travail
 - mode de délivrance
 - sexe de l’enfant
 - score d’Apgar à une et cinq minutes de vie si nécessaire
 - poids de naissance, taille, périmètre crânien thoracique et brachial

2.3.2) Coût de la prise en charge de l’accouchement physiologique au Togo

Le coût varie significativement entre le secteur public qui doit être accessible à toute la population et le secteur privé qui demeure un milieu prisé que seules les classes les plus nanties peuvent fréquenter.

2.3.2.1) Dans le secteur public : exemple du CHU- Tokoin

Ces prix sont donnés à titre indicatif et reflète les prestations d'un hôpital de district de la capitale togolaise. Ils ont été réduits au minimum pour que les femmes enceintes aient toutes les mêmes soins quelque soit l'appartenance sociale.

On estime d'après [6] :

- *un accouchement normal / dirigé s'élève à 4000 CFA soit environ 6 euros*

On trouve dans le kit :

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Gants	2 paires
2	Syntocinon	2 ampoules
3	Seringue 10 CC	4
4	SGI 500 CC	1
5	Perfuseur	1
6	Intraflon	1
7	Buscopan	6 ampoules

- *un accouchement avec épisiotomie coûte environ 6000 CFA soit environ 10 euros et le kit comprend :*

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Gant	2
2	Fil à peau	1
3	Vicryl	1
4	Seringue	1

- un KIT/éclampsie est à 18655 CFA soit environ soit environ 28 euros

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Sonde à demeure	1
2	Poche à urine	1
3	Catapressan	6
4	Valium 10 mg	6
5	Gardénal 40 mg	5
6	SGI 500 CC	2
7	SGH 10 %	2
8	Ringer	2
9	Perfuseur	1
10	Intraflon	1
11	Seringue 10CC	5
12	Clamoxyl	12

- un KIT/accouchement par forceps compliqué s'élève à 25000 CFA soit environ 40 euros

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Vicryl	3
2	Fil à peau	2
3	SGI 500 CC	1
4	Intraflon	1
5	Perfuseur	1
6	Gant	2

- un KIT/ Rupture de la poche des eaux +LA teinté+ fièvre à 8740 CFA soit 14 euros

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Clamoxyl 1g	4
2	Pro Dalfalgan	2
3	Malarix inj 0,40 g	6
4	Seringue 10 CC	4

-les KIT pour souffrance fœtale et réanimation néonatale vont de 2500 à 3225 CFA soit de 3 à 5 euros

N°	MEDICAMENTS	QUANTITE
1	Perfuseur	1
2	ProDafalgan 1g	1
3	Intraflon	1
4	Seringue 10 CC	1
5	Gluconate de Calcium	2
6	Sérum bicarbonaté 250 mg	1
7	Sérum glucosé hypertonique 250 mg	1
8	Célestene 4 mg	1
9	Vit K1	1
10	Sonde Nasogastrique pédiatrique	1

-le KIT/ césarienne s'élèvent à 55100 CFA soit environ 85 euros

Ces prix paraissent accessibles au premier abord mais il faut souligner que ce sont des kits que la famille est tenue d'acheter avant toute intervention, ce qui malheureusement retarde la prise en charge de certaines urgences obstétricales qui mettent en jeu le pronostic vital de la mère et du fœtus.

2.3.2.2) Dans le secteur privé : exemple de la clinique Biasa

On retrouve dans [7] que le mode de fonctionnement est différent dans la mesure où la clientèle qui fréquente le secteur privé dispose de moyens pour assurer les frais d'hospitalisation et de traitement.

Le prix de l'accouchement ou d'une césarienne varie en fonction du type de chambre :

- chambre individuelle climatisée avec télévision et téléphone
- chambre à 2 ou 3 lits
- Le montant de la prise en charge au cours d'un accouchement jusqu'à la sortie des suites de couches va de 135000 à 165000 CFA soit entre 200 et 250 euros.
- La césarienne nécessite 530000 à 630000 CFA soit 800 à 950 euros.

La différence est énorme entre les 2 secteurs de soins et rend compte de l'organisation d'un système de santé qui ne peut être accessible à toute la population.

2.3.3) Les représentations de la naissance au Togo

Afin de comprendre le fonctionnement spécifique de la santé maternelle

et infantile et de faire son évaluation, il nous a paru important de revenir sur le concept

de la maternité propre aux femmes d'Afrique noire.

2.3.3.1) Les ethnies

La population togolaise est composée d'une quarantaine d'ethnies réparties dans les principales régions du pays et marquées par des caractéristiques socioculturelles

spécifiques avec une langue particulière à chaque ethnie qui constitue un élément fondamentale déterminant de son identité culturelle.

D'après [16], on peut distinguer, toutefois, cinq principaux groupes ethniques numériquement prédominants à savoir :

- Les Adja-Ewe (44 % de la population générale)
- Les Kabyè-Tem (26,7%)
- Les Para-Gourma-Akan (16,1%)
- Les Akposso-Akébou (4%)
- Les Ana-Ifè (3,3%)
- Et d'autres (5,9%)

En dehors des langues en usage au sein de chaque groupe, le français demeure la langue officielle de travail dans le pays, malgré les efforts des autorités nationales à promouvoir l'Ewé et le Kabyè comme deux langues nationales.

On peut parler d'une extrême diversité culturelle au sein d'un pays aussi petit ; ceci pourrait influencer les perceptions des communautés par rapport aux actions de prévention primaire dans le domaine de la santé en général et par rapport aux naissances des enfants en particulier.

2.3.3.2) Les ménages et le système de soins

Malgré les efforts des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, on se rend compte que les connaissances et pratiques par les populations de la phytopharmacologie et

surtout leur recours aux tradipracticiens occupe une place non négligeable dans les mentalités.

En milieu rural, le premier recours aux soins constitue la médecine traditionnelle en milieu urbain, on assiste à la vente des médicaments de la rue de qualité douteuse mais facilement accessibles.

Les formations sanitaires constituent souvent le deuxième recours de soins, ce qui fait que ce sont les formes compliquées qui y sont admis la plupart du temps.

2.3.3.3) L'approche de la féminité chez les femmes togolaises

Ce domaine reste sujet très tabou pour les adolescentes en âge de procréer.

Même si la société donne la responsabilité de l'éducation à la mère ; il n'est pas facile à ces femmes de transmettre à leur descendance des rituels sur la capacité à devenir mère. En ce sens que la préparation à la naissance, telle qu'elle est conçue en Europe, serait plutôt une transmission de génération en génération, de femme à femme.

Dans la culture togolaise, une femme enceinte doit vouer respect et obéissance à tout le monde de peur de se faire envouter et ne pas mener à terme la grossesse.

2.3.3.4) L'impact des cultes et croyances

Les religions pratiquées au Togo sont multiples: d'après le dernier recensement de 1981, la majorité reste attachée à la religion ancestrale (59%), fondées sur des cultes et les croyances liés aux divinités locales et coutumières mais les catholiques sont très nombreux (22 %), ainsi que les musulmans (12 %), et les protestants (6%).

Dès les années 1990, on assiste à une prolifération d'organisations religieuses organisées en de nouvelles églises telles que l'Eglise du 7^{ième} Ciel, les Brotherhood, les Témoins de Jéhovah etc....

En milieu rural, les réseaux traditionnels de communication sont d'une grande importance et reflètent les valeurs couplées aux normes familiales. Ils ont fait preuve au cours des nombreuses campagnes de vaccination organisées dans le pays constituant ainsi les relais des professionnels de santé.

En milieu urbain, cette importance n'a pas de place et la présence d'une multitude de canaux modernes de communication (média publics et privés) constitue un atout.

Des émissions éducatives de la télévision contribuent largement à l'éducation et à l'information de la population dans le domaine de la santé mais sont d'un accès limité.



Figure n°3 : Carte représentant les différentes ethnies du Togo

DEUXIEME PARTIE : CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1 Justification de l'étude

La plupart des pays en voie de développement dont le Togo, sont confrontés à des difficultés par rapport à leur système de santé. On y rencontre les plus grands fléaux du monde et dans la majorité des cas les infrastructures sont inadéquates.

La mortalité infanto juvénile est due principalement au paludisme (25% des causes) qui reste le problème majeur de santé publique au Togo (figure 5). Les autres causes de cette mortalité sont liées à la pneumonie (17%), la diarrhée (14%), la rougeole (7%) et le SIDA (6%). Globalement plus de la moitié de ces décès sont attribuables à la malnutrition (53%). Il faut aussi noter qu'au Togo environ un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans survient avant l'âge de 28 jours. Ces décès néonataux sont dominés par les infections sévères (30%), la prématuroté (30%), l'asphyxie (21%).

Les décès maternels représentent une proportion élevée de l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer et restent liés aux principales causes (figure 4) que sont : l'hémorragie (34%), l'infection y compris SIDA (16%), l'éclampsie (9%), l'anémie (4%) et l'obstruction du travail (4%).

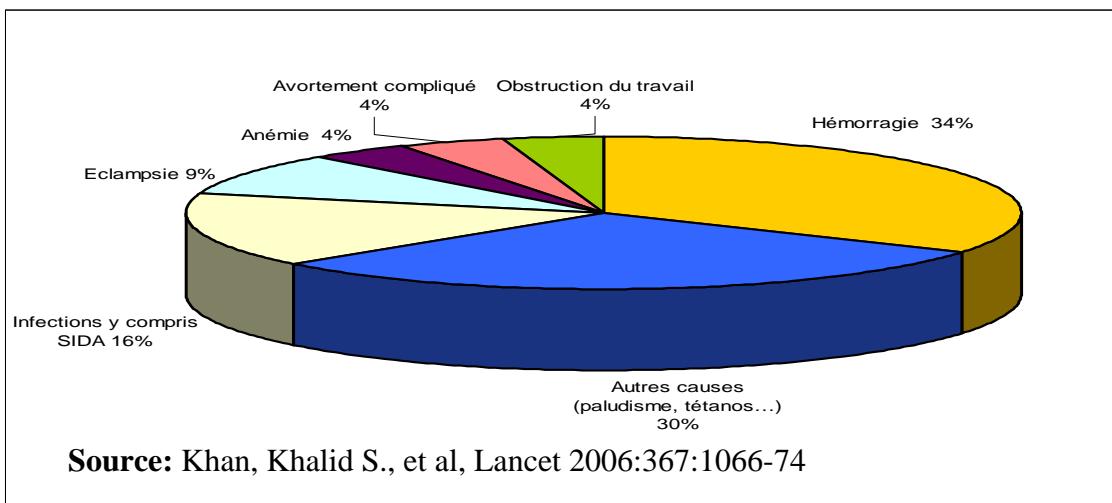


Figure 4 : Principales causes de mortalité maternelle au Togo

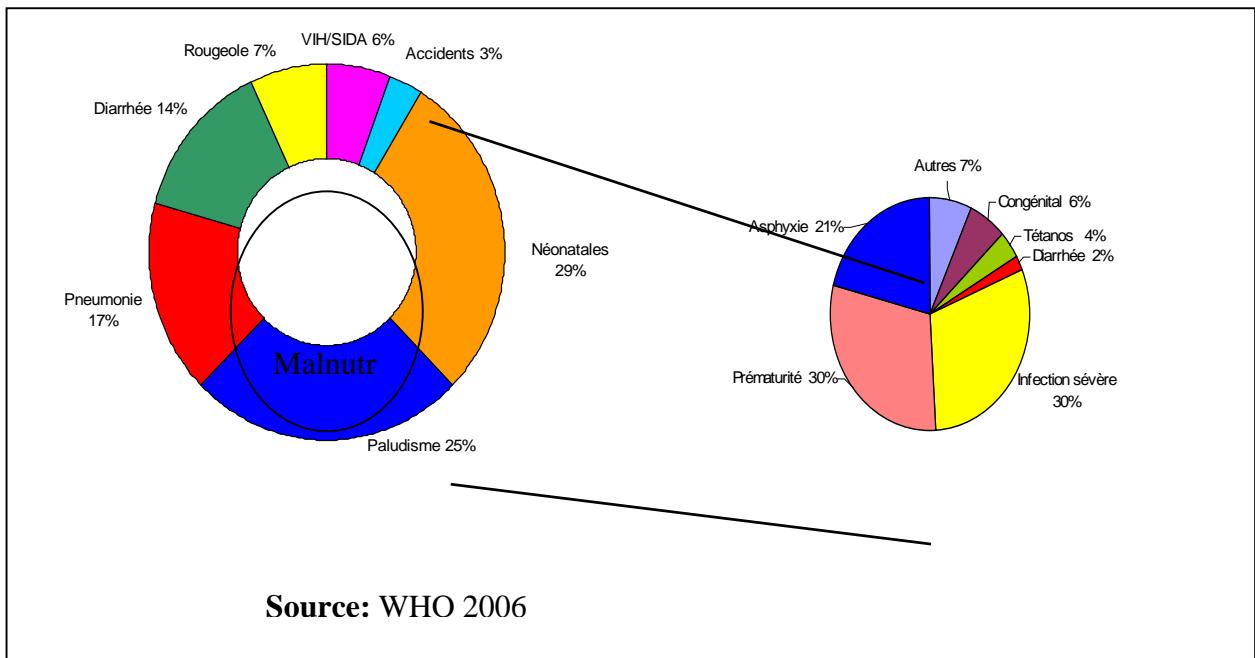


Figure 5 : Principales causes de mortalité infantile et néonatale au Togo

Au Togo, la mortalité maternelle et néonatale est un drame quotidien. En effet, toutes les 8 heures on enterre une mère suite à une complication de grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches et au même moment 8 nouveau-nés perdent la vie. Le taux de mortalité maternelle est de 478 pour 100000 naissances vivantes d'après [8].

Il faut rappeler que la mortalité maternelle est une mesure de la santé des femmes et un indicateur de la performance d'un système de santé. L'évaluation d'un système de santé d'un pays passe donc par la prise en charge des femmes enceintes notamment le suivi de la grossesse, de l'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés.

Notre mémoire : « Le Suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né à la naissance dans 2 maternités à Lomé, au Togo » s'inscrit dans ce cadre et s'est fixée comme :

- Objectif général : évaluer le suivi de la femme enceinte et du nouveau-né
- Objectifs spécifiques :

1. Décrire le système de santé, les politiques et protocoles sur la maternité à moindre risque au Togo
2. Recenser le contenu des consultations prénatales
3. Faire un inventaire des moyens techniques disponibles pour faire face aux urgences obstétricales et aux détresses respiratoires du nouveau-né.
4. Evaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes des 2 maternités de Lomé en matière de consultations prénatales, de l'accouchement
5. Evaluer l'accueil du nouveau-né à la naissance avec les difficultés rencontrées
6. Lister les pathologies de la grossesse et de l'accouchement
7. Proposer des actions pour améliorer le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né à la naissance et contribuer à réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les 2 maternités à Lomé

Ce travail consiste donc à avoir un regard extérieur sur le suivi de la femme enceinte et de l'accouchement, sur la prise en charge du nouveau-né et comment sont respectés les protocoles nationaux de la maternité à moindre risque et à répondre à certaines questions notamment :

- identifier les moyens cliniques de base en obstétrique qui, associés à des moyens techniques limités, pourraient permettre de déterminer les grossesses à risque et d'anticiper la prise en charge
- trouver des pistes d'améliorations dans le contexte de faible capacité de moyens et de gestion des systèmes de soins

Les hypothèses :

Plusieurs professionnels de la santé interviennent dans la prise en charge de la grossesse mais la proportion du personnel peu qualifié prédomine.

La qualité du matériel et la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement permettraient de réduire significativement la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale

3.2) Cadre d'étude

Le Togo est un pays de l'Afrique occidentale situé dans la zone subsaharienne couvrant une superficie de 56600 km² et une population estimée à 5.596.000 habitants en 2008.

Figure 6 : Carte représentant les 5 régions administratives :



3.3) Description du lieu d'enquête :

Lomé est la capitale du Togo ; il est situé dans la région méridionale du pays. Sa population est estimée à 1.000 000 d'habitants. En 2006, on y compte 275 formations sanitaires dont 23 publiques.

Notre étude s'est déroulée à Lomé, simultanément dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-Tokoin de Lomé et celui de la clinique privée BIASA.

3.3.1) Clinique de gynécologie/obstétrique du CHU-TOKOIN de Lomé

Les données proviennent de la clinique de gynécologie/obstétrique du CHU-Tokoin de Lomé.

Situé au sud-ouest de la ville de Lomé à environ quatre (4) kilomètres du centre ville, le Centre Hospitalier Universitaire de Tokoin dispose d'une capacité de 1264 lits qui sont répartis dans seize (16) services. Il constitue un établissement sanitaire de référence nationale recevant la plupart des malades venant de Lomé et de ses banlieues et d'autres régions du pays.

La clinique de gynécologie et d'obstétrique dispose d'une capacité de 224 lits et se situe dans l'enceinte du CHU-Tokoin.

3.3.1.1) Les locaux

On y trouve :

- le bureau administratif
- la salle de vaccination
- la salle d'admission
- 2 salles d'attente A et B pour les parturientes
- la salle d'accouchement et ses annexes
- la salle de réanimation néonatale
- les locaux de l'ancienne maternité (suites opératoires des césariennes et grossesses pathologiques)
- la salle de réanimation gynéco obstétricale
- le bloc opératoire constitué de 3 salles
- le service de suites de couches au 1^{ière} étage avec le service de gynécologie A, B

- le service de néonatalogie ou service des prématurés avec 3 unités de soins au 2^{ième} étage

Salle de consultation au sein de la maternité :



Table d'accouchement dans la salle commune de travail :



Salle de réanimation néonatale :



Matériels de soins pour le nouveau-né :



Examen d'un nouveau-né :



3.3.1.2) Les ressources humaines

On y compte :

- 3 gynécologues obstétriciens dont un Professeur titulaire
- 2 pédiatres dont 1 en cours de spécialisation
- des médecins en spécialisation en nombre variable
- 6 assistants médicaux dont 5 anesthésistes réanimateurs et une surveillante générale
- 67 sages-femmes (3 SF en garde sur la SDN, le pré travail et les grossesses pathologiques)
- 10 infirmiers d'état
- 29 gardes malades
- 6 manœuvres

3.3.1.3) Les activités

Elles comprennent :

- les activités de soins : les consultations prénatales et postnatales, les consultations gynécologiques et les vaccinations des nourrissons qui ont lieu tous les jours ouvrables de lundi à vendredi ; les accouchements, les interventions chirurgicales et les gardes sont faits tous les jours
- les activités de formation : destinées aux étudiants en médecine, aux étudiants assistants médicaux, aux élèves sages-femmes et aux élèves infirmiers
- les activités de recherche

3.3.2) La Clinique BIASA

Elle est située dans le centre ville de Lomé, à Nyékonakpoè entre la route de Kpalimé (La Nationale N°2), le boulevard du 13 janvier et l’Avenue François Mitterrand, au 30 rue Pasteur Baéta.

Cette situation lui donne une position privilégiée avec des moyens d'accès faciles et dégagés favorisant les entrées /sorties.

Il s'agit d'une clinique privée à but lucratif au Togo.

3.3.2.1) Locaux de tous les services de la clinique

On y trouve :

- 24 lits d'hospitalisation
- un bloc opératoire avec une salle de réveil
- une salle de surveillance post-interventionnelle
- une salle de soins d'urgence
- une salle de pré travail
- une salle d'accouchement

En ce qui concerne l'imagerie médicale, la clinique dispose d'une salle de radiologie et de mammographie ainsi qu'une salle d'échographie.

3.3.2.2) Les ressources humaines

Le personnel actuel est au nombre de 52 personnes composé entre autres de :

- 2 gynécologues obstétriciens
- 6 sages-femmes, 9 infirmières et de 3 aides-soignantes pour le secteur de gynécologie obstétrique
- 1 médecin pédiatre, 2 médecins généralistes, 1 médecin anesthésiste réanimateur, 1 médecin de radiologie et d'échographie, 1 médecin rhumatologue, 1 médecin urologue, 1 médecin neurologue, 2 médecins de chirurgie spécialisée.

Il est à noter que nous avons décrit seulement tous les services de la clinique et non seulement la maternité.

3.3.2.3) Les activités

Les activités menées sont les suivantes :

La gynécologie obstétrique, la stérilité ou assistance médicale à la procréation (FIV et insémination artificielle), la pédiatrie et d'autres spécialités permettent à la clinique d'apporter l'offre de soins les plus complets afin d'assurer une parfaite continuité des soins comme (la médecine générale, la chirurgie spécialisée la rhumatologie, l'urologie,

neurologie, la neurochirurgie, la cardiologie, l'anesthésie réanimation, la gastro-entérologie, la kinésithérapie, la radiologie, le laboratoire d'analyses médicales

3.4) Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive et multicentrique dans le but de décrire le suivi de la grossesse, l'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés dans deux maternités de Lomé, au Togo. Cette étude s'est déroulée du 28 Juillet au 25 Août 2008 simultanément dans les deux structures sanitaires retenues pour ce travail, soit une période de quatre semaines.

3.4.1) Modalité de recueil

La méthode d'étude utilisée a consisté dans un premier temps en une connaissance de la politique et du programme national sur le suivi de la grossesse en vigueur au Togo par les rencontres des chefs programmes du domaine et par la revue de la littérature.

Dans un deuxième temps, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comportant 20 questions en des focus groupes. Les focus groupes ont consisté à des entretiens individuels ou collectifs en fonction du secteur : privé ou public, ce dernier comptant beaucoup plus de sages-femmes.

Enfin le stage optionnel nous a permis de nous immerger dans le domaine de périnatalité au Togo.

En effet, pendant un mois nous avons communiqués avec ces femmes togolaises afin de comprendre leur vécu de la grossesse et de l'accouchement. En ce qui concerne la secteur privé, elles ont été pour le peu qu'on a rencontré, coopérantes par rapport au secteur public qui accueillent des femmes appartenant à des classes moyennes. Ces dernières ont été réticentes, voyant parfois en nous, des étrangères à la recherche d'un autre savoir que celui de l'occident. Malgré mon appartenance à la communauté togolaise, elles ont eu un peu de mal à m'accepter en tant qu'élève sage-femme comme mes consœurs de l'école de sage-femme de Lomé avec qui j'étais en stage. Les professionnels n'ont pas eu de difficultés à m'intégrer au sein de leur équipe mais me

rappelant sans cesse d'utiliser le peu de moyens techniques pour prendre en charge les parturientes qui étaient à ma charge.

3.4.2) Population étudiée

La population est composée de 40 sages-femmes exerçant dans le secteur public et privé. L'action entreprise sur place a permis dans un premier temps d'expliquer en quoi consistait notre étude et d'expliquer le questionnaire élaboré. L'anonymat des professionnels est respecté.

Quelque soit le lieu de l'étude, il a été inclu les sages-femmes qui réalisent les consultations prénatales et celles qui travaillent en salle de naissance.

Nous avons exclu les professionnels de santé qui n'interviennent pas directement dans le parcours de soins du suivi de la grossesse à l'accouchement.

3.5) Déroulement de l'étude

3.5.1) Période d'étude

L'action s'est déroulée pendant l'été 2008 (28 Juillet et 25 Août 2008) sur un (1) mois.

Notre objectif au début de cette étude serait d'améliorer la pratique par une étude des pathologies obstétricales liées au suivi de grossesse afin de les prévenir à l'avenir tout en tenant compte de la situation locale du pays.

3.5.2) Collecte et analyse des données

La collecte des données a été réalisée par la technique de l'interview directe à l'aide d'un questionnaire. Ce questionnaire comprend 20 questions. Il est écrit et élaboré par le chercheur à cet effet. (Confère Annexe 1) pour les nécessités de l'enquête qui a permis d'analyser le système de santé en terme d'offre et de prise en charge de la santé

de la mère et de l'enfant. Nous avons également fait des entretiens avec les sages-femmes.

Ce questionnaire a été pré testé dans une maternité à Lomé (centre de santé de Lomé) afin d'apprécier les difficultés potentielles sur le terrain et de réviser le questionnaire.

Le traitement des données a été fait sur place à partir du logiciel Excel dans EPI info. Les femmes ont été aussi interrogées dans les deux secteurs de soins. Les femmes enceintes se faisant suivre dans le privé ne diffèrent pas des populations européennes que l'on a eu à suivre dans notre cursus ; ce qui nous a conduit à abandonner cette clientèle. Par contre, vingt (20) femmes enceintes du secteur public ont donné quelques-unes de leurs avis sur le suivi de leur grossesse ; nous en parlerons dans nos résultats plus loin.

3.5.3) Difficultés rencontrées

Les problèmes que nous avons rencontrés au cours de ce travail sont de trois (3) ordres.

Le facteur temps a été le premier à jouer contre nous ; le stage optionnel nous a permis de découvrir une façon différente mais similaire dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement mais il a fallu travailler simultanément sur deux structures sanitaires à savoir l'Hôpital de Lomé-Tokoin et la clinique privée Biasa pour atteindre les objectifs poursuivis.

Nous n'avons pas pu établir un programme d'enquête avec des jours et horaires fixes et par conséquent avons travaillé autant que nous le permettait notre emploi de temps.

Devant la charge énorme de travail les sages-femmes et les chefs des programmes de santé maternelle ne se sont pas rendus toujours disponibles ; ce qui n'a pas rendu facile le remplissage des questionnaires.

Nous avons débuté par des entretiens avec les femmes enceintes mais nous avons abandonné du fait des difficultés de communication, du manque de temps et de l'absence de coopération.

3.5.4) Les points positifs

Malgré la charge énorme de travail des sages-femmes togolaises, on note une participation de 80% à notre étude.

En effet, sur 50 questionnaires au début de notre enquête, nous avons comptabilisé 40 à la fin de notre étude.

L'interview directe réalisée dans le cas où la sage-femme n'avait le temps de pouvoir elle-même remplir le questionnaire a permis d'avoir un dialogue direct avec elle tout en assurant l'anonymat.

On a également remarqué qu'elle était plus à l'aise à l'oral ; exprimant mieux leur pensée par rapport au groupe qui avait elle-même rempli le questionnaire.

Enfin, le contact avec les femmes enceintes malgré leur réticence permet d'expliquer une partie de nos résultats.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET COMMENTAIRES

Au terme de notre étude, quarante sages-femmes (40) ont répondu à notre questionnaire sans distinction entre le secteur privé et public mais précisons que le nombre de sages-femmes exerçant dans le secteur privé était minime.

4.1) Nombre de consultations prénatales (CPN) exigées :

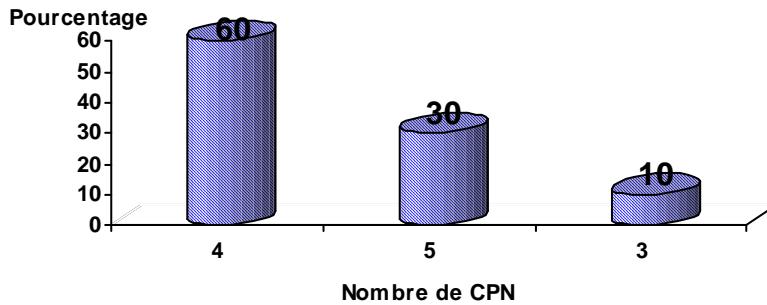


Figure 7: Nombre de consultations prénatales exigées

Par rapport au nombre de consultations prénatales exigées durant la grossesse : 60% des sages-femmes répondent 4 CPN, 30% donnent 5 CPN et 10% disent 3 CPN.

La majorité des sages-femmes dans notre étude connaissent le nombre de consultations prénatales recommandées par le programme national de santé de la reproduction pour un meilleur suivi de la grossesse dans les deux formations sanitaires.

Cependant la majorité des patientes interrogées, affirment qu'elles ignorent ces recommandations.

4.2) Nombre de CPN effectivement réalisées au cours de la grossesse.

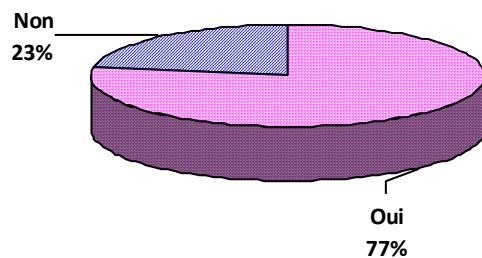


Figure 8: Nombre de CPN effectivement réalisées

77,5% des sages-femmes répondent que 5 CPN sont réalisées au cours de la grossesse.

Les femmes ne désirent pas faire ces quatre CPN et n'en voient l'intérêt.

Elles évoquent l'histoire de leurs mères et grands-mères qui n'avaient pas besoin d'une surveillance pendant la grossesse.

4.3) Raisons de non respect du nombre de consultations prénatales par les femmes enceintes :

Dans les raisons qui expliqueraient le non suivi du nombre de CPN recommandés, on retrouve :

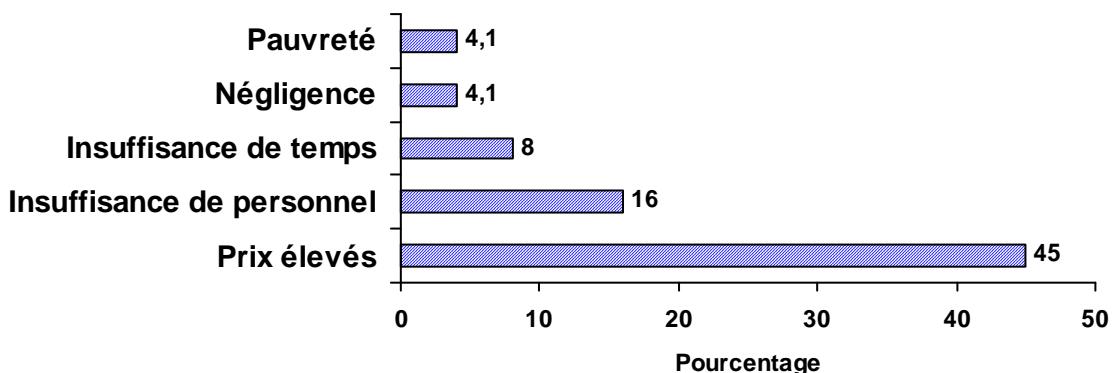


Figure 9: Raisons du non respect du nombre de CPN exigées

Seulement 24 sages-femmes ont répondu à cette question sur 40.

Parmi les causes du non respect des 4 CPN recommandées, le coût élevé des consultations et des analyses médicales sont cités par 45% des sages-femmes suivi de l'insuffisance de personnel en qualité et en quantité respectivement dans 30% et 15%.

Les femmes ici encore, n'évoquent pas comme on pourrait penser le facteur financier, mais plutôt de l'attitude des sages-femmes, qui dans leur besoin de bien faire leur métier donnent des directives que les patientes ne peuvent culturellement accepter.

4.4) Examens médicaux prescrits au cours de la grossesse :

Parmi les examens médicaux obligatoires recommandés au cours de la grossesse, 5 examens sont le plus souvent prescrits à savoir :

- le groupe sanguin rhésus
- les sérologies de toxoplasmose et de rubéole
- la numération formule sanguine au 6^{ième} mois
- la recherche de l'Antigène Hbs

On retrouve une disparité qui peut s'expliquer par le fait que les professionnels prescrivent les examens qu'ils jugent les plus importants en tenant compte des ressources financières des femmes enceintes.

Les Agglutinines irrégulières (RAI) par exemple ne seront demandées que si la femme est rhésus négative et même dans ce cas précis si elle ne dispose pas de moyen financier pour les Gammaglobulines, elle n'aura pas son injection à 28 semaines d'aménorrhée.

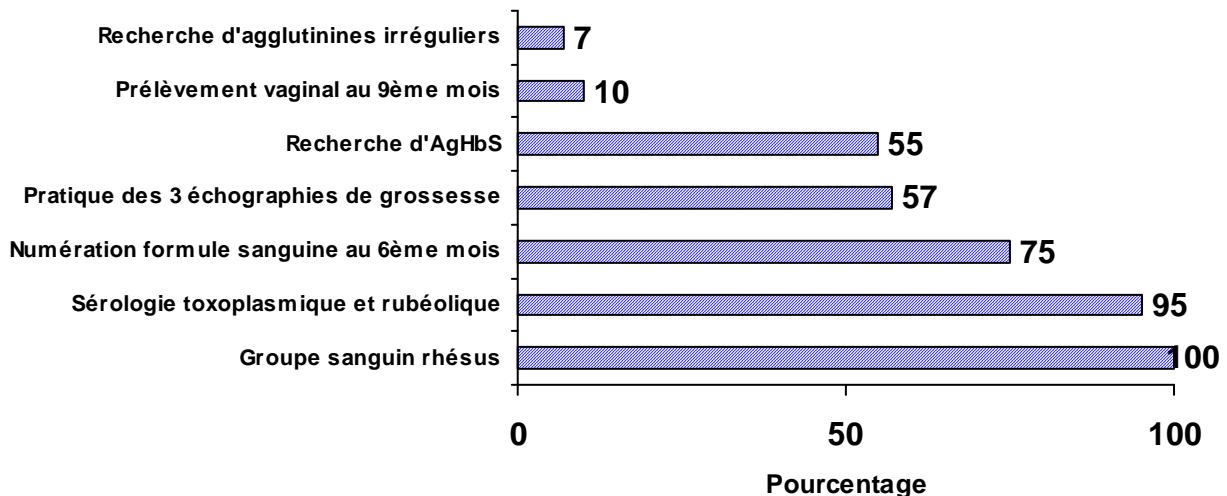


Figure 10: Examens prescrits obligatoirement

4.5) Paramètres vérifiés au cours des consultations prénatales

Concernant le déroulement d'une consultation prénatale, les réponses sont parfaitement en accord avec les recommandations de l'OMS en terme de suivi de grossesse.

Les CPN sont réalisées dans les conditions optimales par les sages-femmes mais une insuffisance numérique est ressentie par les patientes qui trouvent les délais d'attente trop longues.

Le suivi de base de la grossesse est efficace et assuré sur place, à des prix abordables pour la population bien que les sages-femmes aient une charge énorme de travail.

Toutefois, les Centres de Santé par exemple celui de Lomé réalisent aussi des CPN, d'où l'intérêt de d'améliorer les relations entre les professionnels de ces différents structures de soin. Nous avons pu observer durant notre stage, les difficultés de travail en réseau.

Le graphique ci-après illustre le suivi de base:

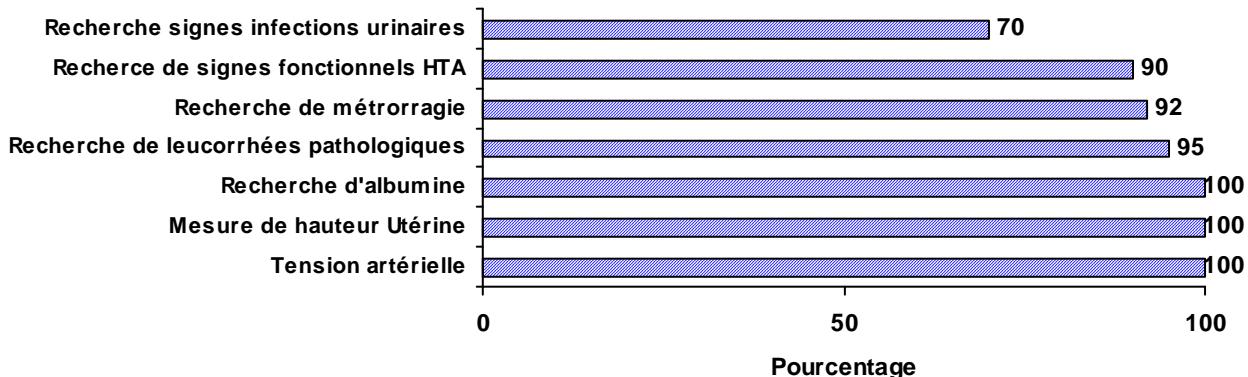


Figure 11: Paramètres systématiquement vérifiés/signes

4.6) Pathologies rencontrées au cours des CPN :

Parmi les pathologies souvent rencontrées au cours de la grossesse, on a retrouvé 7 ordres de classement en fonction de la fréquence de survenue.

Ce graphique ci-après en fait état :

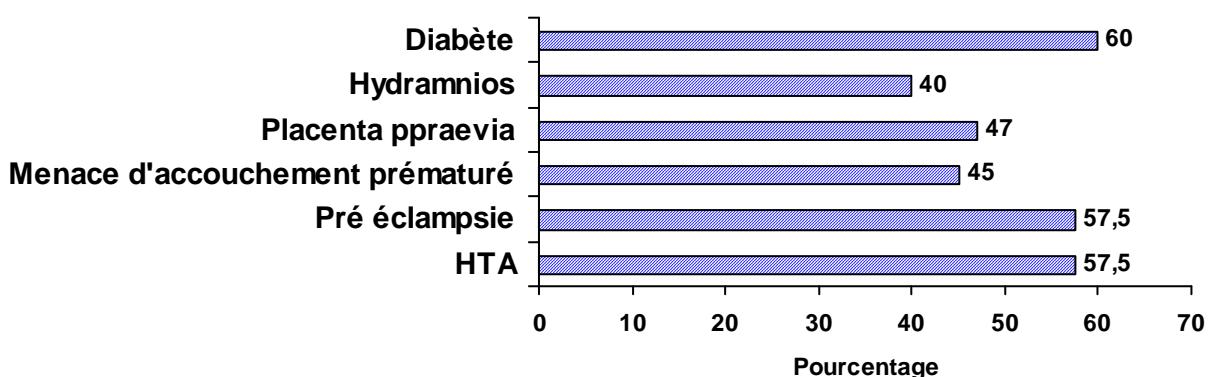


Figure 12: Pathologies rencontrées dans les grossesses à haut risque

On note que six (6) pathologies sont rencontrées dans plus de la moitié des cas à savoir l'HTA gravidique, la pré éclampsie, la diabète, le placenta prævia, la menace d'accouchement prématuré et hydramnios.

Néanmoins, la présence de la plupart de ces pathologies peut s'expliquer par le fait que la plupart des sages-femmes qui ont répondu à ce questionnaire appartiennent au centre de référence de Lomé, lequel reçoit toutes les pathologies obstétricales dont la prise en charge ne pourrait pas s'effectuer au niveau périphérique.

4.7) Disponibilité de moyens de travail :

Plus de la moitié des sages-femmes répondent qu'elles n'ont pas de moyens cliniques et para cliniques à leur disposition pour faire face à toutes les situations d'urgence.

Cela ne les empêche pas de travailler mais elles seraient pas contre l'idée d'avoir des kits d'urgence pour certaines circonstances où la parturiente n'aurait pas les moyens d'assurer les coûts liés à la prise en charge.

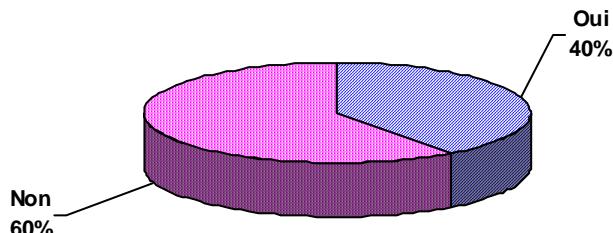


Figure 13: Moyens de détection des urgences obstétricales

4.8) Prise en charge en salle d'accouchement :

Elles avaient pour but de comparer la prise en charge en salle d'accouchement afin d'avoir une idée globale. Il en sort de ces réponses que la surveillance para clinique est limitée au maximum, ce qui permettrait aux parturientes de déambuler le plus souvent.

Le monitoring n'est utilisé que dans le secteur privé alors le stéthoscope de Pinard demeure le seul outil pour surveiller le rythme cardiaque du bébé dans le secteur hospitalier public.

Enfin la progression de la dilatation cervicale est réalisée à la fréquence d'une fois toutes les 2 heures au minimum dans 70% des cas.

Cette prise en charge respecte les dispositions de l'OMS et permet un travail naturel de ces femmes imprégnées dans leurs us et coutumes dans une pérennisation de leur héritage familial.

4.9) La surveillance de l'accouchement :

Aucune sage-femme n'a répondu à la question relative à la surveillance du travail et sur la façon dont la surveillance était faite en dehors de la prise des paramètres, de l'enregistrement du RCF et de la réalisation du toucher vaginal. On pourrait en déduire que la prise en charge est sage-femme dépendante et personnalisée à la parturiente.

On ne peut que dire les avantages d'un travail qui permet à ces parturientes de déambuler, de trouver spontanément des positions qui facilitent la descente du mobil fœtal.

Concernant le TV, l'OMS recommande la limitation pendant le travail dans le but de prévenir des infections materno-fœtales. On est loin de l'hyper médicalisation du travail où les femmes participent passivement à leur accouchement.

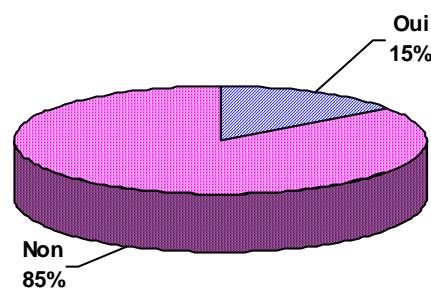


Figure 14: Monitoring du RCF en salle de travail

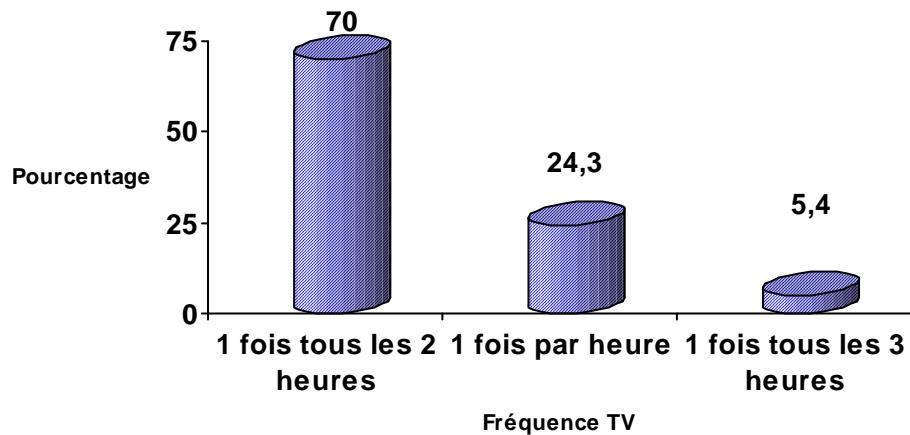


Figure 15: Fréquence de réalisation de TV chez la femme en travail

4.10) Choix de l'anesthésie péridurale par les parturientes :

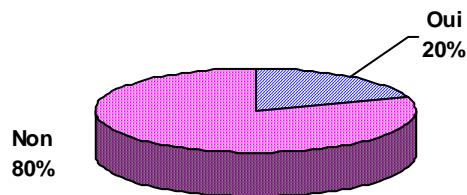


Figure 16: Possibilité de choix d'anesthésie péridurale

Les femmes ont rarement la possibilité de choisir une anesthésie qui demeure une possibilité uniquement en secteur privé et même dans ce cas précis dans la mesure des moyens financiers de la femme en travail. Ce choix ne s'offre pas aux parturientes dans le public.

Pour gérer les contractions, on retrouve : la déambulation pendant le travail, le souffle pour aider à supporter les contractions utérines et des antispasmodiques.

Cette demande est peu fréquente, et on ne peut parler de choix, puisque les femmes interrogées n'ont pas eu connaissance de cette technique. Pour elles, la douleur fait

partie intégrante de l'accouchement et elles ont besoin de passer cette étape pour devenir pleinement des mères et ainsi accéder à un clan.

4.11) Pathologies de l'accouchement :

Le champ de compétence des sages-femmes se limite à la physiologie ; la majorité des sages-femmes déclarent devoir faire appel à un médecin dès lors qu'elles sont face à une circonstance pathologique au cours du travail.

On retrouve entre autres : une stagnation de la dilatation, une présentation dystocique, un liquide méconial.

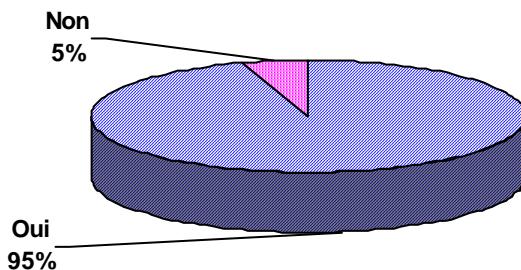


Figure 17: Appels au médecin en cas d'urgence

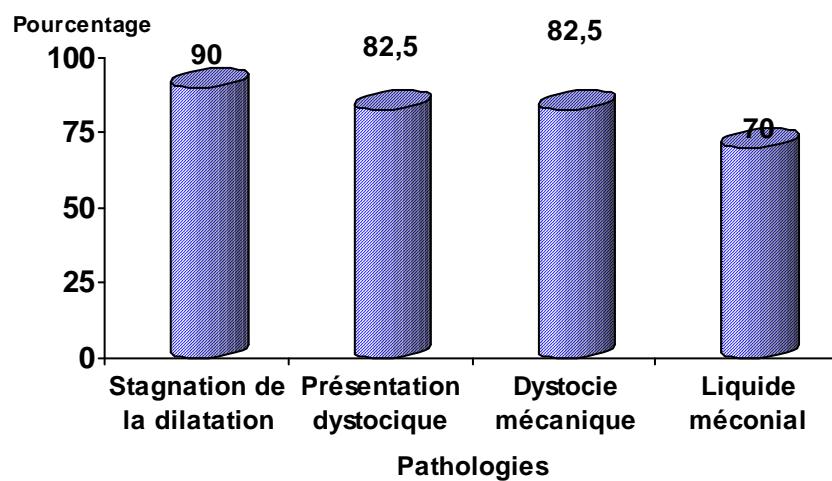


Figure 18: Pathologies de l'appel au médecin

4.12) Prise en charge du nouveau-né à la naissance :

Les questions relatives à l'évaluation du caractère optimal de l'accueil des nouveau-nés à la naissance révèlent : que 50% de sages-femmes ont cité la désobstruction des choanes à la naissance ; l'aspiration pharyngée n'étant pas systématique.

Parmi les soins réalisés au nouveau-né on note :

- la toilette
- la section /ligature et le pansement du cordon
- les mensurations (poids, PC, PT, taille)
- l'habillage accompagné de l'emmaillotage
- l'administration de gouttes oculaires et de vitamine K1
- la mise au sein immédiate dans l'heure qui suit la naissance
- l'oxygénation en cas de nécessité
- l'abord veineux et l'antibiothérapie si l'état du nouveau-né l'exige

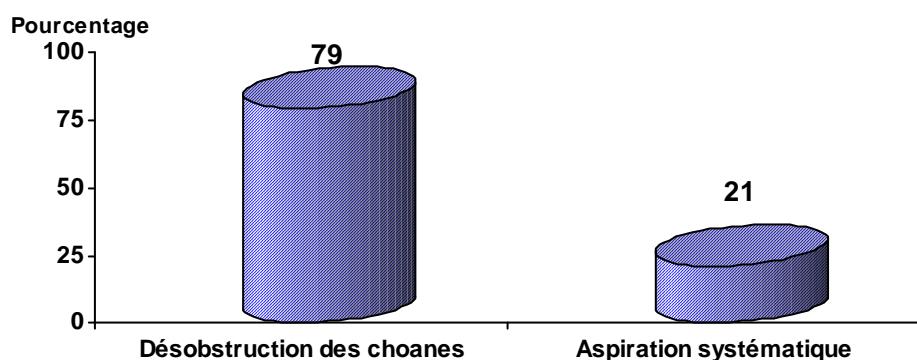


Figure 19: Accueil du nouveau né à la naissance

La majorité, 95% et 53% des sages-femmes ont la capacité à réaliser respectivement une oxygénation et une ventilation alors que l'intubation ne semble pas être de la compétence des sages-femmes au Togo mais plutôt des médecins anesthésistes réanimateurs.

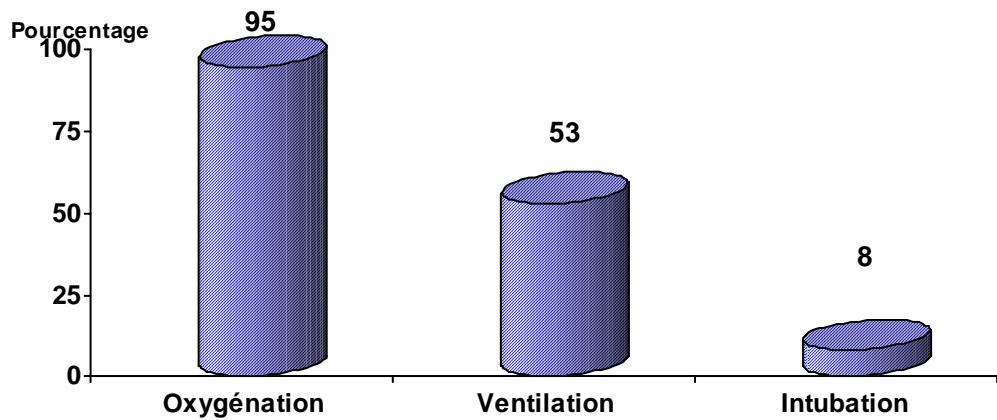


Figure 20: Compétences de la sage femme en cas de difficultés d'adaptation du nouveau-né à la naissance

Cependant, le pédiatre est facile à joindre par la majorité des sages-femmes quelque soit le lieu d'activité (privé ou public).

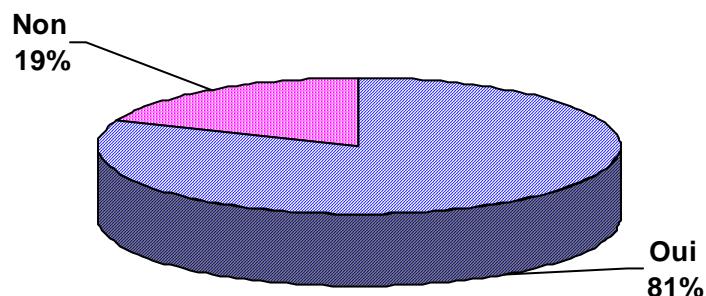


Figure 21: Disponibilité du pédiatre en cas de difficulté de non adaptation

La moitié des sages-femmes répondent que le matériel de réanimation néonatale mis à leur disposition est suffisant pour les situations extrêmes.

Rappelons que dans l'établissement hospitalier de référence, un service de réanimation est sur place et le transfert d'un service à l'autre est plus facile à réaliser.

Alors que dans l'établissement privé, même si un pédiatre est présent, il n'existe pas de réel service pour prendre en charge rapidement un nouveau-né présentant une pathologie sévère et qu'un transfert serait plus difficile à organiser vers un centre de référence.

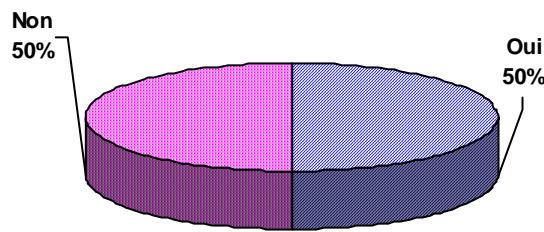


Figure 22 : Disponibilité de matériels de réanimation néonatale

4.13) Besoin de formation des sages femmes :

Concernant l'avis des sages-femmes sur l'adaptation de leur formation et son caractère suffisant, la moitié pense qu'elles ont besoin de formations continues et de mise à niveau; le tiers affirme que leur formation initiale est suffisante.

Certaines (15%) pensent avoir besoin de beaucoup plus de gynécologues, de pédiatres.

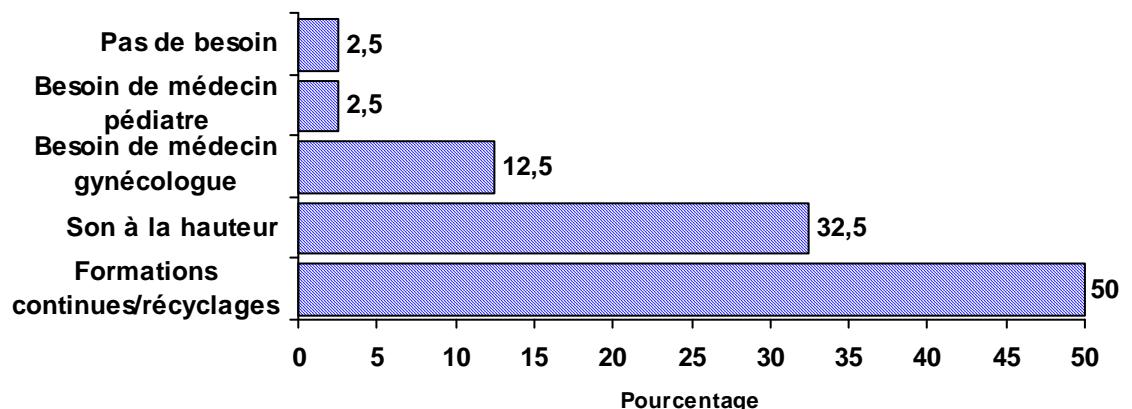


Figure 23 : Caractère suffisant de la formation des sages-femmes

DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

5) Discussion :

5-1) En ce qui concerne le suivi de la grossesse et de l'accouchement :

D'après de nombreuses auteurs notamment [9], [10] et [11], le nombre et la qualité des CPN influencent sur la morbidité et la mortalité du nouveau-né.

Notre étude révèle que les professionnels maîtrisent le contenu des consultations prénatales et que les femmes enceintes ne font pas le nombre de CPN exigées à cause de des coûts élevés de la consultation et des analyses complémentaires. On note un facteur culturel important, ce qui entraverait la prise en charge. Ce résultat ne nous surprend guère car les CPN sont encore négligées dans les pays en voix de développement.

Il ne faut pas seulement un nombre élevé de CPN mais ces dernières doivent être de bonne qualité au cours desquelles on apprécie l'état de santé des mères, le développement du fœtus afin de dépister à temps les anomalies au cours de la grossesse et le transfert en milieu protégé. La consultation prénatale doit constituer un maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité ainsi que la morbidité maternelle et périnatale.

Nos résultats rejoignent ceux d'AHOSSOU en 1991 dans [12] qui retrouve des équipements sommaires au sein de la maternité du CHU-Tokoin de Lomé notamment dans le cadre de la surveillance de l'évolution du travail et de l'état du fœtus, surtout pour juguler les urgences obstétricales reçues dans le service.

EKLOU en 2003 et BASSOWA en 2006 dans [13] et [14], parle d'un dépistage précoce des pathologies au cours de la grossesse que sont la pré éclampsie, le diabète et la MAP pour diminuer le taux de mortalité en per et post partum au CHU-Tokoin de Lomé. Nos résultats se rapprochent en termes de pathologies dépistables au cours des CPN.

5-2) En ce qui concerne la surveillance de l'état fœtal et l'accueil à la naissance :

On constate une absence de moyens fiables pour diagnostiquer de façon précoce une souffrance fœtale aiguë.

L'utilisation de moyens rudimentaires comme l'auscultation au stéthoscope de Pinard et l'appréciation de la coloration du LA pendant le travail demeure les outils indispensables et utilisés sur place.

Notre étude fait ressortir un sous équipement des services en matériel de réanimation néonatale laquelle est le plus souvent limitée à une aspiration des voies aériennes supérieures et à une oxygénation.

Ce qui rejoint KOUDJOWA en 1995 dans [15] qui retrouve un manque de renouvellement du matériel de réanimation néonatale liée à un problème financier du CHU-Tokoin de Lomé.

5-3) En ce qui concerne la formation des sages-femmes sur place :

Cette formation est théorique et pratique étalée sur 3 ans dans l'unique école de sages-femmes de Lomé. Elles reçoivent donc la même formation de base mais nos résultats prouvent que les réponses données montrent une disparité importante sur les pratiques.

Cette formation est assurée par des médecins et des sages-femmes monitrices.

Les protocoles de service doivent être revus régulièrement et diffusés afin d'évaluer les connaissances et pratiques des professionnels.

Ces sages-femmes sont perçues de façon négative par les patientes qui n'hésitent pas à réduire leur CPN. La culture togolaise donne l'image de mère aux sages-femmes, donnant des directives à ces femmes, ce qui les place dans un rapport de supériorité difficilement acceptable pour les futures accouchées.

Elles sont cliniciennes, travaillent avec des moyens cliniques de base avec des connaissances qu'elles doivent cependant réactualiser régulièrement.

6) Suggestions

A l'issue des résultats de cette étude descriptive sur le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge des nouveau-nés à la naissance dans 2 maternités à Lomé au Togo, nous formulons les suggestions suivantes :

6.1) A l'endroit des femmes enceintes, des maris et des familles

- renforcer les séances d'information et de sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance et les avantages des consultations prénatales pour un suivi régulier de la grossesse afin de pouvoir dépister à temps les pathologies, les complications et les traiter à temps.
- Renforcer la formation des femmes relais et les agents de santé communautaires pour le suivi et la reconnaissance des signes de danger obstétricaux.
- Les femmes relais doivent être formées sur les avantages d'une prise en charge hospitalière.
- Sensibiliser davantage les maris et les familles sur les bienfaits de la surveillance de la grossesse et une épargne de fonds pour un suivi régulier de la grossesse et une meilleure préparation à l'accouchement.

6.2) A l'endroit du personnel médical et paramédical intervenant dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né :

- Respecter le nombre de consultations prénatales recommandées par le programme national de la maternité à moindre risque
- Renforcer et améliorer la qualité des séances d'information et de communication afin d'augmenter la fréquentation des structures sanitaires
- Impliquer les maris et les communautés dans le suivi de la grossesse et de la préparation de l'accouchement
- dépister les grossesses à risque au cours des CPN et décider à temps de leur transfert dans les formations sanitaires les plus équipées.

6.3) Aux autorités administratives :

- Doter les maternités des hôpitaux de référence en personnel qualifié et en équipement avec disponibilité des facilités chirurgicales pour faire en temps utile une césarienne.
- Subventionner le coût de la prise en charge du suivi de la grossesse et de l'accouchement afin de permettre aux femmes enceintes de venir à toutes les consultations prénatales recommandés par le programme national et de permettre aux hôpitaux de prendre en charge les référencées
- Poursuivre la mise à niveau régulière du personnel de soins en vue de renforcer leurs connaissances et compétences en santé de la mère et du nouveau-né.

CONCLUSION

Conclusion

Cette étude descriptive effectuée du 28 juillet au 25 août 2008 dans deux maternités de Lomé, capitale du Togo nous a permis d'évaluer le suivi de la grossesse, de l'accouchement, et du nouveau-né, d'apprécier la formation de base donnée aux sages femmes, l'équipement en place et d'avoir un aperçu du système de santé.

Il ressort de notre étude les constatations suivantes :

- La majorité (60%) des sages-femmes connaissent et pratiquent le nombre de consultations prénatales en vigueur dans le pays.
- Les femmes enceintes ne respectent pas souvent les 4 consultations prénatales recommandées en raison du coût élevé, du faible taux de fréquentation des centres de santé et de l'insuffisance du personnel.
- Le bilan obligatoire de grossesse est demandé systématiquement et les paramètres recommandés par l'OMS sont bien vérifiés.
- Six pathologies de grossesse à haut risque sont souvent rencontrées : l'hypertension artérielle, le pré éclampsie, la menace d'accouchement prématuré ou sans RPM, placenta prævia, l'hématome rétro placentaire et le diabète.
- Les moyens cliniques et para cliniques pour détecter les situations d'urgence obstétricales ne sont pas disponibles.
- La surveillance en salle de travail, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal est fait par monitoring dans la clinique privée alors qu'il est fait seulement avec le stéthoscope de Pinard ; les autres paramètres comme la prise de la tension artérielle, le pouls, et la pose d'une VVP sont faits systématiquement. La progression de la dilatation cervicale est réalisée toutes les 2 heures au maximum dans 70% des cas.
- Les parturientes n'ont pas la possibilité de faire le choix de l'anesthésie péridurale ; cette possibilité n'est offerte qu'aux femmes qui accourent dans le privé où le coût de prise en charge est élevé.

- 80 % des sages-femmes font appel à un médecin en présence de circonstances pathologiques comme : la stagnation de la dilatation cervicale, la présentation dystocique, la dystocie mécanique et la présence du liquide méconial.
- L'accueil du nouveau-né est commencé par une désobstruction des choanes par la majorité (50%) des sages-femmes et l'aspiration pharyngée est systématique dans 21% des cas ; tous les soins au nouveau-né sont réalisés ; la toilette, la section et le pansement du cordon, les mensurations (poids, PC, PT, taille), l'habillage et l'emmaillotage, l'administration de gouttes oculaires et de vitamines K1, la mise au sein immédiate dans l'heure qui suit la naissance)
- En cas de difficultés d'adaptation du nouveau-né, 95% des sages-femmes pratiquent l'oxygénation, 52 % pratiquent la ventilation et seules 8% sont capable de pratiquer une intubation.
- 50% des sages-femmes disent que le matériel de réanimation du nouveau-né est à leur disposition.

L'évaluation du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né dans les deux maternités permet de dire que les femmes enceintes sont bien prises en charge par les sages-femmes tout le long de la grossesse, du travail et les nouveau-nés sont bien accueillis, ceci n'est certainement pas le cas dans les maternités en milieu rural. Les coûts élevés des analyses médicales au cours du suivi constituent un handicap à la fréquentation des services.

Il serait nécessaire qu'une telle étude se réalise dans d'autres localités du pays afin de comparer le milieu urbain et le milieu rural et avoir un panorama exact de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né dans tout le pays.

Bibliographie

Annuaire :

Ministère de la santé : annuaire des statistiques 2003

Ouvrage :

[1] Plan National de Développement Sanitaire, Période 2002-2006

Direction générale de la Santé Publique au Togo

[2] Profil de Santé de pays : Togo 2004

OMS / Ministère de Santé au Togo

[3] Evaluation des soins obstétricaux et néonatals d'urgence au Togo

Rapport final, Août 2007

Division de la Santé Familiale

[4] Politiques et Normes en santé de la Reproduction du Togo

Division de la Santé Familiale, juillet 2001

[5] Protocole de Santé de la Reproduction, Tome 1

Division de la Santé Familiale, Octobre 2002

[6] Catalogue de description du coût financier des différents kits de prise en charge des femmes enceintes de l'hôpital de Bê à Lomé

[7] Catalogue de description du coût financier de prise en charge des femmes enceintes à la Clinique Biasa

[8] « Agir pour sauver les mères et les nouveau-nés »

Ministère de la Santé au Togo en collaboration avec l'Association des Sages-femmes du Togo avec l'appui de l'USAID / OMS

[9] La mortalité périnatale au CHR de Sokodé (Togo), Revue de Gynécologie/Obstétrique

N°91 de 1996 d'Akpadza, Baëta, Adjagba et Hodonou

Mémoires et Thèses :

[10] Yaya I. Mortalité néonatale précoce au Togo, Afrique de l'Ouest:Etude des facteurs liés à la mortalité néonatale précoce au CHU-TOKOIN de Lomé du 1^{er} mai au 31 décembre 2001. [Mémoire d'assistant médical, option Technicien Supérieur de Santé]

[11] Tchalim E. Mortinatalité au Togo, Afrique de l'Ouest : Facteurs de risque de mortinatalité à la Maternité du CHU de Kara (nord du Togo). Résultats d'une étude cas /témoins réalisé du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005. [Mémoire d'assistant médical, option Technicien Supérieur de Santé]

[12] Ahossoa S. Contribution à l'étude de la mortalité maternelle dans 2 maternités urbaines du Togo. [Thèse en médecine, 1991] Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lomé, Togo

[13] Eklou D. La mortalité maternelle en per et post partum à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU-Tokoin de Lomé. [Thèse en médecine, 2003] Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lomé, Togo

[14] Bassowa B. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux à la maternité du CHU-Tokoin de Lomé. [Thèse en médecine, 2006] Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lomé, Togo

[15] Koudjowa A. Consultation prénatale et pronostic maternel et fœtal à propos de 300 accouchements effectués à la maternité du CHU-Tokoin de Lomé en 1994

[Thèse en médecine, 1995] Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lomé, Togo

[16] Femmes et enfants du Togo, République togolaise/ UNICEF

Sites internet :

<http://www.who.int/countries/tgo/fr>

<http://www.sgobt.org/>

<http://www.wikipédia.fr>

<http://www.maps.fr>

Associations :

ASSAFETO: Association des Sages-femmes du Togo

ATBEF : Association Togolaise pour le Bien-être Familial

DGC : Direction Générale de la Communication

DPP : Direction de la Planification Familiale au Togo

FMMP : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

RPPD-Togo : Réseau des Parlementaires pour la Population et le développement

USAID: United States Agency for International Development

AWARE: Action for West Africa Region

Correspondance à Lomé :

Dr AGBOBLI-APETSIANYI Eli Déla (FHP Santé de la Reproduction OMS/Togo)

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
LISTE DES ACRONYMES UTILISES	6
INTRODUCTION	8
Contexte	9
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	11
2.1) Présentation du TOGO :	12
2.1.1) Situation géographique :	12
2.1.2) Situation démographique :	14
2.1.3) Situation politique :	14
2.1.4) Situation économique et social :	14
2.2) Système de santé au Togo :	15
2.2.1) Organisation du système de santé :	15
2.2.2) Organisation des infrastructures de soins :	16
2.2.3) Offre de services :	17
2.2.3.1) Le Secteur public de soins :	17
2.2.3.2) Le secteur privé de soins :	19
2.2.4) Les ressources humaines :	20
2.2.5) Le Financement de la santé :	20
2.3) Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Togo :	22
2.3.1) Les Politiques et normes pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement au Togo :	22
2.3.1.1) Le suivi de la grossesse au Togo :	22
2.3.1.2) La conduite de l'accouchement au Togo :	25
2.3.2) Coût de la prise en charge de l'accouchement physiologique au Togo :	29
2.3.2.1) Dans le secteur public : exemple du CHU- Tokoin	30
2.3.2.2) Dans le secteur privé : exemple de la clinique Biasa.....	33
2.3.3.3) L'approche de la féminité chez les femmes togolaises :	35
DEUXIEME PARTIE : CADRE ET METHODE D'ETUDE	38
3.1 Justification de l'étude :	39
3.2) Cadre d'étude :	42
3.3) Description du lieu d'enquête :	43
3.3.1) CHU-TOKOIN de Lomé :	43
3.3.1.1) Les locaux :	43
<i>Table d'accouchement dans la salle commune de travail :</i>	45
<i>Salle de réanimation néonatale :</i>	45
<i>Matériels de soins pour le nouveau-né :</i>	46
<i>Examen d'un nouveau-né :</i>	46
3.3.1.2) Les ressources humaines :	47
3.3.1.3) Les activités :	47

3.3.2) La Clinique BIASA :	47
3.3.2.1) Locaux de tous les services de la clinique	48
Les activités menées sont les suivantes :	48
3.4) Méthode de l'étude :	49
3.4.1) Modalité de recueil :	49
3.4.2) Population étudiée	50
3.5) Déroulement de l'étude :	50
3.5.1) Période d'étude :	50
3.5.2) Collecte et analyse des données :.....	50
3.5.3) Difficultés rencontrées	51
TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET COMMENTAIRES	53
4.1) Nombre de consultations prénatales (CPN) exigées :.....	54
4.2) Nombre de CPN effectivement réalisées au cours de la grossesse.....	54
4.3) Raisons de non respect du nombre de consultations prénatales par les femmes enceintes :	55
4.4) Examens médicaux prescrits au cours de la grossesse :	55
4.5) Paramètres vérifiés au cours des consultations prénatales	56
4.6) Pathologies rencontrées au cours des CPN :	57
4.7) Disponibilité de moyens de travail :	58
4.8) Prise en charge en salle d'accouchement :	58
4.9) La surveillance de l'accouchement :	59
4.10) Choix de l'anesthésie périderale par les parturientes :	60
4.11) Pathologies de l'accouchement :	61
4.12) Prise en charge du nouveau-né à la naissance :	62
4.13) Besoin de formation des sages femmes :	64
DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	65
5) Discussion :.....	66
5-1) En ce qui concerne le suivi de la grossesse et de l'accouchement :	66
5-2) En ce qui concerne la surveillance de l'état foetal et l'accueil à la naissance ..	67
5-3) En ce qui concerne la formation des sages-femmes sur place :	67
6.1) A l'endroit des femmes enceintes, des maris et des familles.....	68
6.2) A l'endroit du personnel médical et paramédical intervenant dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né :	68
6.3) Aux autorités administratives :	69
CONCLUSION.....	70
Bibliographie.....	73
TABLE DES MATIERES	76
ANNEXE 1	79

Fiche d'enquête :	79
RESUME	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXE 1

Fiche d'enquête :

Mlle AGBOBLI Abla, étudiante sage-femme 3^{ième} année à l'école de sage-femme de Nancy (France).

Dans le cadre d'un mémoire intitulée ***Le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charges des nouveaux-nés dans 2 maternités à Lomé, au TOGO en 2008.***

Je vous fais part de ce questionnaire qui me permettra d'analyser le système de santé en terme d'offre et de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

1) Combien de consultations prénatales (CPN) les autorités nationales sanitaires exigent dans le suivi d'une grossesse ?

1 2 3 4 5

2) Ce nombre de consultations prénatales est-il effectivement réalisé par les professionnels de santé ?

Oui Non

3) Si non, quelles en sont les raisons ? Choisissez parmi les suivantes :

- le manque de temps
- l'insuffisance de personnel
- le prix élevé des consultations et des examens de grossesse
- l'absence de fréquentation des maternités par les femmes enceintes
- Autre raison :

4) quels sont les examens obligatoires qui sont systématiquement prescrits aux femmes enceintes ?

a) le groupe sanguin rhésus	oui	non
b) les sérologies toxoplasmique et rubéolique	oui	non
c) le RAI (recherche d'agglutinines irrégulières)	oui	non
d) la recherche d'AgHbs	oui	non
e) la pratique de 3 échographies de grossesse (une par trimestre)	oui	non
f) numération formule sanguine au 6 ^{ième} mois de grossesse	oui	non
g) un PV (prélèvement vaginal) au 9 ^{ième} de grossesse	oui	non

5) Au cours d'une consultation, quels sont les paramètres qui sont vérifiées systématiquement :

-la TA	oui	non
-la mesure de la hauteur utérine	oui	non
-la recherche d'albuminurie	oui	non
-la recherche de SFU	oui	non
-la recherche de SFHTA	oui	non
-la présence de métrorragies (perte de sang) :	oui	non
-la présence de leucorrhées pathologiques	oui	non

6) Dans le cas de grossesses à haut risque, quelles sont les pathologies souvent rencontrées ? Classez ces pathologies en fonction de leur fréquence de 1 à 7

- HTA gravidique
 - Pré éclampsie
 - Diabète gestationnelle
 - MAP (menace d'accouchement prématuré) avec ou sans RPM

- Placenta prævia
- Hématome rétro placentaire
- Hydramnios

7) Selon votre connaissance du terrain, les moyens cliniques et para cliniques mis à votre disposition vous permettent-ils de détecter les situations à risque d'urgence obstétricale quelles qu'elles soient ?

Oui

Non

8) Lorsqu'une femme enceinte est admise en salle de travail, un enregistrement du RCF par monitoring et des paramètres (TA, pouls, ...), la pose d'une VVP sont-ils réalisés en systématique ?

Oui

Non

9) À quelle fréquence est réalisée le TV chez une femme en travail ?

1 fois/heure

1 fois tous les 2 heures

1 fois tous les 3 heures

10) Comment se fait la surveillance para clinique en cours de travail ?

11) Les femmes ont-elles la possibilité de choisir une Anesthésie Péridurale ?

Oui

Non

12) Si non, comment arrivent-elles à gérer les contractions utérines ?

13) En cas de circonstances pathologiques, la sage-femme doit-elle faire appel au médecin ?

Oui

Non

14) Si oui, choisissez parmi les circonstances pathologiques suivantes :

- présentation dystocique (siège, nez)
- dystocie mécanique
- stagnation de la dilatation cervicale
- liquide méconial

15) Comment réalise-t-on l'accueil du nouveau-né à la naissance ?

a) l'aspiration bucco-pharyngée est-elle systématique ? Oui Non

b) la désobstruction des choanes est-elle faite ? Oui Non

16) Si non, quels sont les soins réalisés aux nouveau-nés ? Les listez

-
-
-

17) En cas de difficultés d'adaptation du nouveau-né à la naissance, est-il de la capacité de la compétence de la sage-femme :

- | | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| - de pratiquer une oxygénation | oui | non |
| - de pratiquer une ventilation | oui | non |
| -de pratiquer une intubation | oui | non |

18) Si non, un pédiatre est-il facilement joignable ? oui non

19) Disposez-vous de matériel en conséquence pour la réanimation néonatale sur place ?

20) Pour conclure, votre formation de sage-femme vous paraît-elle à la hauteur des situations obstétricales auxquelles vous faites face ? Question ouverte

TITRE : « Le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge des nouveau-nés dans 2 maternités à Lomé, au TOGO en 2008 »

AUTEUR: Abla Fiavi AGBOBLI

**SOURCE : Ecole de Sages – Femmes Albert FRUHINSHOLZ de Nancy
Promotion 2009**

TYPE : Mémoire

DOMAINE : Gynécologie - Obstétrique

RESUME :

Après un exposé sur l'organisation du système de santé togolais, ce mémoire se propose d'évaluer la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né afin d'en faire ressortir les problèmes majeurs et de proposer des pistes d'amélioration dans le domaine de la périnatalité. L'étude a été menée au cours de l'été 2008 dans 2 maternités de la capitale togolaise : le CHU-Tokoin de Lomé ; un hôpital de référence nationale sur place et la Clinique privée Biasa ; elle aussi de grande notoriété publique.

Au regard des résultats obtenus, il en ressort un manque énorme de matériels des structures hospitalières qui découle d'un défaut de renouvellement et une fréquentation moyenne des maternités par les femmes enceintes à cause des coûts élevés des examens complémentaires prescrits par les professionnels de santé.

Ce mémoire est complété par des suggestions à l'endroit des femmes enceintes, des professionnels et surtout des autorités administratives qui doivent s'efforcer d'allouer des fonds destinés à la santé maternelle et infantile dans les années à venir. Enfin, il serait sans doute intéressant que cette étude soit reconduite en milieu rural afin d'avoir une vision globale sur le territoire national.

MOTS CLES :

Système de santé, Pays en voie de développement, Togo, Périnatalité.

SUMMARY:

After a report on Togolese health system, this memory intends to show how professionals take care of pregnant women and babies; the purpose is to determine major problems and to improve the life of maternities.

The survey carries out during summer 2008, in two maternities hospitals in Lomé, capital of Togo: the CHU-Tokoin of Lomé, a public hospital and the private clinical Biasa.

Our results show a lack of materials which are not renewed and underlines the fact that a few women are not followed up during pregnancy because of expensive price.

It leads to bring some ideas to the authorities to invest money to take care of pregnant women and babies.

Finally, we think it will be interesting to carry out the same study in the rural area in order to have a global view.

KEYS WORDS:

Health system, Developing countries, Togo, Perinatology.