

Programme standard de visites prénatales comparé aux programmes alternatifs pour les grossesses à faible risque

MARS 2012

Résumé Structuré

Contexte

Le nombre de visites prénatales a été établi sans preuve sur le nombre de visites nécessaires. Le contenu de chaque visite nécessite également une évaluation.

Objectifs

Comparer l'efficacité des programmes avec réduction du nombre de visites prénatales à ceux du programme standard, pour les grossesses à faible risque.

Stratégie de recherche

Nous avons consulté le Registre des Essais du Groupe Grossesse et Accouchement de la collaboration Cochrane (Avril 2010), les références bibliographiques des articles, et avons contacté des chercheurs dans le domaine.

Critères de sélection

Etaient inclus les essais randomisés comparant des visites prénatales à nombre réduit, avec ou sans objectifs de soins, aux visites standards.

Collecte et analyse des données

L'évaluation de la qualité des essais ainsi que l'extraction des données ont été menées indépendamment par deux auteurs.

Principaux résultats

Nous avons inclus sept essais (plus de 60.000 femmes): quatre de pays à revenu élevé, avec randomisation individuelle, et trois de pays à revenu faible et intermédiaire, avec randomisation par grappe (les cliniques étant les unités de randomisation). Le nombre de visites standards variait, avec un nombre de visites réduit dans les essais de pays à revenu faible et intermédiaire.

Editorial

Dans le cadre du projet « Effective Health Care Research Consortium », le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) s'est engagé à traduire les revues systématiques relatives aux priorités identifiées par les parties prenantes.

Nous proposons deux traductions :

- Le résumé structuré scientifique pour les professionnels
- Le résumé en langage courant pour les non experts.

Programmes standards ou programmes avec réduction de visites prénatales : quels sont les plus efficaces pour les grossesses à faible risque?

Dans les études des pays à revenu élevé, les femmes des groupes à visites réduites y ont eu recours en moyenne 8,2 à 12 fois. Dans les essais menés dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de nombreuses femmes du groupe à visites réduites en ont effectué moins de cinq, bien que le contenu et le nombre de visites aient été modifiés dans ces essais, pour être plus «axés sur les résultats».

La mortalité périnatale était accrue dans les groupes à visites réduites, par rapport à ceux des visites standards, et cette différence était à la limite de la significativité statistique (cinq essais; risque relatif (RR) = 1,14, avec intervalle de confiance à 95% (IC95%) = [1,00 ;1,31]). Dans l'analyse des sous-groupes, le nombre de décès était faible dans les pays à revenu élevé (32/5108), et il n'existait pas de différence nette entre les groupes (2 essais ; RR= 0,90 ; IC95% = [0,45 ;1,80]). Pour les pays à revenu faible et intermédiaire, la mortalité périnatale était significativement plus élevée dans les groupes à visites réduites (3 essais ; RR= 1,15 ; IC95% = [1,01 ; 1,32]). Les réductions des visites étaient associées à une réduction de l'admission en soins intensifs néonataux, ce qui était à la limite de la significativité (RR= 0,89 ; IC95% = [0,79 ; 1,02]). Il n'y avait pas de différences nettes entre les groupes pour les autres résultats cliniques observés.

Dans tous les contextes, les femmes étaient peu satisfaites par les programmes avec réduction des visites et trouvaient l'intervalle entre ces visites trop long. La réduction des visites pourrait être associée à de moindres coûts.

Conclusions des auteurs

Dans les contextes à ressources limitées, où le nombre de visites est déjà faible, les programmes avec réduction des visites prénatales sont associés à une augmentation de la mortalité périnatale, par rapport au programme standard, bien que l'admission en soins intensifs néonataux puisse être réduite. Les femmes préfèrent le schéma standard des visites. Dans les contextes où le nombre standard de visites est faible, elles ne devraient pas être réduites sans une surveillance rapprochée des paramètres foetaux et néonataux.

Résumé en langage courant

Programmes alternatifs de visites prénatales pour les grossesses à faible risque

Un nombre de visites de routine a été établi pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénataux, sans preuves sur le nombre de visites qui serait nécessaire pour optimiser la santé maternelle et infantile, ou profitable pour les femmes. Ces visites peuvent comprendre des bilans, une éducation et d'autres examens médicaux. Cette revue analysait les études où les femmes du programme de visites standards étaient comparées à celles bénéficiant de visites réduites.

Nous avons inclus sept essais contrôlés randomisés impliquant plus de 60.000 femmes. Les essais ont été menés dans les pays à revenu élevé (quatre essais) et dans les pays à revenus faible et intermédiaire (trois essais). Dans les pays à revenu élevé, le nombre de visites a été réduit à environ huit. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de nombreuses femmes du groupe à visites réduites y ont eu recours moins de cinq fois, bien que le contenu de ces visites ait été modifié en fonction des objectifs. Dans cette revue, il n'y avait pas de forte preuve de différences entre les groupes, pour les nombres de naissances prématurées ou de nouveaux-nés de petit poids. Cependant, il existait des preuves dans ces essais, que la mortalité périnatale pouvait augmenter avec la réduction des visites dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les nombres d'inductions du travail et de naissances par césarienne étaient similaires dans les deux groupes. Il est prouvé dans tous les contextes, que les femmes étaient peu satisfaites des programmes de visites limitées ; certaines d'entre elles considérant l'intervalle entre ces visites trop long. La réduction des visites pourrait être associée à de moindres coûts.

Référence: Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934. DOI:10.1002/14651858. CD000934. pub2.**

Traduction: Evina CD, Tamo VC, Vouking ZM. **Supervision:** Habiba Garga, Mbuagbaw L, Ndongo JS, Yondo D, Ongolo-Zogo P.