

## SOMMAIRE

	<b>PAGES</b>
INTRODUCTION.....	01

### **PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA CONSULTATION PRENATALE ET L'UTILISATION DES SERVICES**

1. LA CONSULTATION PRENATALE.....	02
1.1. Quelques définitions.....	02
1.1.1. La période périnatale.....	02
1.1.2. Mortalité maternelle.....	02
1.1.3. Mortalité périnatale.....	04
1.2. Santé maternelle et néonatale.....	04
1.3. Proposition de contenu de la CPN aujourd'hui.....	05
1.3.1. Contenu de la CPN proposée par l'OMS en 1994.....	05
1.3.2. Contenu de la CPN actualisé.....	06
2. UTILISATION DES SERVICES.....	10
2.1. Concept d'utilisation.....	10
2.2. Déterminants de l'utilisation.....	11
2.2.1. Facteurs reliés aux bénéficiaires.....	12
2.2.2. Autres déterminants de l'utilisation.....	14
2.3. Mesures de l'utilisation.....	16

### **DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE L'UTILISATION DE LA CONSULTATION PRENATALE AU CSMI DE MORAMANGA**

1. CADRE D'ETUDE.....	18
1.1. Le centre de santé maternelle et infantile ou CSMI de Moramanga.....	18

1.1.1.	Organisation et services.....	18
1.1.2.	Personnel du CSMI.....	19
1.2.	Le secteur sanitaire.....	19
1.2.1.	Délimitation administrative.....	19
1.2.2.	Démographie.....	21
2.	METHODOLOGIE.....	22
2.1.	Type d'étude.....	22
2.2.	Période d'étude.....	22
2.3.	Durée d'étude.....	22
2.4.	Population d'étude.....	22
2.4.1.	Critères d'inclusion.....	22
2.4.2.	Critères d'exclusion.....	22
2.4.3.	Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	23
2.5.	Technique d'étude.....	23
2.6.	Recueil des données.....	23
2.7.	Saisie et traitement des données.....	23
2.8.	Ethique et limite de l'étude.....	24
2.9.	Paramètres d'étude.....	24
3.	RESULTATS.....	25
3.1.	Nombre de femmes enceintes attendues en 2007 (FEA).....	25
3.2.	Nombre de femmes enceintes enregistrées au service de CPN en 2007 selon les critères d'inclusion.....	25
3.3.	Répartition épidémiologique.....	25
3.3.1.	Selon les tranches d'âge.....	25
3.3.2.	Selon la situation matrimoniale.....	27
3.3.3.	Selon la parité.....	28
3.3.4.	Selon le niveau d'instruction.....	29
3.3.5.	Selon la profession.....	30
3.3.6.	Selon le domicile.....	32
3.4.	Couverture en CPN.....	34
3.5.	Utilisation des CPN.....	34

3.6. Calendrier des CPN.....	35
3.7. Utilisation des examens complémentaires.....	35
3.8. Facteurs de risque et pathologies dépistées.....	37

**TROISIEME PARTIE :**  
**COMMENTAIRES, DISCUSSION**  
**ET SUGGESTIONS**

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	38
1.1. Nombre de femmes enceintes enregistrées.....	38
1.2. Répartition épidémiologique.....	38
1.2.1. Tranche d'âge et situation matrimoniale.....	38
1.2.2. Parité et niveau d'instruction.....	39
1.2.3. Professions et domicile.....	39
1.3. Couverture et utilisation.....	40
1.3.1. Examens complémentaires.....	40
1.3.2. Les pathologies et facteurs de risque dépistés.....	41
2. SUGGESTIONS.....	43
2.1. Renforcement des activités d'IEC/CPN.....	43
2.1.1. Objectif.....	43
2.1.2. Stratégies.....	43
2.2. Amélioration de l'accessibilité financière aux examens complémentaires des CPN.....	46
2.2.1. Objectif.....	46
2.2.2. Stratégies.....	46
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

## LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau 1 :	La consultation prénatale dans le dossier mère-enfant (OMS).....	06
Tableau 2 :	Actions prénatales d'efficacité avérée et réalisables dans les pays en développement.....	07
Tableau 3 :	Déterminants de l'utilisation des services de santé.....	11
Tableau 4 :	Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un médecin au cours de l'année 1979 au Canada.....	13
Tableau 5 :	Mesures d'utilisation les plus couramment employées.....	16
Tableau 6 :	Situation du personnel du CSMI de Moramanga.....	19
Tableau 7 :	Répartition de la population du secteur sanitaire de Moramanga selon le fokontany.....	21
Tableau 8 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la tranche d'âge	25
Tableau 9 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la situation matrimoniale.....	27
Tableau 10 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la parité.....	28
Tableau 11 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le niveau d'instruction.....	29
Tableau 12 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la profession....	30
Tableau 13 :	Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le domicile.....	32
Tableau 14 :	Couvertures en CPN réalisées au CSMI de Moramanga en 2007....	34
Tableau 15 :	Calendrier des CPN utilisé au CSMI de Moramanga.....	35
Tableau 16 :	Principaux motifs de recours aux examens complémentaires.....	35
Tableau 17 :	Nombre d'échographies prescrites.....	36
Tableau 18 :	Nombre d'examens de laboratoire prescrits.....	36
Tableau 19 :	Facteurs de risque et pathologie de la grossesse dépistés lors des CPN.....	37

## LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Mortalité en bas âge.....	03
Figure 2 :	Relations morbidité et utilisation des services.....	12
Figure 3 :	Point de départ et démarche de l'utilisation des soins de santé.....	15
Figure 4 :	Plan annoté du CSMI de Moramanga.....	18
Figure 5 :	La commune urbaine de Moramanga.....	20
Figure 6 :	Diagramme de la répartition des femmes enceintes de l'étude selon la tranche d'âge.....	26
Figure 7 :	Diagramme de la répartition des femmes enceintes de l'étude selon la situation matrimoniale.....	27
Figure 8 :	Diagramme de la répartition des femmes enceintes selon la parité..	28
Figure 9 :	Diagramme de la distribution des femmes enceintes de l'étude selon le niveau d'instruction.....	29
Figure 10 :	Diagramme de la répartition des femmes enceintes selon la profession.....	31
Figure 11 :	Diagramme de la répartition des femmes de l'étude selon le domicile.....	33
Figure 12 :	Schéma de la stratégie mobile d'IEC/CPN proposée.....	44
Figure 13 :	Les étapes du changement de comportement.....	45

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

<b>CCC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CSB2</b>	: Centre de Santé de Base niveau II
<b>CSMI</b>	: Centre de Santé Maternelle et Infantile
<b>DM</b>	: Dernière Menstruation
<b>FEA</b>	: Femmes Enceintes Attendues
<b>FEE</b>	: Femmes Enceintes Enregistrées
<b>HTA</b>	: Hypertension Artérielle
<b>IEC</b>	: Information – Education et Communication
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>ODM</b>	: Objectifs Du Millénaire
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PF</b>	: Planning Familial
<b>RIP</b>	: Route Interprovinciale
<b>RN</b>	: Route Nationale
<b>SIDA</b>	: Syndrome d’Immunodéficience Acquise
<b>VIH</b>	: Virus de l’Immunodéficience Humaine
<b>Km</b>	: kilomètre
<b>+</b>	: Plus
<b>=</b>	: égale
<b>&lt;</b>	: supérieur à
<b>≥</b>	: inférieur ou égale à
<b>%</b>	: pourcentage

**Rapport-Gratuit.com**

**INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Les soins prénatals ont pour principaux objectifs de prévenir, de dépister précocément et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse.

La consultation prénatale a été exportée vers les pays en voie de développement dans le but de diminuer les morbidités et mortalités maternelles et néonatales. Tous les espoirs et tous les efforts ont été placés dans l'approche fondée sur la notion de risque qui s'appuie sur l'hypothèse que les complications obstétricales et néonatales sont essentiellement le fait de femmes qui présentent des grossesses à risque, et que le risque obstétrical est non seulement prévisible mais qu'il peut être prévenu. Cette approche devrait permettre une utilisation plus rationnelle des ressources limitées disponibles pour les soins, les thérapies et la prévention en les concentrant sur les grossesses à risque (1).

Cependant, si le dépistage général des risques pour sélectionner et orienter une partie des grossesses ne donne pas satisfaction, la détection de certains facteurs de risque reste indispensable. En France actuellement, le suivi minimal obligatoire de la grossesse est fixé à 7 consultations, toutes prises en charge à 100% par la sécurité sociale. La première consultation prénatale doit avoir lieu avant la fin du 3<sup>e</sup> mois de grossesse. En Afrique de l'Ouest, là où la consultation prénatale (CPN) est accessible, en milieu urbain, 90p.100 des femmes enceintes ont au moins une CPN (2).

« Analyse de l'utilisation de la consultation prénatale au CSMI de Moramanga » est une étude qui a pour principal objectif d'apprécier le niveau d'utilisation des services de suivi de la grossesse au CSMI de Moramanga.

Le plan de l'étude comprend trois grandes parties :

- la première partie s'appelle : généralités sur la consultation prénatale et l'utilisation des services ;
- la deuxième partie développe l'étude de l'utilisation de la consultation prénatale au CSMI de Moramanga ;
- la troisième partie se rapporte aux commentaires, discussions et suggestions.

**PREMIERE PARTIE :**  
**GENERALITES SUR LA CONSULTATION PRENATALE**  
**ET L'UTILISATION DES SERVICES**

## **GENERALITES SUR LA CONSULTATION PRENATALE ET L'UTILISATION DES SERVICES**

### **1. LA CONSULTATION PRENATALE**

La protection de la mère et de l'enfant couvre des périodes caractérisées par leur vulnérabilité : la grossesse, la naissance, les premiers jours de vie, l'enfance et l'adolescence.

#### **1.1. Quelques définitions**

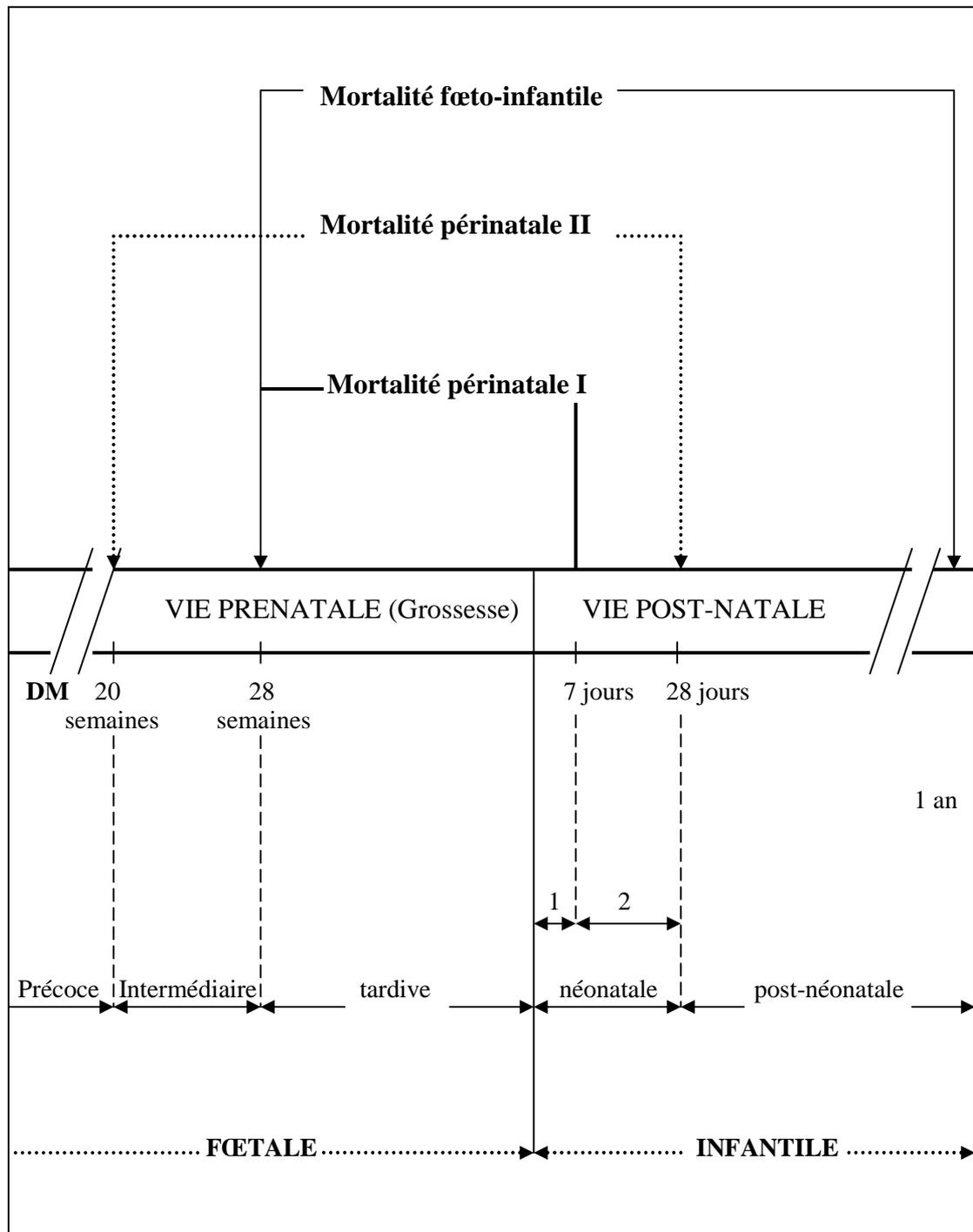
##### **1.1.1. *La période périnatale (2)***

La période périnatale s'étend du début de la grossesse aux 8 premiers jours de vie de l'enfant.

##### **1.1.2. *Mortalité maternelle (2)***

La mortalité maternelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de quarante-deux jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, hors accident et causes fortuites, les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- les décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent des complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omission, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ;
- les décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse, sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes.



**DM :** Premier jour de la Dernière Menstruation

**Mortalité néonatale :** 1- précoce

2- tardive

Figure 1 : Mortalité en bas âge (2).

### **1.1.3. Mortalité périnatale**

La mortalité périnatale représente le nombre de mort-nés et de décès survenus entre la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et le 7<sup>e</sup> jour de vie compris, rapporté en nombre total de naissances vivantes et de mort-nés de la période.

## **1.2. Santé maternelle et néonatale (3)(4)(5)**

Avec les maladies infectieuses, les affections maternelles et néonatales sont à l'origine d'une importante partie de l'écart des niveaux de santé entre pays riches et pays pauvres.

Plus de 99 p.100 des décès maternels sont enregistrés dans le monde en développement. Cette différence représente la plus importante disparité au niveau des statistiques de santé publique entre pays à faible revenu et pays à revenu élevé. Dans l'ensemble, le risque à vie moyen de décès maternel est de 1 sur 4.000 dans les pays à revenu élevé, et 1 sur 61 dans les pays à revenu intermédiaire, avec 1 sur 17 dans les pays à faible revenu.

Les taux de décès pendant la période néonatale (de la naissance au 28<sup>e</sup> jour de vie) révèlent également d'énormes différences entre pays riches et pauvres. Seulement 1 p.100 de tous les décès néonataux survient dans les pays à revenu élevé, où le taux de mortalité néonatale est en moyenne de 4 p.1000 naissances vivantes. Dans les pays à faible revenu, cette moyenne est d'environ 33 p.1000 naissances vivantes. La majorité des décès néonataux sont enregistrés en Asie du Sud en raison de la taille importante de la population de cette région ; cela étant, 20 des pays qui affichent les plus forts taux de mortalité néonatale se trouvent en Afrique subsaharienne. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les pays où la pauvreté a été exacerbée par les guerres civiles et l'instabilité politique, comme en Ethiopie, au Liberia et en Sierra Leone. Dans ces pays, les taux de mortalité néonatale dépassent 50 p.1000 naissances vivantes. De ce fait, parmi les objectifs des 8 ODM (objectifs du millénaire) figure à l'horizon 2015, les objectifs de réduire de deux tiers la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et de réduire de trois quarts le ratio de mortalité maternelle.

La réduction des taux de mortalité maternelle et infantile exige un système de prestation de soins de santé intégré et fonctionnant convenablement, permettant de fournir directement aux communautés des services d'éducation et de conseil qui aident les populations à éviter les grossesses non désaérées, et à mieux assurer une maternité sans risque (6)(7)(8).

### **1.3. Proposition de contenu de la CPN aujourd'hui**

Les services de CPN dans le pays en développement devraient permettre :

- le dépistage du risque obstétrical,
- le dépistage et la prise en charge des complications médicales de la grossesse,
- l'information et le soutien des femmes enceintes et de leurs familles.

Dans le dossier mère-enfant, l'OMS propose dès 1994 un nouveau contenu à la consultation prénatale, centré sur les actions d'efficacité avérées (tableau 1). Il est proposé ici un contenu actualisé et précisé à la lumière des études récentes (tableau 2). Son contenu devra évoluer en fonction des résultats des recherches en cours ou à venir, pourvu que celles-ci soient scientifiquement menées.

#### **1.3.1. Contenu de la CPN proposée par l'OMS en 1994 (9)(10)(11)**

Une revue des études portant sur le nombre et le contenu des consultations prénatales, ainsi que le type de soignant a montré, pour les pays en développement que seule une étude menée au Zimbabwe s'était penchée sur ces questions. Elle démontrait qu'il n'y avait pas de différence de résultats en ce qui concerne les issues de la grossesse (taux de césarienne, hémorragies, mortalité maternelle), lorsque le nombre de consultations prénatales passait de 6 à 4. Cette revue met aussi en évidence des résultats similaires en comparant des populations suivies par des sages-femmes ou des médecins généralistes à des femmes suivies par des gynéco-obstétriciens. Cependant, le nombre de cas d'hypertension artérielle gravidiques et de présentation dystocique dépistée par les sages-femmes et médecins généralistes était inférieur.

Tableau 1 : La consultation prénatale dans le dossier mère-enfant (OMS) (11).

- 
- Toutes les femmes enceintes devraient bénéficier d'un minimum de 4 consultations anténatales (d'au moins 20 minutes chacune) aux fins de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce des complications.

Les soins anténataux devraient inclure :

- la promotion de la santé,
  - l'évaluation,
  - la prise en charge et/ou l'orientation vers un niveau supérieur sur la base des antécédents, d'un examen physique et de tests de laboratoire, le cas échéant,
  - la vaccination anti-tétanique,
  - les suppléments de fer et de folates,
  - la prophylaxie antipaludique,
  - le traitement de l'ankylostomiase,
  - la prise en charge des IST.
- Les séances de soins anténataux devraient être mises à profit pour apprendre aux femmes et à leurs familles comment déceler tout signe ou symptôme de danger pendant la grossesse et l'accouchement, et pour les aider à planifier l'accouchement en tenant compte des antécédents et de l'état de santé de la mère.
- 

Une étude aléatoire contrôlée comparant un nouveau modèle de soins prénatals basé sur les actions d'efficacité avérée, au modèle actuellement en vigueur a été réalisée par l'OMS dans plusieurs pays. Cette étude a montré que 4 consultations prénatales systématiques avec ce nouveau modèle représentaient un modèle biomédical aussi efficace pour la mère et le nouveau-né, qu'un nombre plus important de consultations avec le modèle en vigueur.

### **1.3.2. Contenu de la CPN actualisé (12)(13)(14)**

La mesure de l'efficacité des actions proposées ici a été faite dans le cadre de programmes de recherche. Il s'agit maintenant de les mettre en œuvre dans le cadre des systèmes de santé maternelle existants.

Tableau 2 : Actions prénatales d'efficacité avérée et réalisables dans les pays en développement (14).

<b>Risque ou pathologie</b>	<b>Moyen</b>	<b>Action</b>	<b>Age gestationnel optimum</b>
<i>Dépistage des facteurs de risque confirmés</i>			
- Antécédents (vie reproductive, médicaux)	- Interrogatoire - Carnet de santé maternel	- Référence éventuelle - Plan d'accouchement	Tout âge gestationnel
- Utérus cicatriciel	- Interrogatoire - Carnet de santé maternelle - Examen clinique	- Plan d'accouchement en maternité chirurgicale - Prudence avec les ocytociques	Tout âge gestationnel
- Métrorragies	- Interrogatoire - Examen clinique	- Références immédiates - Pas de toucher vaginal après 1 <sup>er</sup> trimestre	Tout âge gestationnel
- Malposition fœtale	- Examen obstétrical de base (échographie)	- Plan d'accouchement en maternité chirurgicale - Version par manœuvre externe (siège) - Césarienne préventive (transverse)	≥ 36 semaines d'aménorrhée (SA)
- Grossesse multiple	- Examen obstétrical de base (échographie)	- Plan d'accouchement en maternité chirurgicale	Tout âge gestationnel
- Rupture prématurée de membranes	- Interrogatoire - Examen clinique	- Antibiothérapie - Référence - Induction éventuelle du travail	≥ 36 SA

---

**Prévention**
**/dépistage/prise en  
charge des  
pathologies  
médicales de la  
grossesse**

- Troubles hypertensifs de la grossesse	- Interrogatoire - Antécédents - Mesure de la tension artérielle et protéinurie	- Prévention par supplémentation en calcium quand alimentation pauvre en calcium - Traitement antihypertenseur - Sulfate de magnésie à titre préventif chez femmes hypertendues	≥ 20 SA
---	---	---	---------

**Infections**

- Paludisme	- Prévention - Examen clinique	- Chimio prophylaxie sulfadoxine pyriméthamine - Traitement présomptif	20 et 30 SA Tout âge gestationnel
- Syphilis	- Test rapide systématique	- Traitement femmes et partenaires - Information/prévention	Tout âge gestationnel
- Gonococcie	- Identification femmes à risque	- Traitement présomptif femmes et partenaires	Tout âge gestationnel
- VIH (Virus de l'Immuno-déficience Humaine)	- Conseil et dépistage volontaire	- Référence - Prévention/transmission verticale - Prévention/transmission sexuelle - Préservatifs - Traitement infections intercurrentes - Plan d'accouchement en maternité chirurgicale (césarienne)	Tout âge gestationnel

---

- Tétanos néonatal	- CPN ou campagnes de vaccination	- Vaccination	Tout âge gestationnel
- Infections urinaires	- Interrogatoire	- Traitement antibiotique femmes symptomatiques - Test combiné urinaire pour dépistage bactériuries asymptomatiques	Tout âge gestationnel
<b><i>Anémies et carences en micronutriments</i></b>			
- Anémie	- Prévention - Dépistage clinique et biologique des anémies sévères	- Prophylaxie fer et acide folique - Traitement étiologique et symptomatique - Référence si persiste au 3 <sup>e</sup> trimestre - Transfusion	Tout âge gestationnel
- Carences en vitamine A et bêta-carotène	- Prévention	- Prophylaxie systématique en zone d'endémie	Tout âge gestationnel
- Diabète gestationnel	- Interrogatoire biologique si symptômes	- Référence - Traitement - Régime alimentaire - Dépistage macrosomie (échographie) - Plan d'accouchement	Tout âge gestationnel
<b><i>Conseiller, soutenir, informer femmes et proches</i></b>	- Dialogue - Ecoute	- Dialogue individuel en CPN - Plan d'accouchement - Information collective - Mobilisation sociale	Tout âge gestationnel

Les consultations prénatales doivent être faites à des périodes clefs de la grossesse (<12, 26, 32 et 36 semaines), permettant de maximiser les chances de dépistage, de prise en charge adéquate et de référence appropriée.

Des facteurs de risque non modifiables ne doivent pas être oubliés. Il s'agit essentiellement :

- de la petite taille (< 1,46m),
- d'une grossesse chez une femme âgée de moins de 15 ans,
- d'une première grossesse chez une femme âgée de 35 ans ou plus,
- la grande multiparité (>6).

L'existence d'un carnet de santé maternel sur lequel tous les événements liés à la vie génitale de la femme seraient notés (grossesses, contraception, antécédents gynéco-obstétricaux, interventions gynéco-obstétricales ...etc), et ainsi conservés d'une consultation à l'autre et d'une grossesse à l'autre, représente un avantage car l'information est conservée et utilisée par les services de santé.

## **2. UTILISATION DES SERVICES**

L'analyse des indicateurs d'utilisation des services de santé repose sur l'hypothèse que l'utilisation de tels services correspond aux besoins en matière de services.

### **2.1. Concept d'utilisation (15)(16)**

Le phénomène de l'utilisation résulte de l'interaction entre deux comportements : celui de l'individu, du bénéficiaire qui entreprend une démarche de recours aux soins de santé et celui du professionnel de la santé qui dirige le malade dans le système de soins.

La distinction entre soins et services aide à clarifier le rôle respectif de l'individu et du professionnel dans la démarche de l'utilisation. L'individu demande et utilise des soins de santé. Le médecin prescrit des services. En d'autres termes, le soin représente un ensemble de services prescrits par le médecin et ces services, l'individu accepte ou non de les utiliser.

## 2.2. Déterminants de l'utilisation (17)(18)(19)

Les principales catégories de facteurs déterminants de l'utilisation des services sont présentées au tableau 3.

Tableau 3 : Déterminants de l'utilisation des services de santé (19).

---

### 1. *Facteurs liés aux bénéficiaires*

- démographiques : âge, sexe
- géographiques : accessibilité, voies de communication et moyens de transport
- socio-économiques et culturels : éducation, revenu
- psycho-sociaux : attitudes, valeurs

### 2. *Facteurs liés aux professionnels de santé*

- âge, sexe,
- caractéristiques psychosociales,
- milieu et niveau de formation,
- spécialité,
- expériences, ancienneté dans le service.

### 3. *Facteurs liés aux motifs d'utilisation*

- événements physiologiques : grossesse,
- morbidité.

### 4. *Facteurs organisationnels*

- hôpital (taille, types de personnel ... etc),
- mode de rémunération,
- pratique.

### 5. *Facteurs institutionnels*

- régime d'assurance-maladie,
  - quantité et type de ressources présentes,
  - textes : législations et réglementations.
-

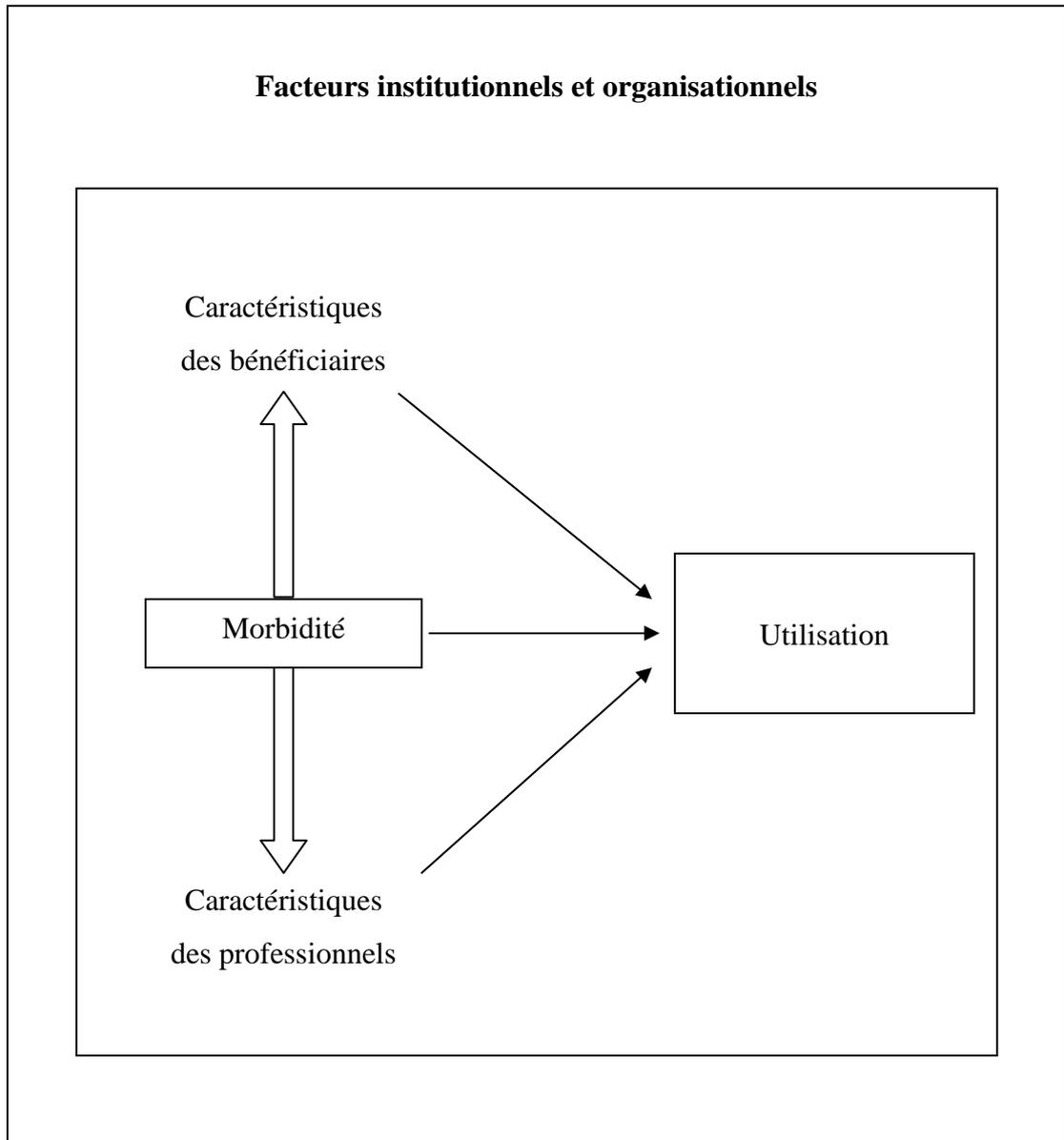


Figure 2 : Relations morbidité et utilisation des services (19).

### **2.2.1. Facteurs reliés aux bénéficiaires (18)(19)**

De nombreuses études montrent que le sexe influence le niveau d'utilisation des services de santé en faveur des femmes. L'âge est également important. Ainsi par exemple, le tableau 4 montre que la différence d'utilisation entre les hommes et les femmes est la plus grande entre 20 et 44 ans, correspondant à la période de procréation.

Tableau 4 : Population totale selon le nombre de consultations auprès d'un médecin  
au cours de l'année 1979 au Canada (19).

		<b>Nombre de consultations</b>				
		Total	Aucune consultation	1 à 2 consultations	3 à 9 consultations	10 consultations
<i>En milliers</i>						
<b>15-19 ans</b>						
Hommes	Nombre	1.187	481	475	175	52
	Pourcentage	100,0	40,5	40,0	14,8	4,3
Femmes	Nombre	1.146	330	463	262	80
	Pourcentage	100,0	28,8	40,4	22,9	7,0
<b>20-24 ans</b>						
Hommes	Nombre	1.106	352	475	226	38
	Pourcentage	100,0	31,9	43	20,4	3,4
Femmes	Nombre	1.108	128	466	377	125
	Pourcentage	100,0	11,6	42,1	34,0	11,3
<b>25-44 ans</b>						
Hommes	Nombre	3.230	1.047	1.445	569	137
	Pourcentage	100,0	32,4	44,7	47,6	4,2
Femmes	Nombre	3.242	450	1.367	944	463
	Pourcentage	100,0	13,9	42,2	29,1	14,3
<b>45-64 ans</b>						
Hommes	Nombre	2.174	579	838	513	227
	Pourcentage	100,0	26,6	38,6	23,6	10,4
Femmes	Nombre	2.279	385	863	674	345
	Pourcentage	100,0	16,9	37,9	29,3	15,1
<b>65 ans et plus</b>						
Hommes	Nombre	887	149	290	285	157
	Pourcentage	100,0	16,8	32,7	32,1	17,7
Femmes	Nombre	1.132	152	336	385	253
	Pourcentage	100,0	13,4	29,6	34,0	22,4

### **2.2.2. *Autres déterminants de l'utilisation (18)(19)***

- Les facteurs organisationnels et institutionnels agissent comme des variables situationnelles ou contextuelles, soit directement sur l'utilisation, soit par l'intermédiaire des autres facteurs déterminants.

- La morbidité

- L'utilisation des services peut être due à des besoins individuels : il peut s'agir de besoins ressentis tels que le besoin de faire des consultations prénatales en prévision des complications de la grossesse ou le besoin de consulter en cas de maladie dans le but de se faire soigner.

- L'utilisation des services peut être également entreprise par le médecin en réponse à une morbidité diagnostiquée ou dans le cadre de prévention (maternité sans risque, vaccination, pesées ...etc).

L'intérêt de cette typologie est de pouvoir relier spécifiquement un comportement d'utilisation à un facteur déterminant. La distinction entre soins et services aide à clarifier le rôle respectif de l'individu et du professionnel dans la démarche de l'utilisation : l'individu demande et utilise des soins de santé, le médecin prescrit des services. En d'autres termes, les soins représentent un ensemble de services prescrits par le médecin et ces services, l'individu accepte ou non de les utiliser (observance ou compliance) (figure 3).

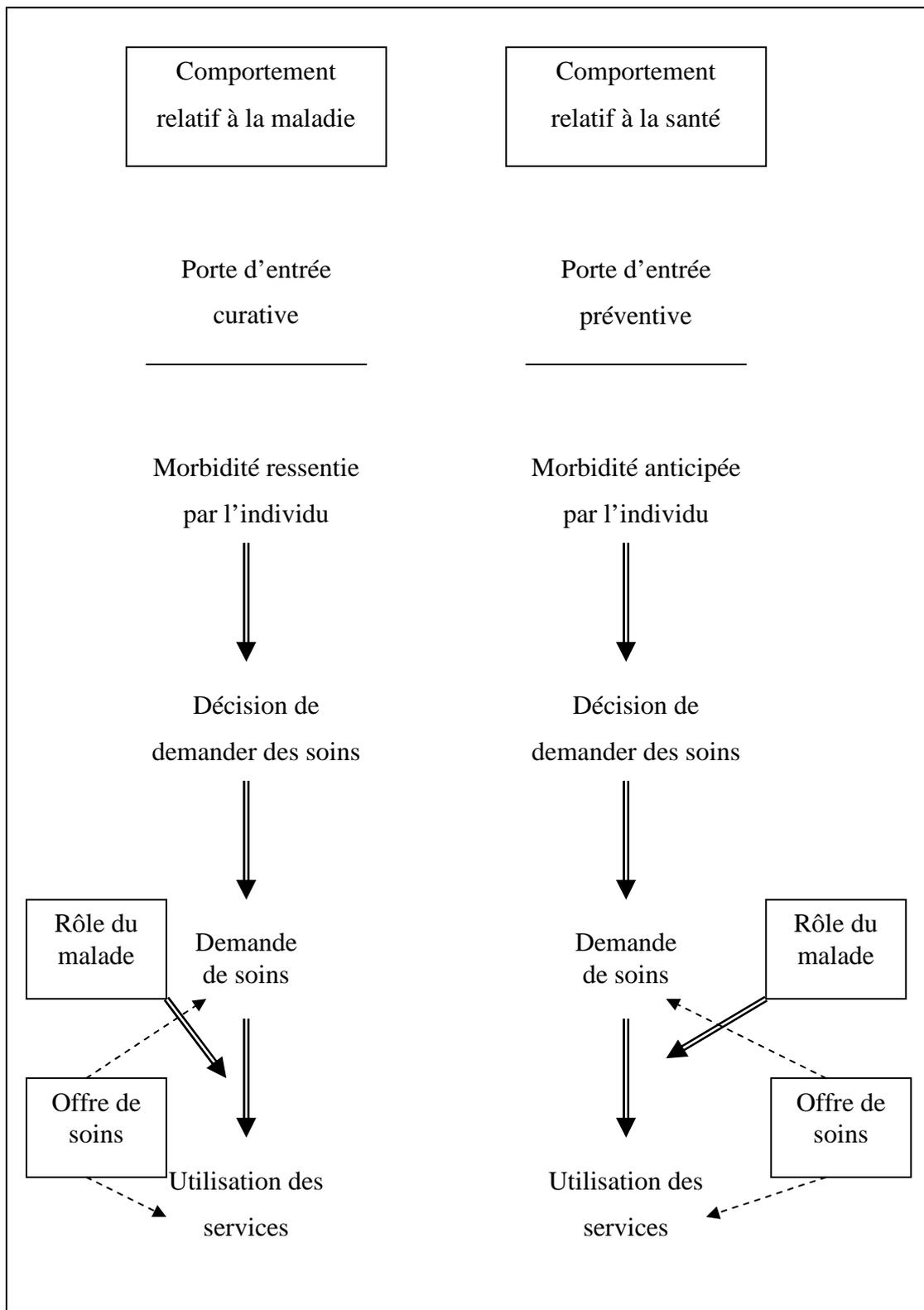


Figure 3 : Point de départ et démarche de l'utilisation des soins de santé (19).

### 2.3. Mesures de l'utilisation (18)(19)

Les mesures d'utilisation les plus fréquemment employées sont présentées au tableau 5.

Tableau 5 : Mesures d'utilisation les plus couramment employées (19).

<b>Indicateur</b>	<b>Numérateur</b>	<b>Dénominateur population</b>	<b>Temps</b>
Taux de consultations médicales	Nombre de consultations à un médecin selon les différents types : -consultation initiale ou subséquente -endroit -durée de consultation	Population cible	Année Episode
Taux de référence	Nombre de cas dirigés à un autre médecin	Nombre de cas vus en consultation	Année Episode
Taux d'hospitalisation	Nombre d'admissions à/ou de sortie de l'hôpital	Personnes (par 1.000)	Année Episode
Taux de jours d'hospitalisation	Nombre de jours d'hospitalisation	Personnes (par 1.000 ou 100.000)	Année
Durée moyenne de séjour	Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre d'admissions ou de sorties	Année
Taux d'interventions chirurgicales	Nombre d'interventions chirurgicales	Personnes (par 1.000 ou 100.000)	Année
Taux d'examens diagnostiques	Nombre d'examens diagnostiques (laboratoire, radiologie...)	Personnes (par 1.000) consultation	Année Episode Année

On distingue dans le tableau ci-dessus, au dénominateur, deux éléments, soit la population (plus précisément le nombre de personnes), et le temps généralement une année ou un épisode. Il faut préciser ici la notion d'épisode :

- dans le cas d'une maladie à évolution rapide, l'épisode débute à un moment donné, augmente en intensité et se termine par la guérison, le décès ou quelques états intermédiaires ;
- dans le cas de maladies chroniques, l'épisode persiste et flustre en intensité sans jamais réellement se terminer, jusqu'au décès.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**ETUDE DE L'UTILISATION DE LA CONSULTATION PRENATALE**  
**AU CSMI DE MORAMANGA**

## ETUDE DE L'UTILISATION DE LA CONSULTATION PRENATALE AU CSMI DE MORAMANGA

### 1. CADRE D'ETUDE

#### 1.1. Le Centre de Santé Maternelle et Infantile ou CSMI de Moramanga

La présente étude a été réalisée au CSMI de Moramanga. Il s'agit d'un centre de santé du type CSB2.

##### 1.1.1. Organisation et services

- Plan du CSB2

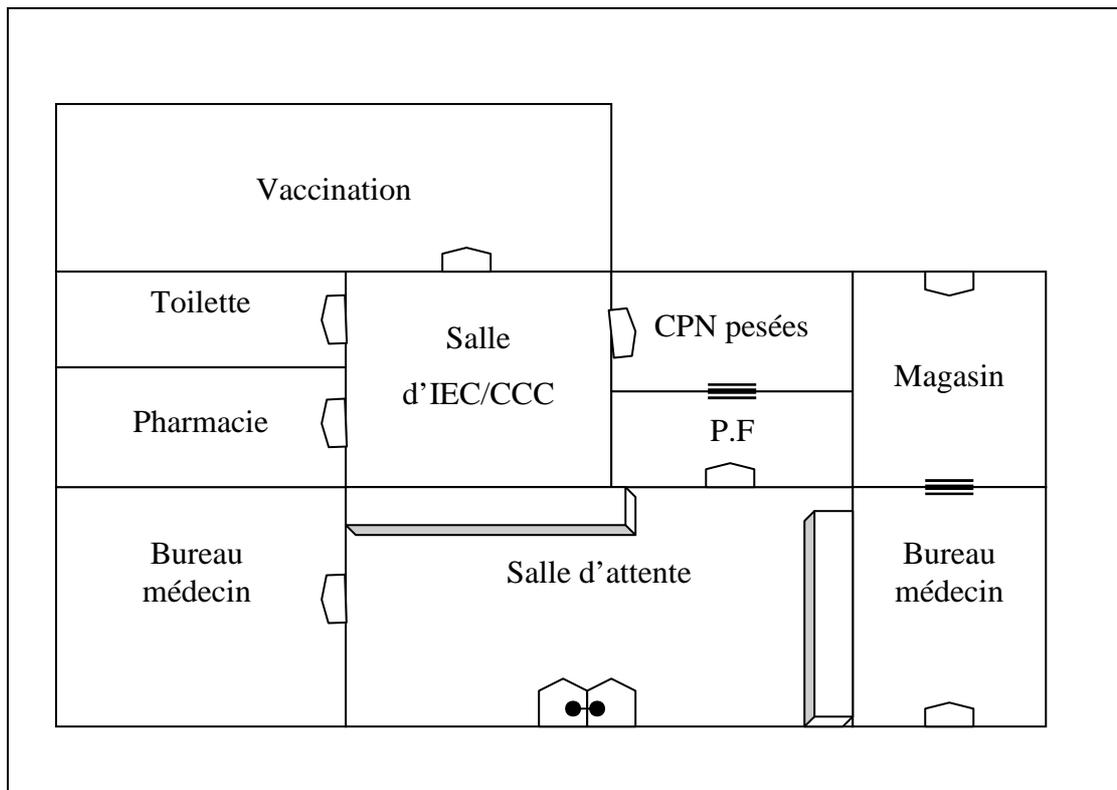


Figure 4 : Plan annoté du CSMI de Moramanga.

*Source : CSMI de Moramanga.*

- Les services disponibles

Le CSMI de Moramanga dispose des services suivants :

- 2 services de consultation externe,
- 1 service de vaccination,
- 1 service de consultation prénatale et de pesées,
- 1 service d'IEC/CCC (Information, Education et Communication – Communication pour le Changement de Comportement),
- 1 service de PF (Planning Familial),
- 1 service de pharmacie.

### 1.1.2. *Personnel du CSMI*

Le CSMI de Moramanga compte 11 agents (tableau 6).

Tableau 6 : Situation du personnel du CSMI de Moramanga.

Type de personnel	Nombre
Médecins	2
Sages-femmes	4
Infirmières	3
Personnel d'appui	2
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

## 1.2. Secteur sanitaire

### 1.2.1. *Délimitation administrative*

Le secteur sanitaire couvre la commune urbaine de Moramanga. La ville de Moramanga est le chef lieu du district de même nom dans la région d'Alaotra Mangoro. C'est un grand carrefour où se croisent la Route Nationale 2 (RN2) reliant Antananarivo à Toamasina, la RN44 reliant Moramanga à Ambatondrazaka et la Route Interprovinciale (RIP) reliant Moramanga à Anosibe an'Ala (figure 5).

## COMMUNE URBAINE DE MORAMANGA – PLAN D'URBANISME DIRECTEUR

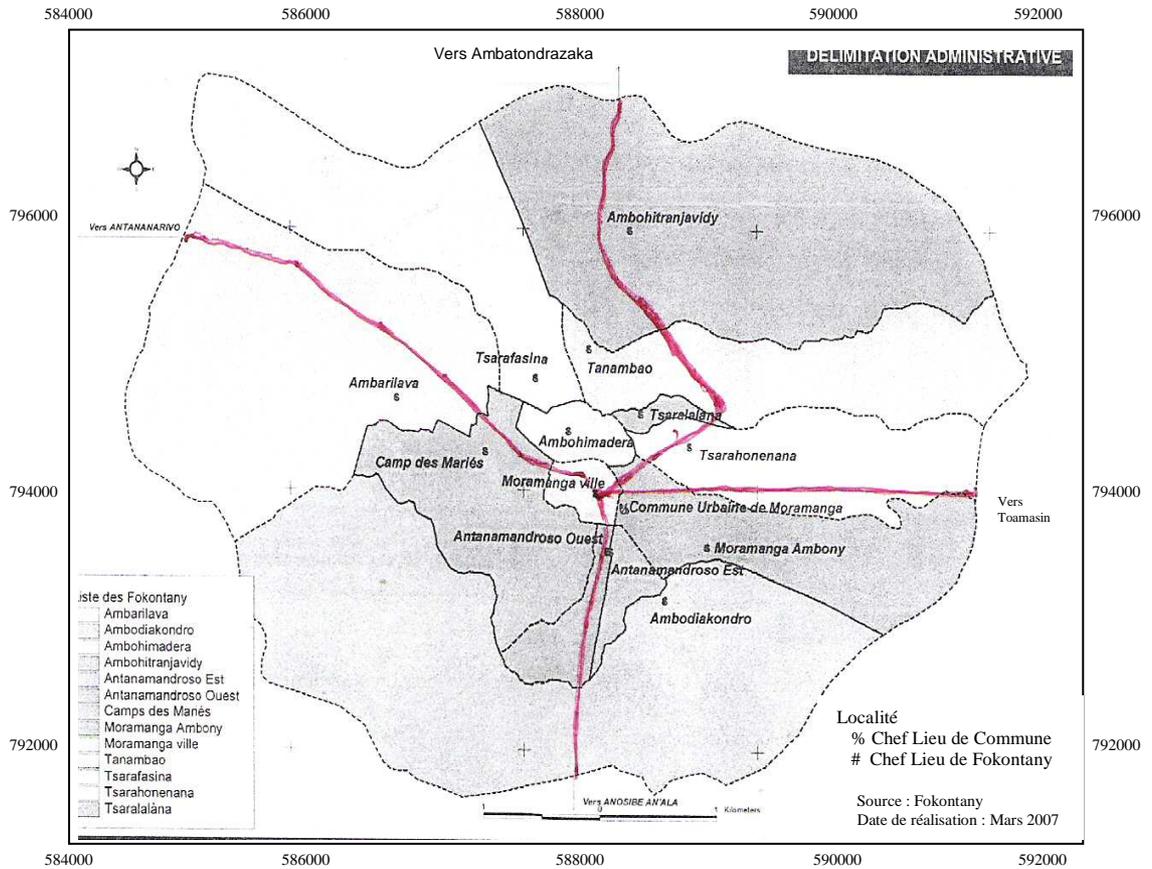


Figure 5 : La commune urbaine de Moramanga.

Source : CSMI de Moramanga.

Les quartiers les plus densément peuplés sont constitués par les parties Nord du fokontany d'Antananarivo où la densité atteint 270 habitants à l'hectare, et ce principalement le long de part et d'autre de la RIP en direction d'Anosibe an'Ala.

Le centre ville, centre administratif et commercial est localisé en partie dans le fokontany de Moramanga-ville et une extension de ce centre intéresse l'Ouest du fokontany de Moramanga *Faritra Ambony*, longeant là aussi la RN2 en direction de Toamasina.

Les axes commerciaux se développent aussi le long de la RN2 en direction d'Antananarivo dans le fokontany de camp de Mariées, l'habitat y observe une

densité forte de part et d'autre de cette route et aussi le long de la RN44, et notamment le long de la portion de voie localisée entre la station de taxi-brousse et la gare ferroviaire en direction d'Ambatondrazaka.

Le secteur sanitaire couvre 13 fokontany.

### 1.2.2. Démographie

Le secteur sanitaire compte 35.781 habitants dont 1.610 grossesses attendues en 2007 (tableau 7).

Tableau 7 : Répartition de la population du secteur sanitaire de Moramanga selon le fokontany.

N°	Fokontany	Effectif	Grossesses attendues
1	Moramanga Ambony	2.576	116
2	Moramanga Ville	2.464	111
3	Ambohitranjavidy	1.184	53
4	Tsarahonenana	1.904	86
5	Tanambao	2.735	123
6	Tsaralalana	1.728	78
7	Tanamandroso Est	4.798	216
8	Tanamandroso Ouest	3.688	166
9	Ambodiakondro	2.193	99
10	Tsarafasina	2.341	105
11	Ambohimadera	3.253	146
12	Camps des mariés	4.891	220
13	Ambarilava	2.026	91
<b>TOTAL</b>		<b>35.781</b>	<b>1.610</b>

- Le secteur sanitaire de Moramanga bénéficie de l'existence d'un centre hospitalier de district de niveau II.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Type d'étude (20)**

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

### **2.2. Période d'étude**

La période d'étude va du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007.

### **2.3. Durée d'étude**

L'étude a durée six mois, du mois d'août 2008 au mois de janvier 2009.

### **2.4. Population d'étude**

L'étude porte sur les femmes enceintes attendues en 2007 au CSMI de Moramanga.

#### ***2.4.1. Critères d'inclusion***

Sont retenues dans l'étude, les femmes enceintes :

- domiciliées dans le secteur sanitaire du CSMI de Moramanga,
- ayant utilisé le service de CPN.

#### ***2.4.2. Critères d'exclusion***

Sont écartées de l'étude, les femmes enceintes :

- qui ne sont pas domiciliées dans le secteur sanitaire du CSMI de Moramanga,
- qui n'utilisent pas le service de CSMI.

### **2.4.3. Echantillonnage et taille de l'échantillon**

C'est une étude exhaustive des cas retenus qui totalise 668 femmes enceintes.

### **2.5. Technique d'étude (20)(21)(22)**

L'étude s'appuie, dans un premier temps :

- sur une analyse épidémiologique des utilisateurs des CPN : analyse épidémiologique descriptive, et dans un deuxième temps ;
  - sur une analyse de l'utilisation des CPN :
    - par les femmes enceintes :
      - ✓ couverture en CPN (couverture globale),
      - ✓ couverture en CPN1,
      - ✓ couverture en CPN2, CPN3, CPN4,
    - par le personnel de santé :
      - ✓ calendrier d'utilisation,
      - ✓ les CPN cliniques,
      - ✓ les CPN avec d'autres examens : échographie obstétricale, laboratoires,
  - sur les pathologies de la grossesse dépistées.

### **2.6. Recueil des données**

Les données sont recueillies manuellement à partir des registres et fiches de CPN 2007.

### **2.7. Saisie et traitement des données**

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

## **2.8. Ethique et limite de l'étude**

- L'étude a été effectuée avec l'autorisation du Médecin Chef du CSMI en respectant les règles du secret médical.
- L'étude ne tient pas compte de l'utilisation du service par les femmes cibles non utilisatrices du CSMI.

## **2.9. Paramètres d'étude**

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre de femmes enceintes attendues au CSMI en 2007,
- le nombre de femmes enceintes ayant utilisé le CSMI en 2007,
- la répartition des femmes enceintes enregistrées selon :
  - les tranches d'âge,
  - la situation matrimoniale,
  - la parité,
  - le niveau d'instruction,
  - la profession,
  - le domicile,
- la couverture en CPN,
- la couverture en CPN1, CPN2, CPN3, CPN4,
- le taux d'utilisation des CPN,
- le calendrier CPN du CSMI,
- l'utilisation de l'échographie et des examens de laboratoire,
- les pathologies de la grossesse dépistées.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Nombre de Femmes Enceintes Attendues en 2007 (FEA)

FEA = 1.610

#### 3.2. Nombre de Femmes Enceintes Enregistrées au service de CPN en 2007 selon les critères d'inclusion

FEE = 868

#### 3.3. Répartition épidémiologique

##### 3.3.1. *Selon les tranches d'âge*

Tableau 8 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
< 15 ans	45	5,2
15 à 24 ans	352	40,6
25 à 34 ans	265	30,5
35 à 44 ans	130	15,0
45 ans et plus	76	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>868</b>	<b>100%</b>

- Les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans enregistrées dans le service de CPN représentent 40,6%.

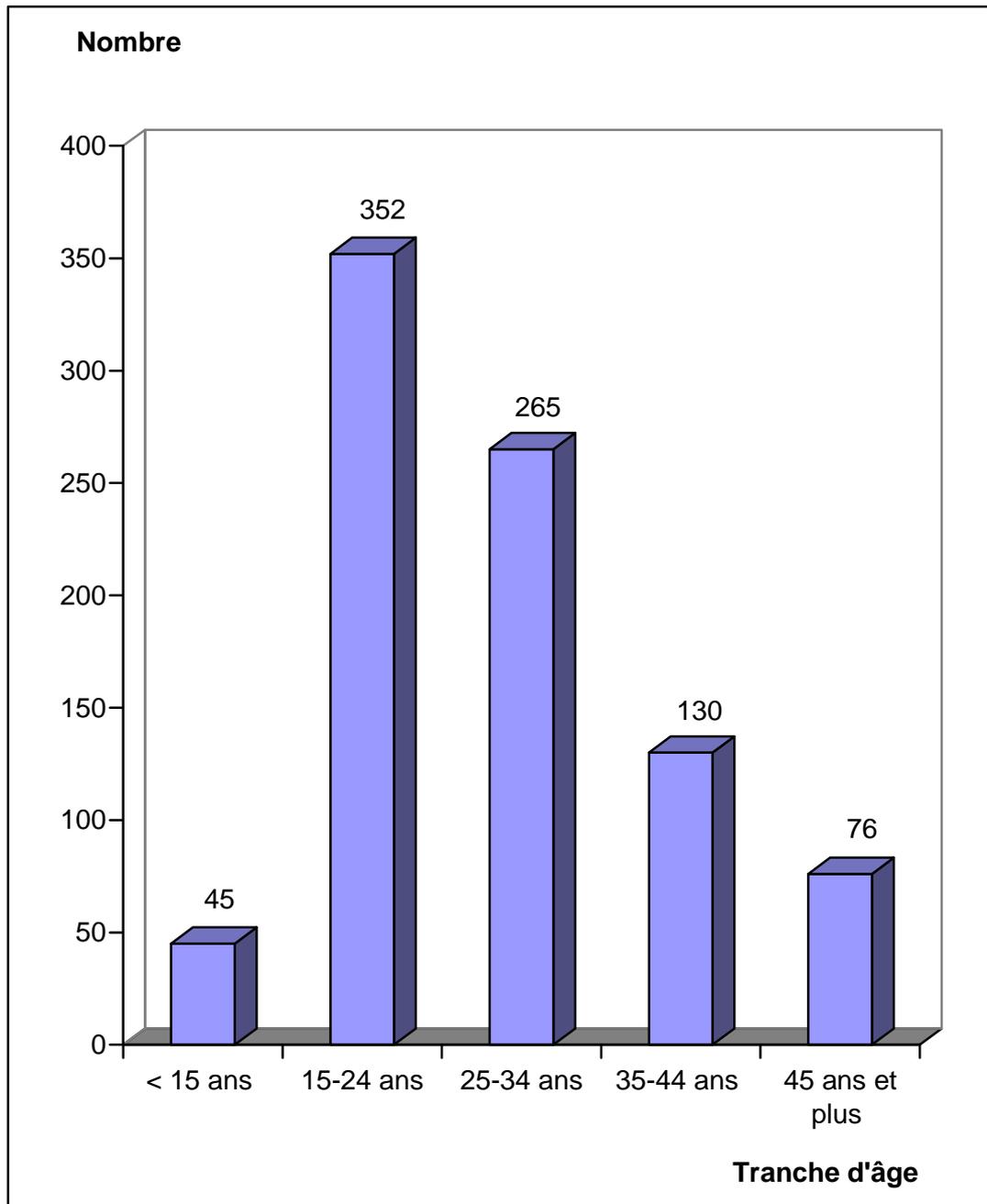


Figure 6 : Diagramme de la répartition des femmes enceintes de l'étude selon la tranche d'âge.

### 3.3.2. Selon la situation matrimoniale

Tableau 9 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Nombre	Pourcentage
Célibataire	39	4,5
Mariée	746	86,0
Séparée ou divorcée	74	8,5
Veuve	9	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>868</b>	<b>100%</b>

- Les femmes mariées représentent 86% des femmes enceintes de l'étude.

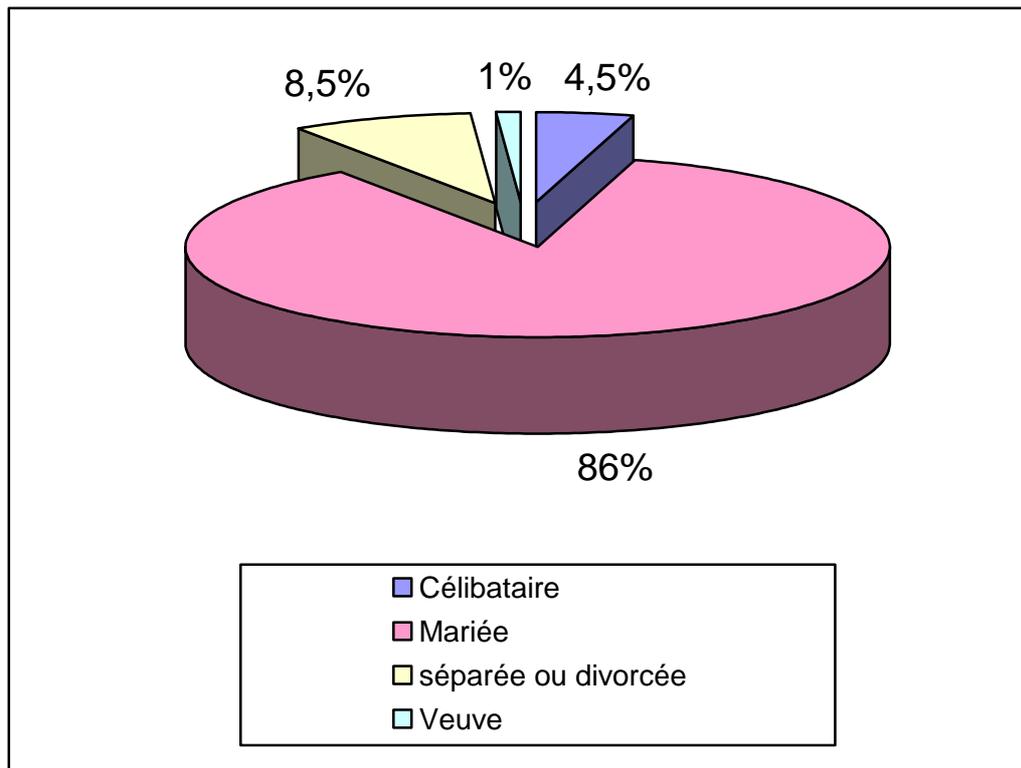


Figure 7 : Diagramme de la répartition des femmes enceintes de l'étude selon la situation matrimoniale.

### 3.3.3. Selon la parité

Tableau 10 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la parité.

Parité	Nombre	Pourcentage
Primipare	120	13,8
Parité II	173	19,9
Parité III	241	27,8
Parité IV	137	15,8
Parité V	129	14,9
Parité VI et plus	68	7,8
<b>TOTAL</b>	<b>868</b>	<b>100%</b>

- Les femmes enceintes de l'étude qui ont une parité égale à III représentent 27,8%.

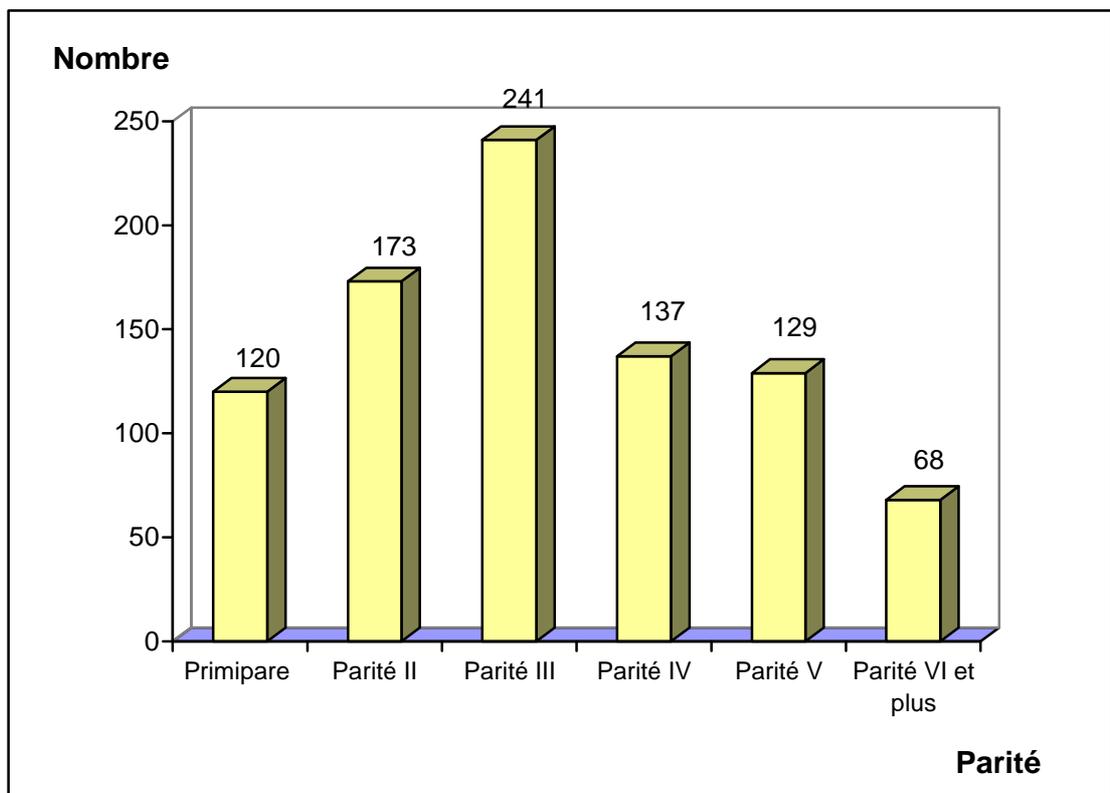


Figure 8 : Diagramme de la répartition des femmes enceintes selon la parité.

### 3.3.4. Selon le niveau d'instruction

Tableau 11 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage
Illettrée	114	13,2
Niveau primaire	377	43,4
Niveau secondaire	296	34,1
Niveau universitaire	81	9,3
<b>TOTAL</b>	<b>668</b>	<b>100%</b>

- Les femmes enceintes de l'étude sont du niveau primaire dans 43,4% des cas.

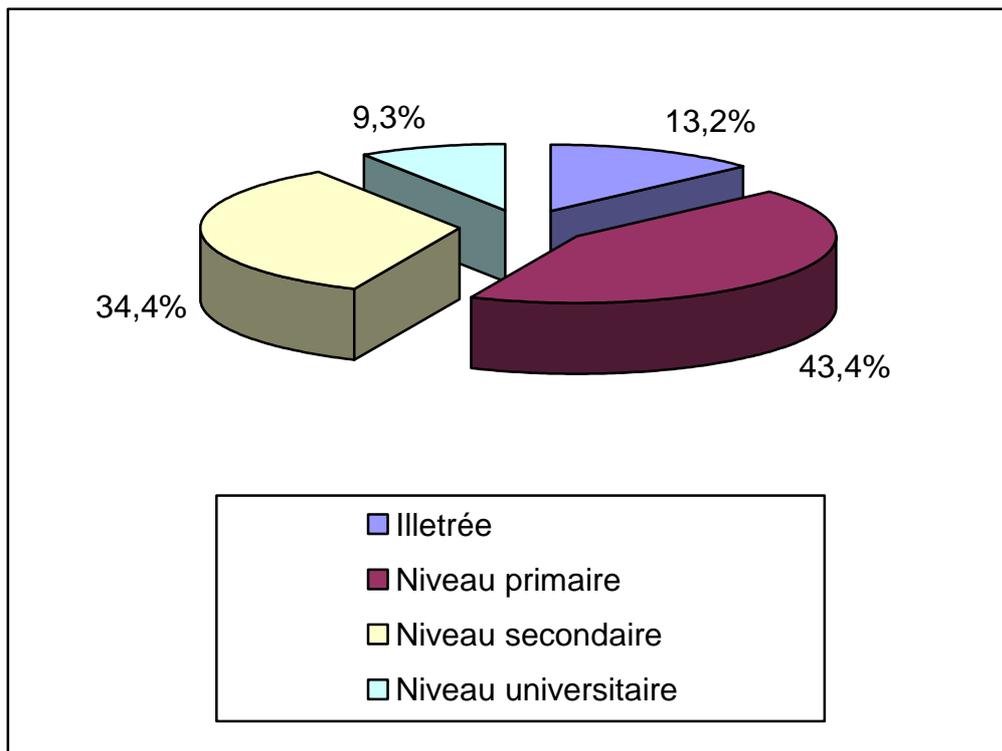


Figure 9 : Diagramme de la distribution des femmes enceintes de l'étude selon le niveau d'instruction.

### 3.3.5. Selon la profession

Tableau 12 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Cultivatrices	117	13,5
Etudiantes	60	6,9
Femmes au foyer	48	5,5
Ménagères	69	7,9
Secteur informel	182	21,0
Secteur privé	164	18,9
Secteur public	142	16,4
Non précisée	86	9,9
<b>TOTAL</b>	<b>868</b>	<b>100%</b>

- Les femmes enceintes de l'étude dont des travailleurs du secteur informel dans 21% des cas.

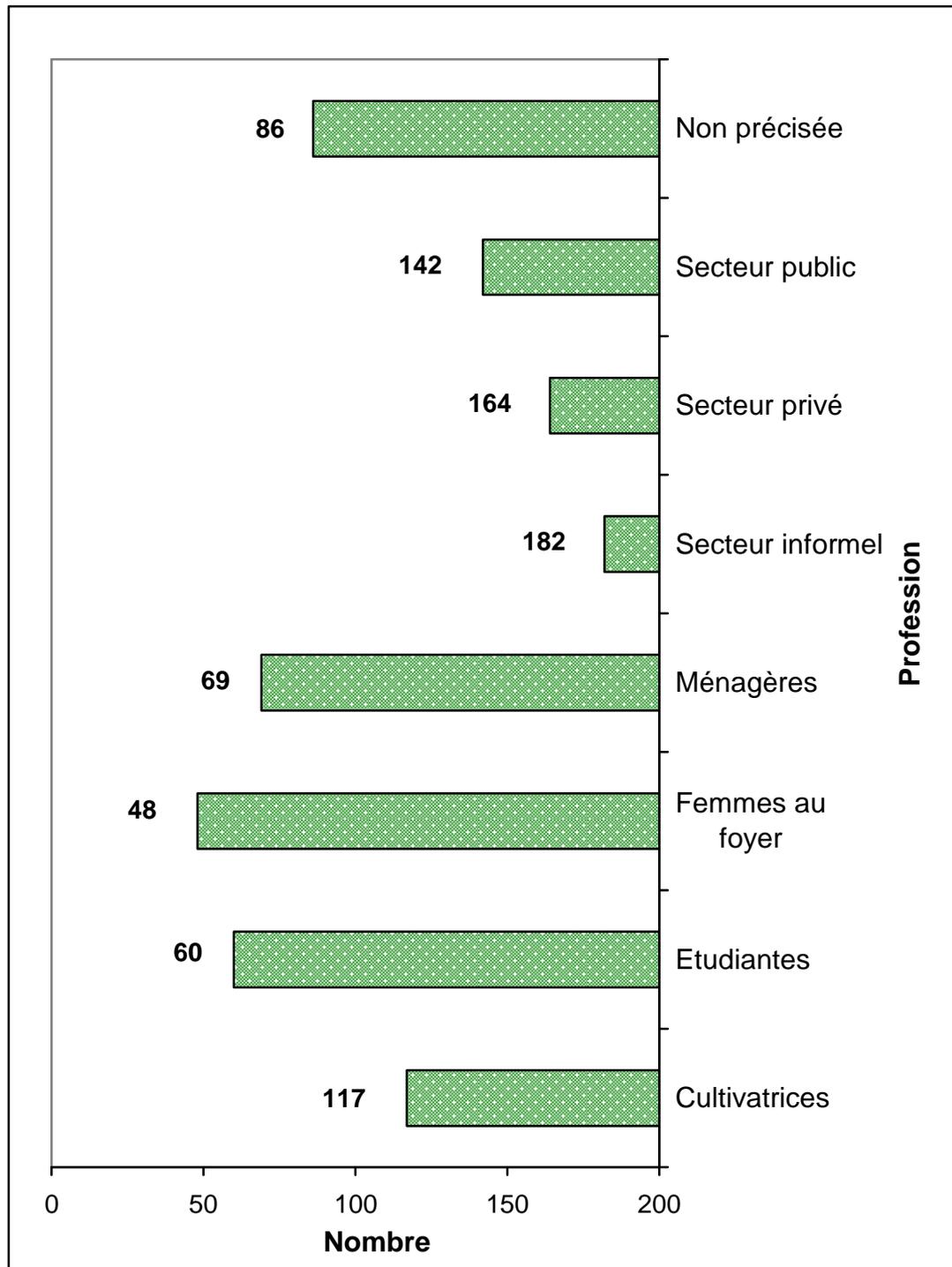


Figure 10 : Diagramme de la répartition des femmes enceintes selon la profession.

### 3.3.6. Selon le domicile

Tableau 13 : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le domicile.

N°	Fokontany	Nombre	Pourcentage
1	Moramanga Ambony	78	9,0
2	Moramanga Ville	84	9,7
3	Ambohitranjavidy	39	4,5
4	Tsarahonenana	54	6,2
5	Tanambao	68	7,8
6	Tsaralalàna	33	3,8
7	Tanamandroso Est	95	10,9
8	Tanamandroso Ouest	62	7,2
9	Ambodiakondro	29	3,4
10	Tsarafasina	34	3,9
11	Ambohimadera	80	9,2
12	Camp des mariés	166	19,1
13	Ambarilava	46	5,3
<b>TOTAL</b>		<b>868</b>	<b>100%</b>

- Les femmes enceintes de l'étude viennent du camp des mariés dans 19,1% des cas.

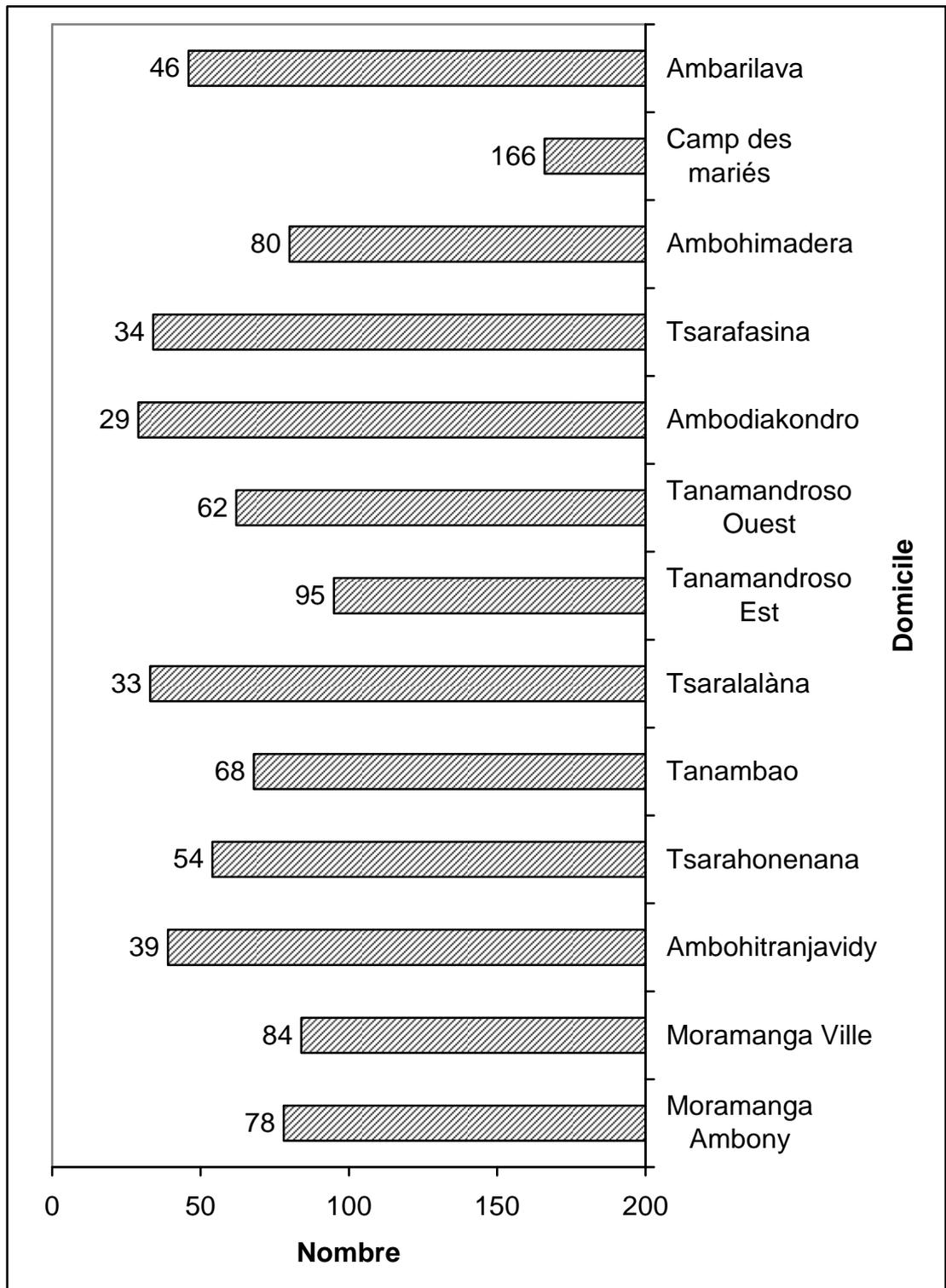


Figure 11 : Diagramme de la répartition des femmes de l'étude selon le domicile.

### 3.4. Couverture en CPN

Tableau 14 : Couvertures en CPN réalisées au CSMI de Moramanga en 2007.

Dénomination	Population cible	Nombre de femmes enceintes enregistrées	Taux de couverture
CPN1	1.610	184	11,4
CPN2	1.610	198	12,3
CPN3	1.610	212	13,2
CPN4 et plus	1.610	274	17,0

### 3.5. Utilisation des CPN

- Nombre total de CPN réalisé :

Nombre de CPN1 + Nombre de CPN2 + Nombre de CPN3 + Nombre de CPN4 et plus

- Population cible : 1.610
- Taux d'utilisation des CPN (TU/CPN)

$$(TU/CPN) = \frac{(184 + 198 + 212 + 274)}{1.610} \times 100$$

(TU/CPN) = 53,9%
------------------

### 3.6. Calendrier des CPN

Tableau 15 : Calendrier des CPN utilisé au CSMI de Moramanga.

Période	Objectif
1 <sup>ère</sup> CPN ou CPN1 12-16 semaine d'aménorrhée ou SA	Poser le diagnostic de grossesse Dépister les pathologies et facteurs de risque
2 <sup>e</sup> CPN ou CPN2 20-24 SA	Prévention des accouchements prématurés Dépister les pathologies
3 <sup>e</sup> CPN ou CPN3 28-32 SA	Dépister les complications de la grossesse
4 <sup>e</sup> CPN ou CPN4 A partir de la 37 <sup>e</sup> SA	Pour le pronostic de la grossesse

### 3.7. Utilisation des examens complémentaires

Tableau 16 : Principaux motifs de recours aux examens complémentaires.

Motifs	Examens
Oedèmes	Laboratoires : - albuminurie, - sucre (urines)
Anémie	Laboratoire : analyse de sang
Conjonctives pâles +++	Taux d'hémoglobine
2 foyers ou plus de Bdcf	Echographie obstétricale
Absence de Bdcf	
A partir de la 37 <sup>e</sup> SA	Echographie obstétricale
Saignement	Echographie obstétricale

Tableau 17 : Nombre d'échographies prescrites.

<b>Dénomination</b>	<b>Nombre de CPN</b>	<b>Nombre d'échographie</b>	<b>Pourcentage d'utilisation de l'échographie</b>
En CPN1	184	51	27,7
En CPN2	198	20	10,1
En CPN3	212	14	6,6
En CPN4	274	125	45,6
<b>TOTAL</b>	<b>868</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>

Tableau 18 : Nombre d'examens de laboratoire prescrits.

<b>Dénomination</b>		<b>En CPN1</b>	<b>En CPN2</b>	<b>En CPN3</b>	<b>En CPN4</b>	<b>TOTAL</b>
Protéinurie	Nb	-	28	159	-	<b>187</b>
Sucre (urines)	Nb	-	28	159	-	<b>187</b>
Taux d'hémoglobine	Nb	-	25	117	21	<b>163</b>
Frottis vaginaux	Nb	14	111	119	-	<b>244</b>
Sérologie de la syphilis	Nb	235	247	-	-	<b>482</b>
NFS	Nb	9	5	18	4	<b>36</b>
Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nb	183	246	-	-	<b>429</b>

### 3.8. Facteurs de risque et pathologies dépistées

Tableau 19 : Facteurs de risque et pathologie de la grossesse dépistés lors des CPN.

N°	Dénomination	Nombre	Femmes	
			enceintes examinées	Pourcentage
<i>Facteurs de risque</i>				
1	Age inférieur à 15 ans	45	868	5,2
2	Opérations césariennes antérieures	11	868	1,3
3	Mort-né ou dernier accouchement	9	868	1,0
4	Avortement à répétition	5	868	0,5
5	Age supérieur à 35 ans primipares	11	868	1,3
6	Grandes multipares Parité $\geq 6$	68	868	7,8
<i>Pathologies dépistées</i>				
1	Nausées et vomissements	46	868	5,3
2	Hémorroïdes	83	868	9,6
3	Varices	44	868	5,1
4	Gastrite	31	868	9,3
5	Saignement	87	868	10,0
6	Syphilis	28	868	5,8
7	Leucorrhée (IST)	37	868	15,2
8	HTA	143	868	16,5
9	Oedèmes des membres inférieurs	121	868	13,9
10	Anémie	139	868	16,0
11	Anomalies de présentation	38	210 échographies	4,4

**TROISIEME PARTIE :**  
**COMMENTAIRES, DISCUSSION**  
**ET SUGGESTIONS**

## COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

### 1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La surveillance de la grossesse par le biais de la consultation prénatale constitue une stratégie importante dans la lutte contre la mortalité maternelle. L'utilisation de la consultation prénatale est très variable à Madagascar, selon qu'on se trouve en milieu urbain ou en milieu rural. Les résultats de notre étude permettent de mieux apprécier l'utilisation au CSMI de Moramanga.

#### 1.1. Nombre de femmes enceintes enregistrées

En 2007, sur 1.610 femmes enceintes attendues au CSMI de Moramanga, 868 ont été enregistrées dans le service de consultation prénatale du CSMI de Moramanga.

#### 1.2. Répartition épidémiologique

##### 1.2.1. *Tranche d'âge et situation matrimoniale*

- Les femmes enceintes qui utilisent la consultation prénatale au CSMI de Moramanga en 2007 sont constituées en majorité par celles qui sont âgées de 15 à 24 ans (40,6%) et de 25 à 34 ans (30,5%).

Parmi les femmes enceintes enregistrées 5,2% ont moins de 15 ans et 8,7% ont 45 ans et plus.

- Les femmes célibataires représentent 4,5% alors que celles qui sont mariées couvrent 86% des utilisatrices du service de CPN. Au CSB2 d'Anororo (Amparafaravola), les célibataires représentent 3,8% contre 96,2% de femmes mariées (23).

### 1.2.2. *Parité et niveau d'instruction*

- On relève parmi les femmes enceintes vues en CPN :
  - 13,8% de primipares, les autres ayant,
  - une parité égale à 2 (19,9%),
  - une parité égale à 3 (27,8%),
  - une parité égale à 4 (15,8%),
  - une parité égale à 5 (14,9%).

Les grandes multipares (parité égale ou supérieure) représentent 7,8%. A Madagascar, les grandes multipares sont encore fréquentes tout comme dans d'autres pays en développement comme le Niger (24).

- Quant au niveau d'instruction, les femmes vues en CPN sont majoritairement du niveau primaire (43,4%), et du niveau secondaire (34,1%). On relève 13,2% d'illettrées et 9,3% femmes enceintes du niveau universitaire.

Pour le niveau d'instruction à Madagascar, la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de personnel formé varie de 60% pour les femmes sans instruction, à 82% pour celles qui sont de niveau primaire et à 100% pratiquement pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (25). Ces pourcentages varient selon le lieu d'étude (urbain ou rural), selon le niveau d'information et selon le choix d'utilisation des femmes enceintes.

### 1.2.3. *Professions et domicile*

Les femmes enceintes de notre étude sont dans la majorité des cas :

- des travailleuses du secteur informel (21%) ;
- des employées du secteur privé (18,9%) ;
- des employées du secteur public (16,4%) ;
- des cultivatrices (13,5%).

Moramanga est une ville qui se trouve au carrefour de deux routes nationales, la RN2 (Antananarivo-Toamasina) et la RN44 (Moramanga-Ambatondrazaka), et d'une route d'intérêt provinciale menant à Anosibe an'Ala. Ceci explique le nombre élevé de vendeuses ou commerçants informels. L'existence aux

alentours d'entreprises privées comme Fanalamanga, DINATEC explique l'importance du nombre d'employés du secteur privé.

- Les femmes domiciliées au Camp des mariés (gendarmerie) représentent une grande partie des utilisatrices du service de CPN du CSMI (19,1%). Viennent ensuite les femmes enceintes des fokontany suivant :

- Tanamandroso Est
- Moramanga Ville
- Ambohimadera
- Moramanga Ambony

### **1.3. Couverture et utilisation**

Avec 868 femmes enceintes enregistrées en 2007, le CSMI réalise une couverture en CPN de 53,9%. La couverture 4 CPN n'est toutefois que de 17%. Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. A Madagascar, on a adopté la recommandation de l'OMS de réaliser au moins quatre CPN pour chaque grossesse. Pour l'année 2005, le Ministère chargé de la Santé indique qu'au niveau national, le taux d'utilisation de la consultation prénatale (4CPN) a été de 20,9% (25)(26). L'enquête EDS Madagascar 2003-2004 indique que dans un cas sur cinq, (21%), la première visite se déroule à moins de 4 mois de grossesse. Dans un peu plus de la moitié des cas, la visite prénatale a eu lieu à moins de 6 mois de grossesse et dans 25% des cas, elle a lieu après le sixième mois de grossesse, rarement elle se passe au cours des deux derniers mois de la grossesse (4%) (25)(26)(27).

#### **1.3.1. Examens complémentaires**

Les examens complémentaires fréquemment demandés par le service de CPN sont :

- La sérologie de la syphilis et les frottis vaginaux. Ils sont destinés au dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les cas d'IST (sans la syphilis) dépistés représentent 15,2% des examens effectués (frottis vaginaux). La syphilis dépistée représente 5,8% des examens effectués. Selon l'EDS 2003-2004 toujours, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 4,5%.

- Le dépistage volontaire du VIH/SIDA.

En 2007, aucun cas de VIH positif n'a été détecté au CSMI de Moramanga sur 429 examens de dépistage effectués. Moramanga est une ville où la prostitution s'est particulièrement développée à cause de sa situation géographique et de la présence d'un nombre important d'étrangers employé par le DINATEC (Société d'exploitation de pierres précieuses). Malgré les informations données aux femmes enceintes sur la transmission de la mère à l'enfant du virus du SIDA, 49,4% des femmes enregistrées seulement ont accepté de faire le test de dépistage.

- L'albuminurie et la glucosurie sont effectuées assez fréquemment surtout quand la femme enceinte présente des oedèmes des membres inférieurs.
- Le taux d'hémoglobine dans le sang est demandée aussi fréquemment que les signes cliniques d'anémie sont détectées (asthénie, pâleur des conjonctives).

### **1.3.2. Les pathologies et facteurs de risque dépistés**

Les pathologies dépistées au cours des CPN au CSMI sont surtout :

- l'anémie (16% des cas de grossesse consultés),
- l'hypertension artérielle (16,5%),
- les oedèmes des membres inférieurs (13,9%),
- les IST (exceptées la syphilis (15,2%),
- le saignement (10%).

A partir des cas de saignement, le service peut orienter la recherche diagnostique vers des pathologies graves comme :

- la grossesse extra-utérine,
- l'avortement.

Devant les signes de complication, la référence aux services compétents est de règle.

Parmi les facteurs de risque, les cas suivants ont été dépistés :

- grandes multipares (parité  $\geq 6$ ) rencontrées dans 7,8% des cas ;
- âgé inférieur à 15 ans (5,2%).

Le trop jeune âge et la grande multiparité constituent un risque important dans la grossesse. Ces cas méritent un suivi particulièrement adapté et une référence aux centres de soins compétents.

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement de l'exécution d'un certain nombre d'examens effectués pendant les consultations, mais aussi de conseils qui sont prodigués aux femmes enceintes et à leurs familles.

## 2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer l'utilisation des CPN au CSMI de Moramanga, nos suggestions portent sur :

- le renforcement des activités d'IEC/CPN,
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux examens complémentaires des CPN.

### 2.1. Renforcement des activités d'IEC/CPN

#### 2.1.1. *Objectif*

L'objectif est d'amener toutes les femmes enceintes à utiliser régulièrement les consultations prénatales.

#### 2.1.2. *Stratégies*

Les stratégies proposées reposent sur :

- L'utilisation de la stratégie mobile

En plus des services d'information et d'éducation donnés au CSMI, des séances d'IEC/CPN (Information, Education et Communication pour la Consultation Prénatale) devraient être données au niveau de chaque fokontany du secteur sanitaire du CSMI de Moramanga. Les fokontany du secteur ont l'avantage d'être situés à moins de 5km du CSMI.

Les séances d'IEC/CPN devraient être intégrées avec les séances d'IEC des autres programmes comme la vaccination et la planification familiale. Ceci peut alléger les déplacements du personnel responsable.

Le personnel chargé de réaliser ces séances d'IEC/CPN devrait donc recevoir une formation relative à leur mission. Une équipe constituée d'une sage-femme, et d'un personnel d'appui pourrait se charger de la stratégie proposée en réalisant par exemple 4 séances d'IEC par fokontany et par an.

Ces séances d'IEC devraient faire l'objet d'un calendrier que les communautés devraient connaître à l'avance. Le calendrier doit préciser la date, le lieu et le contenu de l'IEC (figure 15).

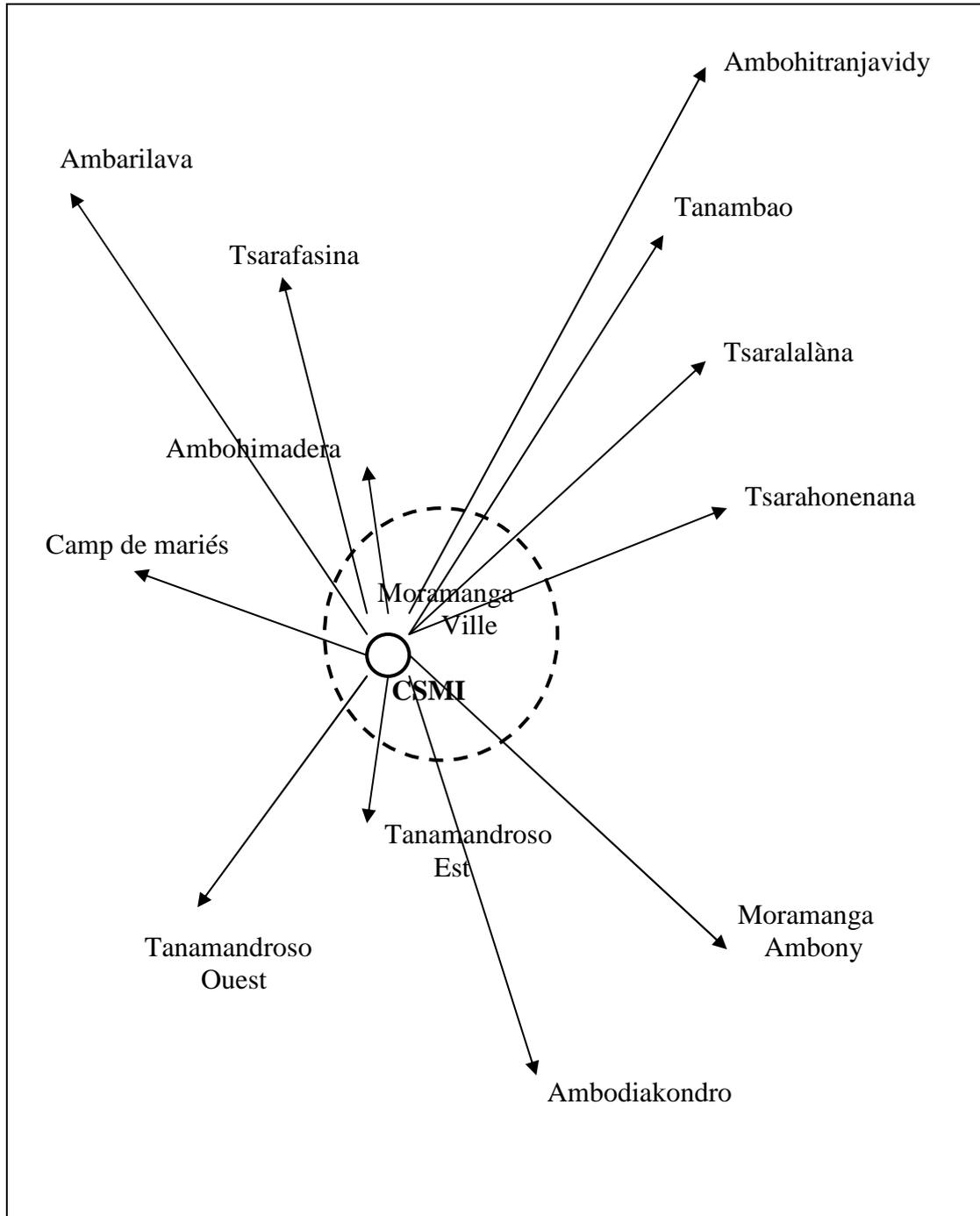


Figure 12 : Schéma de la stratégie mobile d'IEC/CPN proposée.

- L'utilisation de la technique de communication pour le changement de comportement (CCC).

Le schéma de la figure 16 montre qu'il existe 6 stades successifs dans le processus de changement de comportement d'un individu.

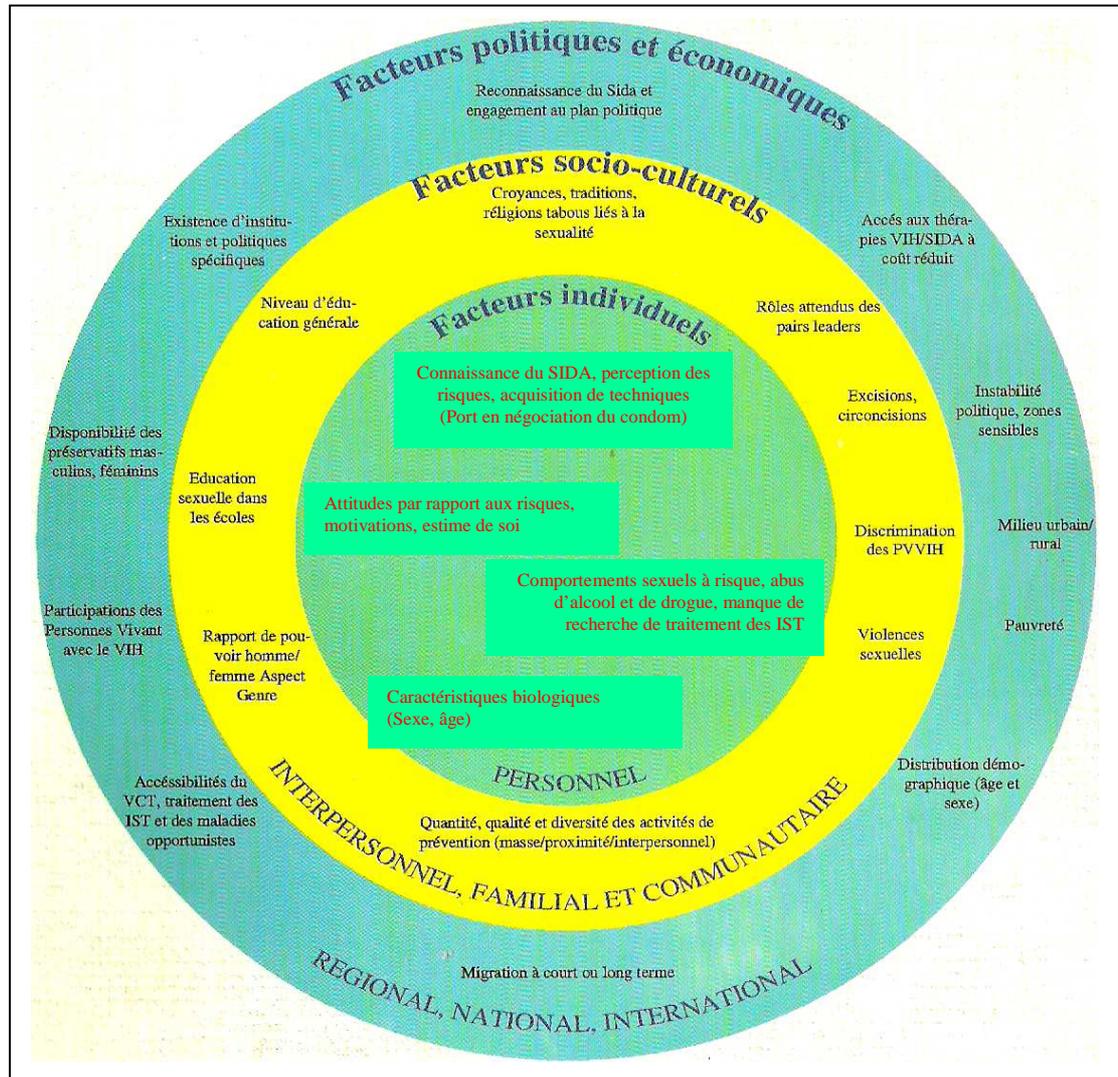


Figure 13 : Les étapes du changement de comportement.

Dans le domaine de la surveillance de la grossesse, ces 6 étapes peuvent être :

- l'ignorance du développement physiologique de la grossesse ;
- la prise de conscience des risques d'une grossesse ;
- l'acquisition des connaissances et techniques sur la surveillance de la grossesse ;

- la motivation pour suivre les CPN ;
- le test du nouveau comportement : la femme enceinte réalise au moins 4 CPN au cours de sa grossesse ;
- le maintien du nouveau comportement au-delà de la période de test : la femme concernée réalise au moins pour chaque grossesse à venir, 4 CPN.

## **2.2. Amélioration de l'accessibilité financière aux examens complémentaires des CPN**

### **2.2.1. Objectif**

L'objectif est de permettre aux femmes enceintes de faire les examens complémentaires prescrits au CSMI.

### **2.2.2. Stratégies**

Les stratégies proposées sont :

- La prescription rationnelle des examens complémentaires

Il faut éviter de prescrire une liste standard d'examens complémentaires et ne retenir que ceux qui s'imposent pour la femme enceinte concernée.

- L'obstacle principal étant la capacité financière de la femme enceinte, il faudrait ménager la bourse des concernées :
  - en ne prescrivant l'échographie obstétricale qu'une seule fois pour chaque grossesse. Ceci devrait se passer à partir de la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée pour le diagnostic de présentation, dans le cas où les 3 CPN antérieures n'ont décelé rien d'anormale ;
  - d'autres examens échographiques ne doivent être réalisés qu'en cas de nécessité indiquée par la CPN clinique par exemple : absence de Bdcf audible à l'auscultation ;
  - en prescrivant les examens de laboratoire en fonction des signes cliniques anormaux découverts en CPN.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Le niveau d'utilisation des services de surveillance de la grossesse reflète l'effort que doit développer Madagascar dans la lutte contre la mortalité maternelle. L'étude que nous avons réalisée au CSMI de Moramanga sur l'utilisation des CPN montre qu'il reste encore beaucoup à faire pour amener toutes les femmes enceintes à réaliser au moins 4 CPN pour chaque grossesse.

En effet, en 2007, sur 1.610 femmes enceintes attendues au CSMI, 868 seulement ont été enregistrées dans le service, c'est-à-dire 53,9% des femmes attendues. En ce qui concerne le pourcentage d'utilisation des CPN, 11,4% des femmes enceintes ont réalisé leur première CPN, 12,3% ont fait deux CPN, et 13,2% ont effectué trois CPN. La couverture de 4 CPN a été réalisée par 17% seulement des femmes enceintes attendues. Il s'agit d'un taux de couverture qui n'est pas loin du taux réalisé au niveau national avec 20,9%.

L'utilisation des consultations prénatales est accompagnée par des examens de laboratoire et des échographies obstétricales dans la mesure du possible. Afin d'améliorer l'utilisation des consultations prénatales, nous avons formulé 2 lignes stratégiques complémentaires :

- La première suggestion porte sur le renforcement des activités d'Information, Education et Communication (IEC) par des séances périodiques d'IEC/CPN, en stratégie mobile au niveau des fokontany du secteur sanitaire.
- La deuxième suggestion se rapporte à l'amélioration de l'accessibilité financière des femmes enceintes aux examens complémentaires. Il s'agit en définitive de pratiquer une utilisation rationnelle des examens complémentaires par les responsables du service de CPN en évitant de prescrire de façon systématique une liste standard d'examens à réaliser. C'est ainsi que nous avons proposé par exemple une échographie obstétricale en fin de grossesse pour le diagnostic de présentation, d'autres examens échographiques ne devant être réalisés que si les signes présentés en CPN clinique les indiquent.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jamison Dean T, Breman JG, Measham AR and al. Priorités en matière de santé. Banque Mondiale, 2006 : 41 – 89.
2. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé publique. Paris : Ellipses, 2000.
3. Diallo MS, Diallo AB, Diallo Y et Coll. Pronostic maternel et fœtal et facteurs de risque liés au mode de vie. Rev Med Afr Noire 1994 ; 41 : 484-487.
4. Diallo MS, Diallo AB, Diallo Y et Coll. Caractéristiques de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Situation africaine. Stratégie de prévention Afrique médicale, 1991 : 345-350.
5. Bohosson KM, Djanhan Y et Coll. Mortalité maternelle à Abidjan 1988-1993. Med Afr Noire 1995 ; 42 : 569-570.
6. OMS. Maternal health and safe motherhood program. Detection pre eclampsion : a pratical guide. WHO/MCH/MSM, 1997 : 45.
7. Geronooz I, Scheen AJ, Lefebvre PJ. Le diabète gestationnel : physiopathologie et signification pronostique pour la mère. Paris : Rev méd liège 1999 ; 54 : 434-439.
8. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. World Bank/WHO, 1988.
9. Dujardin B, Van Balen H. L'initiative pour une maternités sans risqué : quelles perspectives ? J Gynecol obstet Biol Reprod 1991 ; 20 : 387-405.
10. Gentinili M. Médecine tropicale. Paris : Médecine science, Flammarion, 1995 : 618-622.
11. OMS. Les troubles tensionnels de la grossesse. Série de rapports techniques. Genève : OMS, 1997.
12. Senecal J. La protection de la femme enceinte. Enf Méd Trop 1992 ; 84 : 3.
13. Leys D, Deplanque D, Monnier VC et al. Stroke prevention, Management of modifiable vascular risk factor. J Neurol 2002 ; 249 : 507-517.
14. Prual A, de Bernis L. Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne. J Gynecol obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 90-99.

15. Auray JP, Duru G. Analyse des données multi dimensionnelles, les méthodes explicatives. Lacassoyne, 1998 : 167.
16. Phillips DR. The demand for and utilisation of health services. London : M Pacione, Croom Helm, 1999.
17. OMS. Travailler ensemble pour la santé. Genève : OMS, 2006 : 21.
18. Morley D. Pédiatrie dans les pays en développement, problèmes prioritaires. Paris : Médecine sciences. Flammarion, 1997.
19. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Agence d'ARC, 1990 : 191-197.
20. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Paris : Arnette, 1992.
21. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion, médecine sciences, 1997.
22. Bouyer J, Hemon D, Cordier S et al. Epidémiologie, principes et méthodes quantitatives. Paris : INSERN, 1998.
23. Randrianindrana. Analyse des stratégies de consultation prénatale au CSB2 d'Anorohoro Amparafaravola Madagascar. Antananarivo : Thèse de médecine, 2008 ; N° 5129.
24. Aliou S, Ayouba I. Dépistage et contrôle des facteurs de risque en consultation prénatale dans la ville d'Agadez (Niger). Rev Méd Afr Noire 1992 ; 39 : 285-289.
25. Ratsimbazafy MBR, Mariko S. Santé de la mère et de l'enfant. EDS (Enquête Démographique et de Santé), 2004.
26. Ministère de la santé et du Planning Familial. Politique nationale de santé de l'enfant. Antananarivo Madagascar : MIN/SAN/PF, 2005.
27. Comité National de lutte contre le VIH/SIDA. Stratégie nationale de communication face aux IST/VIH/SIDA. Madagascar : CNLS, 2004.

## VELIRANO

*« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.*

*Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.*

*Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.*

*Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitàn-keloka.*

*Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.*

*Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.*

*Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.*

*Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.*

*Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »*

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

**Name and first name : RAMIARAMANANA Delord Mirajy**

**Title of the thesis : “THE ANALYSIS OF THE USE OF THE PRENATAL CONSULTATION TO THE CMIH OF MORAMANGA”**

**Heading : Public Health**

**Number of figures : 13**

**Number of pages : 47**

**Number of tables : 19**

**Number of bibliographical references : 27**

## **SUMMARY**

The level of use of services of pregnancy surveillance reflects the effort that Madagascar must develop in the struggle against the maternal mortality. The survey that we achieved on “The analysis of the use of the prenatal consultation to the centre of maternal and infantile health or CMIH of Moramanga” has for objective to appreciate the level of use of services of pregnancy follow-up.

The gotten results show that on 1.610 pregnant women waited in 2007 to the CMIH 868 have been recorded in the service of prenatal consultation or CPN that wants to say 53,9%. The use of 4 CPN proves every pregnancy has been achieved by 17% of the pregnant women waited.

In order to improve the use of the CPN, our suggestions carry on the one hand, on the backing of activities of Information - Education and Communication (IEC), and on the other hand, on the improvement of the financial accessibility of women enclosed to the complementary exams notably the obstetric scan.

**Key-words : Prenatal consultation - Use - Pregnancy - Risk - Scan.**

**Director of the thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe**

**Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Address of author : Cité Universitaire Ankatso I Chambre 455**

**Nom et Prénoms : RAMIARAMANANA Delord Mirajy**

**Titre de la thèse : « ANALYSE DE L'UTILISATION DE LA CONSULTATION  
PRENATALE AU CSMI DE MORAMANGA »**

**Rubrique : Santé Publique**

**Nombre de figures : 13**

**Nombre de pages : 47**

**Nombre de tableaux : 19**

**Nombre de références bibliographiques : 27**

## **RESUME**

Le niveau d'utilisation des services de surveillance de la grossesse reflète l'effort que Madagascar doit développer dans la lutte contre la mortalité maternelle. L'étude que nous avons réalisée sur « L'analyse de l'utilisation de la consultation prénatale au centre de santé maternelle et infantile ou CSMI de Moramanga » a pour objectif d'apprécier le niveau d'utilisation des services de suivi de la grossesse.

Les résultats obtenus montrent que sur 1.610 femmes enceintes attendues en 2007 au CSMI, 868 ont été enregistrée dans le service de consultation prénatale ou CPN c'est-à-dire 53,9%. L'utilisation de 4 CPN prouve chaque grossesse a été réalisée par 17% des femmes enceintes attendues.

Afin d'améliorer l'utilisation des CPN, nos suggestions portent d'une part, sur le renforcement des activités d'information, Education et Communication (IEC), et d'autre part, sur l'amélioration de l'accessibilité financière des femmes enceintes aux examens complémentaires notamment l'échographie obstétricale.

**Mots-clés : Consultation prénatale – Utilisation – Grossesse – Risque –  
Echographie.**

**Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

**Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Adresse de l'auteur : Cité Universitaire Ankatso I Chambre 455**