

Evaluation de la complétude des prestations des soins de santé maternelle et néonatale au cours du continuum à l'Hôpital Général de Référence Kenya/ Lubumbashi RD Congo

Jean Adelard Bukasa Kashala¹, Eugénie Meta Luboya¹, Abel Ntambue Mukengeshayi², Marie Claire Omanyondo Ohambe³, Françoise Malonga Kaj².

^{1.} Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

^{2.} Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

^{3.} Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinsahasa, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction : Le continuum des soins est un moyen de réduction du fardeau d'un demi-million de décès maternels, de 4 millions de décès néonataux et de 6 millions d'enfants qui meurent entre 1 mois et 5 ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer la complétude des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né au cours du continuum dans les services de PMI et maternité de l'Hôpital de Référence Kenya de Lubumbashi (RD Congo) en vue d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant.

Matériel et Méthodes : C'est une étude documentaire évaluative, menée à partir des dossiers (partogrammes et fiches de consultations prénatales) des femmes ayant accouché au sein de la maternité de l'hôpital général de référence Kenya de Lubumbashi (RD Congo) de janvier à décembre 2017. Nous avons analysé 585 dossiers des femmes ayant accouché audit hôpital, dont 422 dossiers avaient répondu aux critères, avec une perte de 163 dossiers, soit 27,86 % sur base d'un check liste reprenant les paramètres à enregistrer au cours du continuum des soins maternels et néonataux. La sélection des dossiers des femmes a été faite de manière exhaustive. A été inclus dans l'étude, tout dossier ayant un partogramme et une fiche de consultations prénatales. Les données ont été analysées grâce au Microsoft Excel 2007 et au logiciel IBM SPSS statistics 23.

Résultats : 585 femmes ont été enregistrées pour accouchement en 2017 parmi lesquelles 27,86 % n'avaient pas des fiches de CPN. 81,5 % des femmes ont accompli 4 CPN et 17,8% d'entre elles 2 à 3 visites. La plupart de ces dernières avaient effectué leur première visite au deuxième trimestre, soit 74,2 % et 23,2 % au premier trimestre. 85,71% des femmes ayant débuté leur CPN au premier trimestre, avaient effectué 4 visites contre 80,83% de celles l'ayant débuté au deuxième trimestre et 63,64% de celles l'ayant débuté au troisième trimestre. Certains paramètres du paquet des soins de santé maternelle et néonatale n'étaient pas complétés et/ou étaient complétés partiellement sur les dossiers des femmes.

Conclusion : L'étude a montré que 27,86 % des femmes ayant accouché à l'hôpital de référence Kenya en 2017 n'avaient pas des fiches de CPN dans la même structure.

Certains paramètres des prestations des SSMN, n'étaient pas complétés et/ou complétés partiellement sur les dossiers.

Mots clés : Evaluation, complétude, prestations, soins de santé de la mère et du nouveau-né, continuum.

Date of Submission: 06-05-2022

Date of Acceptance: 21-05-2022

I. Introduction

Chaque année 350.000 femmes meurent pendant la grossesse ou lors de l'accouchement donc, près de 1.000 par jour^{1, 2, 3}, nonobstant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile que prônent les ODD 3.1 et 3.2 à savoir : faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, en ramenant leur taux respectivement à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus⁴.

Pareillement, plus de 20 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque jour dans le monde⁵ et près de 40% d'entre eux surviennent au cours des quatre premières semaines qui suivent l'accouchement (pendant la période néonatale)⁶.

La répartition du fardeau de la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste disproportionnée dans les pays les plus pauvres du monde et dans les populations les plus pauvres avec des taux de mortalité infantile plus élevés dans les 20% que les populations les plus riches et l'accès aux soins, comme la fréquentation qualifiée plus bas pour ceux qui en ont le plus besoin⁷.

En République Démocratique du Congo, bien que les stratégies pouvant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle soient nombreuses, diverses et variées notamment, les accouchements assistés dont le taux est relativement élevé, soit 74%⁸, le ratio de mortalité maternelle par contre reste assez élevé, passant de 549 pour 100.000 naissances vivantes⁹ à 846 pour 100.000 naissances vivantes entre 2007 et 2014¹⁰. Ceci revient à dire que toutes les trente minutes, une femme perd sa vie en voulant donner naissance à une vie. De même, la mortalité du nouveau-né indique une stagnation voire même une aggravation, malgré que la tendance générale des différents taux de celle-ci soit à la baisse. Ce chiffre (846 pour 100.000 naissances vivantes) qui est assez élevé devait inciter le pays à mener des actions pour sauver la vie des mères. Malheureusement, la prestation de soins obstétricaux anténatals et néonataux et postnatals de qualité reste encore très insuffisante¹¹.

Le continuum des soins n'est pas seulement un principe fondamental des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, mais est également un moyen de réduction du fardeau d'un demi-million de décès maternels, de 4 millions de décès néonataux et de 6 millions d'enfants qui meurent entre 1 mois et 5 ans^{12, 13, 14}.

Le continuum pour les soins de santé maternelle, néonatale fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle¹⁵. D'où il consiste à l'accès à différents types de services et d'activités de santé, y compris la prévention, la promotion, les soins curatifs et palliatifs¹⁶. Son objectif est d'éviter les dichotomies entre les mères et les enfants, les lieux de prestation de services ou les problèmes de santé individuels^{17, 18}.

Les soins prénatals constituent un maillon important du continuum des SMN. Certaines interventions telle que la vaccination antitétanique, le traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH détiennent leur efficacité du nombre et du moment des visites prénatales¹⁹.

La déclaration universelle des droits de l'homme, ratifiée en 1948, stipule que « la maternité et l'enfance ont droit à des soins et à une assistance spéciaux²⁰ ».

L'approche du continuum de soin favorise donc, les soins aux mères et aux enfants, de la grossesse à l'accouchement, de la période postnatale immédiate et de l'enfance, reconnaissant que l'accouchement sécuritaire est essentiel à la santé de la femme et du nouveau-né et qu'un bon départ dans la vie est une étape essentielle vers une bonne enfance et une vie productive^{21, 22}. Ainsi, la transition entre les soins maternels, les soins préventifs et curatifs pour améliorer la survie de l'enfant serait facilitée par un ensemble efficace de soins postnatals pour les mères et les bébés, alors que l'absence d'un paquet de soins postnatals définis serait une lacune importante qui contribuerait à la discontinuité entre les programmes de santé maternelle et infantile¹².

En outre, la santé et les intérêts de la mère et de l'enfant ne peuvent être séparés et le nouveau-né négligé. Les soins doivent se concentrer dans un cadre d'une image plus large et du lien entre la santé de ce couple²³.

Des études suggèrent que la couverture élevée et la qualité des paquets essentiels pourraient éviter environ 67% des décès néonataux et infantiles dans 60 pays prioritaires dans le monde entier^{24, 25}.

Au niveau de la santé publique, les liens entre les paquets intégrés peuvent maximiser l'efficacité avec laquelle les ressources humaines et financières limitées disponibles pour les soins de santé sont utilisées²⁶.

Un continuum efficace est particulièrement important pour la survie maternelle, car il est nécessaire d'établir des liens opportuns avec les soins obstétricaux de référence pour réduire la mortalité maternelle. Il garantirait que les soins appropriés étaient disponibles partout où il était nécessaire et reliés, le cas échéant, à d'autres niveaux de soins¹² et jouerait un rôle capital dans la survie du couple mère-enfant et leur procurerait plus d'avantage.

Une mauvaise mise en œuvre, un lien inadéquat entre les services inclus dans le paquet ou l'omission de certaines interventions clés rendront les soins inefficaces²⁷.

Lorsqu'intégré dans les prestations, le continuum offre des nombreux avantages qui partent des vies sauvées à l'amélioration de la santé et du bien-être des mères et des enfants. En plus, ces gains en matière de santé auront un large éventail d'avantages économique-sociaux²⁸.

A ce jour, plusieurs stratégies, programmes et politiques mis sur pieds pour atteindre ces objectifs de la formation, visent à renforcer les effectifs des professionnels de la santé dans le monde avec comme idée que, ce renforcement des effectifs, permettrait l'accès du couple mère-enfant aux services de santé²⁹. Ils laissent de côté un aspect non négligeable qui est l'application intégrale des prestations de soins de santé de la mère et du

nouveau-né au cours du continuum, pouvant contribuer à l'atteinte des ODD 3.1. et 3.2. Ainsi, notre étude s'assigne l'objectif d'évaluer la complétude des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né au cours du continuum dans les services de PMI et maternité de l'Hôpital de Référence Kenya de Lubumbashi (RD Congo) en vue d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant..

II. Matériel Et Méthodes

Milieu d'étude : L'étude a été effectuée au sein de l'hôpital général de référence Kenya de Lubumbashi, situé dans la Zone de santé Kenya, Province du Haut-Katanga, RD Congo, précisément dans les services de PMI et de maternité.

Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive transversale effectuée sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans ledit Hôpital.

Population d'étude : Notre population est constituée des dossiers des femmes (partogrammes et fiches des consultations prénatales) ayant accouché à l'Hôpital Général de Référence Kenya durant la période de l'étude, soit de janvier à décembre 2017.

Critères d'inclusion : L'étude a inclus tous les dossiers des femmes ayant un partogramme et une fiche de CPN

Critères d'exclusion : Tout partogramme et fiche de CPN ne répondant pas aux critères cités ci-dessus, étaient exclus de l'étude.

Techniques de collecte des données : Les données ont été collectées à travers une analyse documentaire en rapport avec les partogrammes et fiches des consultations prénatales des femmes ayant accouché au sein de l'Hôpital Général de Référence Kenya au cours de la période de l'étude.

Outils de collecte des données : Les données ont été collectées à l'aide d'un check list reprenant les paramètres à enregistrer au cours du continuum des soins de la mère et du nouveau-né.

Taille de l'échantillon : La taille de l'échantillon était de 422 dossiers des femmes répondant aux critères de sélection et obtenue de manière exhaustive sur les 585 dossiers des femmes ayant accouché audit hôpital de janvier à décembre 2017 avec une perte de 163, soit 27,86 %.

Procédés statistiques et analyses des données : Les données ont été analysées grâce au Microsoft Excel 2007 et au logiciel IBM SPSS statistics 23.

Considérations éthiques : Les dossiers des femmes ont été analysés dans le respect strict d'anonymat et de confidentialité.

III. Résultats

422 dossiers des femmes parmi 585 enregistrées pour accouchement du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2017 ont été analysés, soit 72, 14 % contre 27, 86 % dossier manquant la fiche des CPN. Nos résultats sont présentés sous forme des tableaux de I à XIV et nous avons utilisé la fréquence.

1. Données de la CPN

Tableau I : Répartition des femmes par rapport au nombre des CPN et le moment du début de la 1^{ère} visite

Variables	N= 422	%
Nombre des CPN		
1 (n= 3)		0,7
2 (n= 11)		2,6
3 (n= 64)		15,2
4 (n= 344)		81,5
Moment de la 1^{ère} visite		
Premier trimestre		23,2
Deuxième trimestre		74,2
Troisième trimestre		2,6

81,5 % des femmes enregistrées dans notre étude avaient fait 4 CPN et 15,2 % 3 CPN. La plupart avait effectué leur première visite au deuxième trimestre, soit 74,2 % contre 23,2 % au premier trimestre.

Tableau II : Association entre le nombre de visite de CPN et le moment du début de la première consultation

Moment du début de la 1 ^{ère} consultation	Nombre de visite de CPN			
	1	2	3	4
1^{er} trimestre (n = 98)	0 0,0%	1 1,02%	13 13,27%	84 85,71%
2^{ème} trimestre (n = 313)	0 0,0%	10 3,19%	50 15,97%	253 80,83%
3^{ème} trimestre (n = 11)	3 27,27%	0 0,0%	1 9,09%	7 63,64%

85,71% des femmes qui avaient débuté leur CPN au premier trimestre, avaient effectué 4 visites et 13,27% 3 visites ; 80,83% de celles qui l'avaient débuté au deuxième trimestre avaient effectué 4 visites et 15,97%, 3 visites ; enfin, 63,64% de celles qui l'avaient débuté au troisième trimestre avaient effectué 4 visites et 27,27%, 2 visites.

Tableau III : Répartition des femmes par rapport à la complétude de leur identité sur le dossier de la CPN

Identité complète	Ni	%
Oui	0	0
Non	422	100
TOTAL	422	100

Aucune femme n'avait une identité complète sur son dossier de la CPN. Elle manquait des éléments tels que l'Electrophorèse, l'Hb, les Gs+Rh, l'occupation, le N° de téléphone et l'adresse.

Tableau IV : Répartition des femmes par rapport à la complétude de l'anamnèse lors de la CPN

Anamnèse complète à la CPN	Ni	%
Oui	0	0
Non	422	100
TOTAL	422	100

Aucun dossier des femmes n'avait d'anamnèse complète et tous manquaient les antécédents familiaux et le motif de consultation.

Tableau V : Répartition des femmes par rapport à la complétude de l'examen clinique lors des visites

Visites	Examen clinique	N= 422	
		Ni	%
1^{ère} visite	Complet	0	00,0
	Incomplet	422	100
2^{ème} visite	Complet	77	18,24
	Incomplet	342	81,04
	Visite non effectuée	3	00,7
3^{ème} visite	Complet	239	56,64
	Incomplet	16914	40,05
	Visite non effectuée		3,31

Aucun dossier n'était complet quant à l'examen clinique à la première visite. A la deuxième visite, 18,24 % des dossiers avaient l'examen clinique complet et à la troisième visite 56,64 % des dossiers avaient l'examen clinique complet. Ils manquaient la recherche des œdèmes, des lésions de grattage, des varices et certains manquaient la prise du poids, de la taille et du périmètre brachial.

Tableau VI: Répartition des femmes par rapport à la complétude de l'examen obstétrical lors des visites

Visites	Examen obstétrical	N= 422	
		Ni	%
1 ^{ère} visite	Complet	58	13,7
	Incomplet	364	86,3
2 ^{ème} visite	Complet	157	37,2
	Incomplet	262	62,1
3 ^{ème} visite	Visite non effectuée	3	0,7
	Complet	84	19,9
	Incomplet	324	76,8
	Visite non effectuée	14	3,3

13,7% des femmes avaient bénéficié d'un examen obstétrical complet contre 86,3% de celles qui n'en avaient pas bénéficié à leur première CPN. 37,2% en avaient bénéficié à leur deuxième CPN contre 62,1% de celles qui n'en avaient pas bénéficié et 19,9% contre 76,8% de celles qui n'en avaient pas bénéficié à leur troisième CPN. Elles n'avaient pas bénéficié de l'appréciation de l'état du col utérin.

Tableau VII: Répartition des femmes par rapport à la complétude des examens complémentaires lors des visites

Visites	Examens complémentaires	N= 422	
		Ni	%
1 ^{ère} visite	Complet	0	00,0
	Incomplet	422	100
2 ^{ème} visite	Complet	0	00,0
	Incomplet	419	99,3
	Visite non effectuée	3	0,7
3 ^{ème} visite	Complet	0	00,0
	Incomplet	408	96,7
	Visite non effectuée	14	3,3

Aucune femme n'avait bénéficié des tous les examens complémentaires à toutes les visites.

Tableau VIII : Répartition des femmes par rapport à l'initiation des mesures préventives lors des visites

Visites	Initiation des mesures préventives	N= 422	
		ni	%
1 ^{ère} visite	Initiées	370	87,7
	Non initiées	52	12,3
2 ^{ème} visite	Initiées	140	33,2
	Non initiées	279	66,1
	Visite non effectuée	3	0,7

Pour 12,3% des femmes toutes les mesures préventives n'ont pas été initiées pendant la première visite contre 66,1% à la deuxième visite.

2. Données de la maternité

Tableau IX: Répartition des femmes par rapport à la complétude de l'identité pendant le travail d'accouchement

Identité	Ni	%
Complète	290	68,7
Incomplète	132	31,3
TOTAL	422	100

68,7% des dossiers des femmes avaient une identité complète contre 31,3% de ceux qui n'en avaient pas. Ils manquaient la provenance, l'occupation et la personne à prévenir en cas de danger.

Tableau X: Répartition des parturientes par rapport à la complétude de l'examen gynéco-obstétrical lors du travail d'accouchement

Examen gynéco-obstétrical	Ni	%
Oui	419	99,3
Non	3	0,7
TOTAL	422	100

99,3% des dossiers des femmes faisaient mention de l'examen gynéco-obstétrical complet lors du travail d'accouchement, contre 0,7% qui n'en faisaient pas mention et manquaient l'appréciation du bassin de la femme.

Tableau XI : Répartition des parturientes par rapport à la mention des résultats de laboratoire sur le partogramme

Résultat du laboratoire	Ni	%
Oui	0	0
Non	422	100
Total	422	100

Aucun résultat de laboratoire n'était mentionné sur le partogramme lors du travail d'accouchement.

Tableau XII: Répartition des parturientes par rapport à la surveillance pendant la phase de latence et la phase active

Surveillance/ phase de latence	N=422	%
Oui	117	27,7
Non	305	72,3
Surveillance/ phase active		
Oui	422	100
Non	0	0
Total	422	100

72,3% des dossiers des parturientes n'avaient fait mention d'une surveillance complète pendant la phase de latence contre 27,7% qui en avaient fait mention, tandis que tous soit 100% en avaient fait pendant la phase active. La grande partie manquait tous les paramètres de surveillance et certains la recherche des affections seulement.

Tableau XIII : Répartition des parturientes et les nouveau-nés par rapport aux soins du post-partum

Soins du post-partum	Ni	%
A la mère		
Oui	392	92,9
Non	30	7,1
TOTAL	422	100
Au nouveau-né		
Oui	422	100

	Non	0	0
TOTAL		422	100

7,1% des dossiers des femmes n'avaient fait mention des soins complets, bien que 100% des dossiers avaient fait mention des soins complets au nouveau-né. Tous manquaient la mesure de la diurèse.

Tableau XIV. Répartition des parturientes / nouveau-nés par rapport à l'examen de la sortie

Examen complet	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0,0
Non	422	100,0
Total	422	100

Aucun dossier des femmes n'avaient fait mention d'un examen de sortie, ni pour la mère, ni pour nouveau-né.

IV. Discussion

L'OMS recommande que les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale puissent reposer sur quatre piliers formant un continuum des soins obstétricaux, à savoir les soins prénatals (CPN), les soins lors de l'accouchement, les soins aux nouveau-nés et les soins postnataux ^{30, 31} pour les mères et les nouveau-nés. Pour que les soins prénatals soient efficaces, toutes les femmes enceintes ont besoin d'un minimum de quatre visites (CPN), à des moments précis et avec un contenu fondé sur des données probantes ^{19, 32, 33, 34, 35}.

Notre étude rapporte que, sur 585 femmes qui ont été enregistrées pour accouchement en 2017, 27,86 % n'avaient pas des fiches de CPN. Pour celles qui en avaient, 81,5 % d'entre-elles ont accompli 4 CPN contre 17,8% de celles ayant accompli 2 à 3 visites. Ces résultats s'écartent de ceux de l'enquête par Grappes à Indicateurs multiples, MICS-2010 qui soulignait qu'en RDC, 44 % seulement des femmes arrivaient jusqu'à la quatrième visite (CPN4) ⁸, et de ceux de EDS-RDC II 2013-2014 qui avait rapporté que, parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, 48% avaient effectué au moins les quatre visites recommandées, proportion qui était plus élevée en milieu urbain (61%) qu'en milieu rural (42%) et que dans 38% des cas, les femmes avaient effectué 2 à 3 visites ¹⁰. Quant à Daouda, S., il avait trouvé dans son étude que 50,40% avaient effectué 1 à 3 consultations prénatales et 30,49% avaient effectué 4 consultations prénatales ou plus ³⁶.

Ces consultations doivent être entreprises avant la fin du quatrième mois de grossesse, soit au premier trimestre ³² et à des intervalles spécifiés ³⁷.

Dans notre étude, la plupart des femmes avait effectué leur première visite au deuxième trimestre, soit 74,2 % contre 23,2 % au premier trimestre. Contrairement à ces résultats, l'EDS-RDC II 2013-2014 avait révélé que sur le 48% des femmes ayant effectué au moins quatre visites, seulement 17% avaient effectué leur première visite avant le quatrième mois de grossesse ¹⁰, tandis que Biakabuswa, M., A. avait trouvé 12% des femmes qui avaient débuté leur première CPN au premier trimestre dans le Centre Hospitalier de Luyindu à Kinshasa ³⁸. Cet écart peut être dû du fait des effectifs et de milieux d'étude différents, mais aussi pour l'EDS-RDC II 2013-2014, l'étude a été effectuée sur toute l'étendue de la République, alors que notre a été effectuée dans une seule structure sanitaire et que nous n'avons tenu compte que des femmes ayant accouché dans cette dernière et dont les dossiers de CPN pouvaient être retrouvés.

En outre, notre étude montre que 85,71% des femmes ayant débuté leur CPN au premier trimestre, avaient effectué 4 visites contre 80,83% de celles l'ayant débuté au deuxième trimestre et 63,64% de celles l'ayant débuté au troisième trimestre.

Notons que les CPN ont pour objectif, d'effectuer un bilan simple de la santé de la mère et de dépister, de remédier ou de prendre en charge les problèmes de santé survenant pendant la grossesse et affectant la mère et l'enfant ^{19, 39}. Plusieurs préoccupations concernant la qualité de leur contenu subsistent en Afrique subsaharienne ^{32, 40}, ainsi que celles de leur utilisation sous-optimale. Situation qui pourrait être due par l'insuffisance de la formation du personnel chargé des dernières et le non respect de ses normes ⁴¹, bien que plusieurs autres facteurs sont reconnus comme influençant l'utilisation optimale de ces dernières ^{19, 40, 42}. De ce fait, les différents paramètres du paquet des soins prénatals devraient faire l'objet de promotion au niveau des professionnels de la santé ^{32, 39} et aucun ne peut être négligé.

En décortiquant ces paramètres, notre étude montre que, certains paramètres de ce paquet ne sont complétés sur les dossiers des femmes. Pratiquement tous les dossiers des femmes n'avaient ni identité ni anamnèse, ni examen clinique complets. A l'identité des femmes à la CPN, 23,70% des dossiers manquaient l'occupation des femmes, alors que l'information sur celle-ci ou la profession de la femme permet non seulement de déterminer s'il y a un lien entre cette dernière et le problème qu'elle peut poser, mais également

d'avoir une idée sur son activité économique, du fait que la capacité à payer les soins est influencée par la profession de la mère^{43, 44, 45, 46, 47}. Tandis que tous les dossiers manquaient l'Electrophorèse d'Hémoglobine et le GS + Rh et pourtant on estime que 20 millions de congolais, (soit 25 à 30 % de la population) sont porteurs du gène drépanocytaire et peuvent transmettre la maladie à leurs enfants et qu'environ 2 % de ces derniers naissent drépanocytaires⁴⁸ alors que le GS+Rh permettent à dépister les situations à risque d'incompatibilité Rhésus, d'où l'obligation pour ces examens d'être effectués dès la première visite. A l'anamnèse tous les dossiers manquaient les antécédents familiaux et le motif de consultation. A l'examen clinique, tous les dossiers manquaient la recherche des œdèmes, des vergetures, des varices et des lésions de grattage pour toutes les trois visites, tandis qu'à la première visite le poids, le périmètre brachial et la taille manquaient à hauteur de 0,47, 0,95 et 0,47 % des cas.

Il est à noter que ces paramètres en dehors des œdèmes, bien que certains tels que les vergetures, les varices et les lésions de grattage n'ont pas du tout une importance clinique, ne sont même pas repris comme éléments à cocher sur la fiche de la CPN. Or, des examens biologiques tels que la détermination du groupe sanguin et du Rhésus et autres en fonction des facteurs de risque (maladies de la grossesse, poids supérieur à 80 kg, etc.), devaient systématiquement être prescrits et la recherche systématique des antécédents familiaux effectuée, notamment l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies génétiques, les cardiopathies, etc., ce qui permettrait d'estimer le niveau de risque de la grossesse, et influencer sa prise en charge^{49, 50}, car ce sont les maladies exacerbées par la grossesse. Quant au poids et la taille, bien que le pourcentage de leur non complétude soit faible (0,4 %), il reste tout de même non négligeable, du fait que ces derniers servent à calculer l'IMC qui est un des indicateurs du bien être et du pronostic materno-fœtal, mais aussi le suivi du poids permet à exclure la toxémie gravidique et la taille, le bassin limite. Le poids devait donc, être relevé dès la première consultation, puis à chaque consultation^{51, 52, 53, 54, 55, 56}.

Pour ce qui est de la complétude de l'examen obstétrical, notre étude montre qu'à leur première CPN, seulement 13,7% des dossiers des femmes avaient un examen obstétrical complet contre 86,3% à la deuxième CPN, 37,2%, contre 62,1% et enfin à la troisième CPN, 19,9% seulement, contre 76,8%. Tous ces dossiers manquaient l'appréciation de l'état du col utérin pourtant reprise sur la fiche comme élément à cocher. Or, la négligence de ce paramètre peut cacher des informations sur ce dernier, pourtant nécessaires pour évaluer la conduite à tenir durant la grossesse, mais également lors de l'accouchement^{32, 33}. En plus, le toucher vaginal est un élément essentiel, permettant de dépister les premiers signes d'une béance cervico-isthmique ou une menace d'accouchement prématuré⁵⁷.

Lors des CPN, le dépistage et la prise en charge des maladies comme les infections sexuellement transmissibles (la syphilis), l'anémie, le diabète, la tuberculose et le paludisme, les saignements vaginaux, la pré-éclampsie/éclampsie et la bactériurie^{59, 30, 60}, constituent un atout majeur dans le suivi des femmes enceintes et doivent compléter chaque visite.

Notre étude révèle qu'aucun dossier des femmes n'avait fait mention des tous les examens complémentaires à toutes les visites, alors que Daouda, S., dans son étude avait trouvé que les femmes avaient bénéficié des examens complémentaires tel que le groupage sanguin et Rhésus à 18,51%, le taux d'hémoglobine à 2,28%, la protéinurie à la bandelette à 0,9% et l'échographie obstétricale à 0,7%³⁶. Cela pourrait être dû à l'absence de ces éléments sur la fiche de CPN comme examens à rechercher, en dehors de l'albuminurie. Or, en RDC près de deux femmes sur cinq soit 38 %, sont atteintes d'anémie, dont 30 % sous la forme légère, 8 % sous la forme modérée et 0,3 % sous la forme sévère et c'est parmi les femmes enceintes (22 %) et celles résidant au Katanga (13 %) que la prévalence de l'anémie modérée est plus élevée¹⁰, d'où l'obligation d'un examen d'Hb à chaque visite.

Toujours dans le même ordre d'idée comme dit ci-haut, les CPN doivent fournir également les interventions préventives comme la vaccination contre le tétanos et les moustiquaires imprégnées d'insecticide^{19, 30, 42, 58, 59}, la supplémentation (fer, acide folique et iode), le traitement vermifuge périodique, le traitement intermittent (TPI) du paludisme^{19, 59}.

En RDC, le paludisme compte parmi les trois causes de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes¹⁰; ce qui nécessite une attention particulière chaque fois qu'une femme vient à la visite. Notre étude relève qu'au cours de la première visite, 12,3% des dossiers des femmes n'avaient pas toutes les interventions préventives, et 66,1 % à la deuxième visite. Ces dossiers manquaient particulièrement la prise de Sulfadoxine et Pyrimethanine (SP) et des conseils sur la MIILD respectivement à 51,91% et l'administration de la Vat à 26,02% tandis qu'à la deuxième, 30,11% des dossiers, manquaient également de toutes les mesures. Ces résultats sont un peu différents de ceux de l'EDS-RDC II 2013-2014¹⁰, qui stipulent que, 43% des femmes avaient reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse, 60% des femmes enceintes avaient dormi sous une MIILD en 2013 contre 7% en 2007, tandis que 14% des femmes avaient bénéficié d'un traitement préventif intermittent en 2013 contre 5% en 2007.

En vue de garantir la survie maternelle et néonatale, une série d'interventions en termes des paquets sur le continuum des soins doit être mise en œuvre, bien qu'avec quelques différences d'approche¹².

Selon la charte de qualité 1.1a de l'OMS ⁶⁰, l'état de santé des femmes doit faire l'objet d'une évaluation systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé pendant le travail et l'accouchement, en vue de garantir des soins essentiels qui soient adaptés à leur état de santé, prévenir la survenue des complications et identifier les risques ou les complications qui requièrent une intervention urgente ou son transfert vers un service spécialisé afin d'assurer de meilleurs résultats du travail d'accouchement et une issue plus favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né. D'où, la nécessité de passer à un examen complet du dossier prénatal de la mère, des antécédents de la grossesse et de travail, de mesurer les différents paramètres, de la réaliser et enregistrer les tests relatifs au groupe sanguin et facteur Rhésus, les tests d'hémoglobine, de protéinurie et de glycosurie, etc.

De ce qui précède, notre étude montre que lors du travail d'accouchement, 68,7% des dossiers des femmes avaient fait mention d'une identité complète contre 31,3% de ceux qui n'en avaient pas fait mention. Les paramètres manquant à ces identités étaient la personne à prévenir en cas de danger (17,42%), l'occupation (71,21%) et la provenance (82,56%). Or, comme nous l'avons souligné ci-haut, se renseigner sur l'occupation ou la profession de la femme permet non seulement de déterminer s'il y a un lien entre celle-ci et le problème qu'elle peut poser, mais également d'avoir une idée sur son activité économique, du fait que la capacité à payer les soins est influencée par la profession de la mère ^{43, 44, 45, 46, 47}. Tandis que se renseigner sur la provenance de la femme permet de retrouver la femme même dans le cas du post-partum, mais aussi de la situer dans son contexte social et que ceux sur la personne à prévenir en cas de danger, permettent éventuellement lorsqu'il y a un problème d'entrer en contact avec cette dernière, afin de trouver des solutions ou un compromis.

Tous les dossiers (partogrammes) des femmes, soit 100% faisaient mention d'une anamnèse complète et l'effectivité de l'examen clinique général. L'examen gynéco-obstétrical était complet à 99,3%, contre 0,7% qui manquait juste l'appréciation du bassin des femmes. Aucun résultat de laboratoire n'était mentionné sur le partogramme. Cette façon de faire n'est pas à favoriser un bon tracé au cours du continuum de soins de la mère et du nouveau-né.

Quant à la surveillance lors du travail, les soins pendant l'accouchement, la délivrance, les soins du nouveau-né et les soins du post-partum, notre étude montre que 72,3% des dossiers des parturientes n'avaient fait mention d'une surveillance complète pendant la phase de latence contre 27,7% qui en avaient fait mention, tandis que tous, soit 100% en avaient fait mention pendant la phase active. Cette surveillance manquait la recherche des éventuelles affections à 34,75% et de tous les éléments (dilatation cervicale, BCF, TA, FC, etc.) dans 65,25% des cas.

Selon l'OMS, les mères et les nouveau-nés devraient recevoir des « soins dans la maternité au moins 24 heures après la naissance » à la suite d'un accouchement eutocique au sein d'une formation sanitaire ⁶¹.

Dans notre étude, tous les dossiers des femmes soit 100%, avaient fait mention de tous les soins pendant l'accouchement, la délivrance et des soins au nouveau-né. Toutefois, 3,3% des dossiers des nouveau-nés n'avaient pas fait mention d'un examen physique complet, ils manquaient la mesure du périmètre crânien et 0,5% n'avaient pas fait mention de l'administration de la Vit K1. En post-partum, 7,1% des dossiers des femmes n'avaient fait mention des soins complets aux mères. Ils manquaient tous la mesure de la diurèse. Tandis que tous avaient mentionné les soins complets au nouveau-né.

En outre, le nouveau-né doit bénéficier non seulement d'une évaluation immédiate à la naissance, d'un examen clinique complet une heure après, mais aussi d'un autre examen complet avant la sortie ⁶¹, ce qui n'est pas le cas pour notre étude qui a montré qu'aucun dossier des femmes n'avaient fait mention d'un examen de sortie, ni pour la mère, ni pour nouveau-né, alors que cet examen est très capital pour ce couple, afin de s'assurer de son bien être avant de laisser partir de la maternité

V. Conclusion

Cette étude a montré qu'une proportion non négligeable des femmes ayant accouché à l'hôpital de référence Kenya en 2017 n'avaient pas des fiches de CPN. La majorité des femmes ont accompli 4 CPN et commencé leur première visite au deuxième trimestre. Quant à la complétude des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né, certains paramètres n'étaient pas complétés et/ou étaient partiellement complétés sur les dossiers des femmes. Au vu de ce qui précède, une étude sur les causes de non complétude et/ou complétude partielle des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né au cours du continuum, ainsi que celle sur la connaissance de ce dernier par les prestataires des SSMN s'avèrent nécessaires.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de cette étude. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

- [1]. Erin Sines, Anne Tinker et Julia Ruben, Le continuum de soins du niveau maternel aux niveaux néonatal et infantile : un effort collectif pour sauver des vies, Population Reference Bureau, 2006
- [2]. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2008. 2010Genève.
- [3]. UNFPA, Donner naissance ne doit pas être une question de vie ou de mort, 2012
- [4]. CII, Les Infirmières, une force pour le changement: Pour des systèmes de santé plus résilients. Documentation pour la journée internationale des infirmières, 2016 Genève.
- [5]. Union Africaine, Rapport annuel sur la Situation de la santé Maternelle, néonatal et infantile en Afrique, 2013
- [6]. OMS et UNICEF, Compte à rebours pour 2015: préparer un avenir pour les femmes et les enfants, 2012 Genève.
- [7]. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364: 1273–80.
- [8]. Mini Plan-RDC et UNICEF, Enquête par Grappes à Indicateurs multiples, MICS-2010 : Résultats préliminaires, 2010, p. 16-17. https://www.unicef.org/drcongo/french/MICS_RDC_2010.pdf(Consulté le 0/12/2018)
- [9]. Mini Plan et Mini Santé-RDC, Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo 2007, Marco International Inc., Calverton, Maryland, USA 2008 p. XXVI-XIX ; 200-04. http://www.who.int/profiles_information/images/4/46/RDC-EDS-RDC-2007-fr.pdf, (Consulté le 06/12/2018).
- [10]. Mini Plan et Mini Santé-RDC, Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC II 2013-2014), Measure DHS, ICF International, Rockville, Maryland, USA, 2014, p. 15-17, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf> (Consulté le 07/12/2018).
- [11]. Mini Santé -RDC, Cartographie des interventions et intervenants de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris la planification familiale en Rd Congo, 2012, p. 9-21
- [12]. Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishael Shoo, Doyin Oluwole, Joy Lawn, Continuum of Care for maternal, newborn, and child health: From Slogna to service delivery, *Lancet* 2007; 370: 1358-6
- [13]. WHO, World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
- [14]. Tinker A, Hoop-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005; 365: 822–25.
- [15]. PROJET APS/USAID/FHI, Atelier de concertation sur le renforcement du continuum de soins au niveau de Kédougou : Continuum de soins : Eléments de définition, typologie et enjeux, Avril 2015
- [16]. Healthy Newborn Partnership. HNP annual meeting, Ethiopia—Addis Ababa declaration for global newborn health. Washington, DC: Save the Children, April 12, 2004: <http://www.healthynewborns.com/content/article/detail/537> (Consulté le 12 Décembre 2018).
- [17]. OECD, The Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris, France: Organisation for Economic Cooperation and Development.2005<http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/FINALPARISDECLARATION.pdf>. (Consulté le 10 Octobre 2018).
- [18]. Lawn JE, Tinker A, Munjanja SP, Cousens S., Where is maternal and child health now? *Lancet*2006; 368: 1474–77.
- [19]. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh S, Gomez P, Munjanja S. Donnons sacheance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Soins néonataux en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques : soins prénatal, Rapport sur la santé dans le monde. OMS ed, Genève, 2005.
- [20]. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva: United Nations, 1997
- [21]. PMNCH, Opportunities for Africa's Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cape Town, South Africa: PMNCH, Save the Children, UNFPA, UNICEF, USAID, WHO, 2006. <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html> (Consulté le 12 Décembre 2018).
- [22]. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004: http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf (Consulté le 25 Février 2019)
- [23]. Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005: <http://image.thelancet.com/extras/1164web.pdf> (Consulté le 08 Février 2016).
- [24]. Lawn J. The price tag for newborn and child survival. Tracking progress in child survival: countdown to 2015. 13–14 December 2005.
- [25]. Beveridge Hall, Senate House, University of London; 2005. <http://cs.server2.textor.com/programme.html> (Consulté le 08 Février 2016).
- [26]. Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365: 2193–200.
- [27]. PMNCH Knowledge Summary 2, Enable the Continuum of care, 2010 Edition.
- [28]. Karin Stenberg, Kim Sweeny, Henrik Axelson, Marleen Temmerman, and Peter Sheehan, Chapter 16 Returns on Investment in the Continuum of Care for Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health 2016 ISBN-13: 978-1-4648-0348-2 ISBN-13: 978-1-4648-0368-0
- [29]. UNFPA, La pratique de sage-femme dans le monde en 2011, Naissances réussies, vies sauvées, New York, NY 10158, www.statofthewordsmidwifery.com (Consulté le 17 Avril 2016).
- [30]. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005 ; 115 : 519-617.)
- [31]. OMS. Consensus pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2010, p. 2. http://www.who.int/pmnch/events/2009/mnchconsensus_fr.pdf (Consulté le 07 Février 2016).
- [32]. Khan M, Mwaku RM, McClamroch K, Kinkela DN, Van Rie A. Soins prénatals à Kinshasa (République démocratique du Congo) : croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Santé*2005 ; 15 : 93-7.
- [33]. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J AdvNurs*2008 ; 61 : 244-60
- [34]. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of Prenatal Care and Neonatal Mortality in Infants Born to Mothers with and without Antenatal High-Risk Conditions. *Aust N Z J ObstetGynaecol.* 2007;47(2):122–7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00697.x.
- [35]. Villar J, Ba'aqel H, Piaggio G, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1551–64.
- [36]. Daouda Samake, Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au Centre de santé de référence de la Commune VI du District de Bamako, Thèse de Médecine, faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, 2010
- [37]. Fourn L, Ducic S. Tendance de l'utilisation des soins prénatals et des issues défavorables de grossesses au Bénin (Afrique). *Sante* 2002 ; 12 : 399-404.

- [38]. Biakabuswa, M., A. Evaluation normative de la consultation prénatale des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo, Université Lorraine. Faculté de Médecine. Ecole de Santé Publique. Nancy. FRA (com.) 2016, pages 56p <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=506969> (Consulté le 06 mars 2021)
- [39]. Diallo S, Camara YB, Daffe M. Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'Inse. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 233-5
- [40]. Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwaledistrict, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008 ; 8 : 2.
- [41]. Dugas M, donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales, Département Obstétrique et Gynécologie, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, Canada *Med Trop* 2011 ; 71 : 526-528.
- [42]. Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, eds. *Disease Control Priorities*. 2 edn. Washington, DC, USA. Oxford University Press and The World Bank, 2006: 531–49. www.dcp2.org (Consulté le 7 Juin 2016).
- [43]. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *SocSci Med* 1994; 388: 1091–110.
- [44]. AMPS, Synthesis paper of the thematic working groups. Toward a global strategy on human resources for health. 2015 www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/ (Consulté le 13 Décembre 2015).
- [45]. CII, Comblent l'écart: améliorer l'accès et l'équité en santé. Documentation pour la journée internationale des infirmières. 2014 <http://www.icn.ch/fr/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/> (Consulté le 13 Avril 2015).
- [46]. Buchan, J. & Aiken, L., "Solving nursing shortages: a common priority", *Journal of Clinical Nursing*, 2008, vol 17, n° 24, p. 3262-3268.
- [47]. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Soins infirmiers : normes de qualité, Guide du service de soins infirmiers, 2° édition, Septembre 2001, http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/ (Consulté le 13 Avril 2018).
- [48]. Pafoved, Drépanocytose : 10 ans de mobilisation contre la première maladie génétique en RDC, *Impact* n°15 / Octobre 2017, www.impact.cd (Consulté le 28/09/2021)
- [49]. Addai, I., Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *Journal of Biosocial Science*, 2000. 32 (1): p. 1-15.
- [50]. Mekonnen, Y. and Mekonnen, A., Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. *J. Health Popul Nutr*, 2003. 21 (4): p. 374-82.
- [51]. Haute Autorité de la santé (HAS), comment mieux informer les femmes enceintes ?, Recommandations pour les professionnels de santé, Avril 2005, https://prod-web.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf (Consulté le 06 mars 2021)
- [52]. Sandrine Brandin, Consultation prénatale du premier trimestre : _Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2011. <dumas-00617821> M <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617821> ary (Consulté le 06 mars 2021)
- [53]. Madelbrot, L., Ceccaldi, P.-F., Surveillance de la grossesse normale, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-10, 2006.
- [54]. Aubard, Y. Decroisette, E., Epidémiologie et complications, dossier obésité et grossesse, *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, N° 131, Juin 2008.
- [55]. Ducarme, G. Rodrigues, A. Aissaoui, F. Davitian, C. Pharasien, I. Uzan, M., Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ?, Elsevier Masson SAS, 2006.
- [56]. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005;365: 977–88.
- [57]. Lansac, J., Obstétrique pour le praticien: chapitre 2: Examen obstétrical et surveillance de la grossesse, Elsevier Masson SAS 2013, 0001991019.INDD
- [58]. Campbell O, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368: 1284–99.
- [59]. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005 ; 115 : 519-617.)
- [60]. OMS, Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities] 2017, ISBN 978-92-4-251121-5
- [61]. World Health Organization, WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn 2013, WHO: Geneva. p. 59.

Jean Adelard Bukasa Kashala, et. al. " Evaluation de la complétude des prestations des soins de santé maternelle et néonatale au cours du continuum à l'Hôpital Général de Référence Kenya/ Lubumbashi RD Congo." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(03), 2022, pp. 13-23