



**Master 2 Santé Publique  
Spécialité  
Santé Internationale et Pathologie Tropicale  
Option 1  
Santé Publique Internationale**

**Promotion 2008 - 2009**

**« ANALYSE DE SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE  
ET INFANTILE DANS LES CENTRES DE SANTE POUR  
L'INTRODUCTION DE LA PTME EN GUINEE »**

**Mémoire réalisé du 15 Avril au 15 Août 2009  
Solthis (Solidarité thérapeutique et initiatives contre le SIDA)  
Solthis-GUINEE, Quartier Dixinn Port3, Commune de Dixinn,  
BP6699, Conakry-Guinée**

**Directeurs de Mémoire  
Dr Freddy PEREZ, ISPED, Université Bordeaux2  
Dr Louis PIZARRO, Directeur général SOLTHIS**

**Soutenu publiquement le 15 Septembre 2009  
Par Gassim CISSE  
Né(e) le 12 Février 1973**

**Jury de soutenance**

**Dr Freddy PEREZ, tuteur universitaire**

**Dr Elise ARRIVE**

**Dr Valériane LEROY**

**....., « rapporteur »**

## **Sigles et abréviations**

ARV : Anti rétroviraux

AT : Agent Technique de Santé

AZT : Azidothymidine

BCG : Bacille de CALMINT et GUERRIN

CDV : Conseil Dépistage Volontaire

CPC : Consultation Primaire Curative

CPN : Consultation Périnatale

CPoN : Consultation post natale

CNLS : Comité national de lutte contre le SIDA

CSN : Cadre stratégique national

DCS : Direction Communale de la Santé

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DRD : Dépôt Répartiteur du District

DRS : Direction Régionale de la Santé

FEG : Fondation espoir de Guinée

GTZ : Coopération technique Allemande

ISPED : Institut de santé publique d'épidémiologie et du développement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSF : Médecins Sans Frontière

NVP : Névirapine

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PEC : Prise En Charge

PF : Planification Familiale

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLS : programme national de lutte contre le SIDA

PNPCSP : Programme National de Prise en Charge Sanitaire et Prévention

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

RGPH : recensement général de la population et de l'habitat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMI : Soins Maternels et Infantiles

SOLTHIS : Solidarité thérapeutique et initiative contre le SIDA

SR : Santé de la Reproduction

TME : Transmission mère enfant

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : United States AID

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Liste des tableaux**

**Tableau1** : Unités existantes dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau2** : Répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai et Juillet 2009

**Tableau3** : Description des bâtiments et équipements des centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau4** : Inventaire des matériels dans les salles de consultation curative (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau5** : Inventaire des matériels dans les salles de consultation (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau6** : Inventaire des matériels dans les salles d'accouchement (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau7** : Situation de la formation du personnel des centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau8** : Situation des soins à la femme enceinte et au nourrisson dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau9** : Situation de la disponibilité des vaccins dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau10** : Situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau11** : Situation de la disponibilité des examens de laboratoire dans les centres prénatals (n=11) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau12** : Situation de la disponibilité des traitements dans les centres prénatals (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau13** : Situation des affiches diffusant les messages sur la santé dans les centres prénatals (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

**Tableau14** : Caractéristiques sociodémographiques des conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau15 : Situation de la formation des conseillers observés lors des séances de conseil volume de travail dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 16 : Analyse des étapes du conseil pré-test dispensé par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=10) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 17 : Analyse du contenu du conseil pré-test dispensé par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals avec test de dépistage disponible (n=10) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau18 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes ayant bénéficié des services prénatals (n=117) des centres de santé de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau19 : Personnes impliquées dans la prise de décision d'aller consulter pour la première fois, les services prénatals (n=117) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 20 : Durées objectives de la durée d'attente et des séances de CPN et perception des femmes enceintes (n=117) de la durée dans les centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 21 : Difficultés rencontrées par la population d'utiliser les services de CPN selon les femmes enceintes (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 22 : Difficultés rencontrées par la population de faire le test de dépistage selon les femmes enceintes (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Tableau 23: Conseil ayant abouti à un changement de point de vu de la femme enceinte (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

## **Liste des figures**

Figure 1- Représentation des sites PTME en Guinée, en 2003 et en novembre

Figure 2 : Résultat de l'offre de services PTME dans 19 centres prénatals de 2004 à 2007 en Guinée (n=73910)

Figure 3 : Description des conditions de travail dans les salles de consultation prénatales des centres de santé de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Figure 4 : Répartition des femmes enceintes selon l'âge de la grossesse à la première consultation prénatale dans les centres de santé de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai – Juillet 2009

Figure 5 : Proportion de temps consacré au conseil par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Figure 6 : Principaux motifs de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes (n=117), districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Figure 7 : Sujets discuté entre le conseiller et les femmes enceintes (n=117), districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

# Tables des matières

<b>I. Contexte et justification.....</b>	
1.1. L'épidémie de l'infection à VIH.....	
1.1.1. PTME dans le monde.....	
1.1.2. PTME en Afrique.....	
1.2. Transmission mère-enfant du VIH/ SIDA.....	
<b>II. Système de santé en Guinée.....</b>	
2.1. Structures.....	
2.2. Situation de la santé maternelle et infantile en Guinée.....	
2.3. VIH en Guinée.....	
2.4. PTME en Guinée.....	
2.4.1. Paquet de services PTME.....	
2.4.2. Régime PTME.....	
2.4.3. Résultat du programme PTME.....	
<b>III. Analyse de situation de la santé maternelle et infantile dans la perspective de l'extension de la PTME en Guinée.....</b>	
3.1. Question de recherche.....	
3.2. Objectif général.....	
3.3. Objectifs spécifiques.....	
3.4. Populations et méthodes.....	
3.5. Résultats.....	
3.6. Analyse et discussion.....	
3.7. Recommandations.....	
3.8. Conclusion.....	
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	
<b>ANNEXES .....</b>	

## **I. Contexte et justification**

### **1.1. L'épidémie du VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA est un important problème de santé publique. En 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde était estimé à 33 millions [30 millions – 36 millions], et le nombre annuel de nouvelles infections à 2,7 millions. Globalement, le SIDA a causé deux millions de décès en 2007. A l'échelle mondiale, le nombre d'enfants de moins de quinze ans vivant avec le VIH est passé de 1,6 millions en 2001 à 2 millions en 2007. Plus de 90% de ces enfants ont contracté le virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. Environ 270 000 (250 000-290 000) enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH sont décédés à cause du SIDA dont 90% vivaient en Afrique [1]. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH ; elle compte 67% de PVVIH dont une majorité de femmes [1]. L'épidémie du SIDA représente 7% des principales causes de décès d'enfants en Afrique[1].

### **1.2. Transmission mère-enfant du VIH**

La transmission mère enfant (TME) du VIH est la principale cause d'infection à VIH chez l'enfant. La TME peut survenir au cours de la grossesse, au cours de travail et de l'accouchement ou au cours de l'allaitement maternel. En l'absence de toute intervention et sans allaitement, le risque d'infection est de 15 à 30%. L'allaitement maternel par une mère vivant avec le VIH augmente ce risque de 5 à 20%, le risque total de transmission mère-enfant du VIH atteignant alors 20 à 45% [2]. Ce risque peut être réduit à moins de 2% par l'utilisation d'un paquet d'intervention important : (i) la prophylaxie antirétrovirale prise par la mère pendant la grossesse et le travail, et par l'enfant pendant les premières semaines de vie ; (ii) interventions obstétricales telles que l'accouchement par césarienne élective (pratiquée avant le début du travail et avant la rupture des membranes) ; et (iii) l'absence totale d'allaitement [3]. Les premiers essais cliniques avec un régime de courte durée de zidovudine (AZT) menés en Côte d'Ivoire et en Thaïlande, et celui réalisé avec une dose unique de Névirapine (HIVNET 012) en Ouganda ont abouti à deux conclusions : d'une part, un régime simple, de courte durée d'ARV, donne de bons résultats ; d'autre part, l'utilisation de plusieurs gammes d'ARV pendant une longue période de temps est la meilleure stratégie [4].

### **1.2.1. PTME dans le monde**

Des progrès considérables ont été réalisés dans les pays développés visant la prévention de nouvelles infections pédiatriques. Dans ces pays, la transmission mère-enfant du VIH a nettement diminué en raison de l'avènement des médicaments antirétroviraux pendant la grossesse, l'arrêt de la lactation, et un suivi attentif de la charge virale dans la période périnatale [5,6]. En 1995, la TME était estimée à 15% en Europe. Cette proportion est ramenée à moins de 1% grâce la mise en œuvre d'interventions prophylactiques efficaces [7].

### **1.2.2. PTME en Afrique**

Dans les pays en développement, très peu d'options sont disponibles pour la plupart des femmes, l'accès à un régime complet d'ARV, la césarienne électorive, des alternatives sûres à l'allaitement maternel et même l'accès aux services prénatals de base sont loin d'être universels [4].

En Afrique sub-saharienne, les pourcentages de femmes enceintes vivant avec le VIH et mises sous traitements ARV varient d'un pays à un autre. En 2007, seulement 33 pour cent de celles vivant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont reçu une thérapie antirétrovirale pour la PTME [8]. En mai 2007, la couverture en ARV dans les pays comme le Nigéria et l'Ethiopie se situait à moins de 10%. Ainsi, l'infection pédiatrique à VIH est désormais largement évitée et traitée dans des pays où la prévalence est faible, ce qui n'est pas le cas dans ceux à forte prévalence [9,10]. Cet écart pourrait s'expliquer par l'efficacité relative du système de santé dans les pays à faible prévalence fournissant des soins maternel, néonatal et infantile de qualité, ainsi que des soins pour la santé sexuelle et reproductive en matière de PTME [11].

## **II. Système de santé Guinéen**

### **2.1. Structures :**

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle compte huit régions administratives dont la ville de Conakry, 33 préfectures, 38 communes urbaines et 303 communautés rurales de développement [13].

Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1996, la Guinée comptait, en juillet 2007, une population de près de 9,6 millions d'habitants. Environ 70%

d'entre eux vivent en milieu rural. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale. Près de 47% de cette population féminine est en âge de procréer [13].

Le système de santé Guinéen fonctionne selon les principes de l'initiative de Bamako qu'elle a adopté depuis 1988. La pyramide sanitaire est composée de deux hôpitaux nationaux, sept hôpitaux régionaux, 26 hôpitaux préfectoraux, six centres médicaux de commune, environ 496 centres de santé dont au moins un par sous-préfecture rurale et 500 postes de santé. Ce dispositif est renforcé par un réseau de plusieurs structures privées de prestation de soins dans le pays. Une faible part du budget national est consacrée à la santé, soit 3,48% [12].

Les principales attributions du poste de santé et centre de santé sont essentiellement, les activités curatives et préventives en santé maternelle et infantile (consultation primaire curative, planning familial, consultation prénatale, accouchement, consultation post natale, nutrition, vaccination) et les activités promotionnelles. Ils constituent à ce titre, la porte d'entrée du circuit de la PTME pour la femme enceinte [14].

## **2.2. Situation de la santé maternelle et infantile**

La santé reproductive de la femme guinéenne se caractérise par une faible utilisation des méthodes contraceptives (9%) et un indice de fécondité estimé à 5,7 enfants par femme [14]. La consultation prénatale a fortement progressé, passant de 52% en 1992 à 82% en 2005 [14]. Près de 50% des femmes observent quatre consultations prénatales (CPN). La première CPN se tient tardivement, dans 64% des cas, vers le sixième mois de la grossesse et aboutit à une faible proportion d'accouchements assistés (38%). Le taux d'accouchements réalisés à domicile est très important (69%) ; 24% d'entre eux sont assistés par une accoucheuse traditionnelle, et 9% sans aucune assistance [14].

La mortalité maternelle et la mortalité infantile et infanto-juvénile en Guinée sont encore parmi les plus élevées en Afrique. La mortalité maternelle a augmenté de 528 décès sur 100 000 naissances vivantes entre 1992 et 1999 et à 980 sur 100 000 entre 2000 et 2005. La mortalité infantile est estimée à 90 pour 1000) et la mortalité infanto-juvénile à 79 pour 1000 [14,15]. Hormis la non disponibilité des services, les principaux facteurs liés à l'inaccessibilité des services périnataux pour les femmes sont : la distance séparant le domicile de la structure de santé et le transport [14].

## **2.3. VIH en Guinée**

Selon les résultats de la troisième enquête démographique et de santé (EDS), la prévalence de l'infection à VIH est de 1,5% chez les adultes âgés de 15-49 ans. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,9%) est supérieur au taux estimé chez les hommes de même âge (0,9%). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 2,1 [14].

En outre, la situation diffère d'une région administrative à l'autre. Ainsi, Conakry (2,1%) et Labé (1,8%) sont les régions les plus touchées. Kindia (0,9%) et Mamou (0,7%) sont celles où la prévalence est la moins élevée. Par ailleurs, la prévalence en milieu urbain, pour l'ensemble de la population, est plus élevée qu'en milieu rural (2,4% contre 1,0%) [14].

En 2004, une enquête nationale de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis portant sur 4525 femmes enceintes dans 18 centres prénatals (urbains et ruraux) de cinq régions sanitaires du pays, a indiqué une prévalence de 2,8% de l'infection à VIH chez les femmes enceintes [16].

En se référant aux caractéristiques mentionnées dans le rapport de la troisième édition de l'EDS, on peut décrire le portrait de l'épidémie du VIH chez la femme guinéenne comme suit. Elle est présente chez les femmes de plus 15 ans ayant étudié au moins jusqu'au niveau du secondaire (5,1% contre 1,3% sans instruction), celles exerçant un métier (2,0% contre 1,4% sans emploi), celles appartenant au quintile des plus riches, soit veuve ou divorcée ou en état de séparation [14].

#### **2.4. PTME en Guinée**

Pour relancer la lutte contre l'épidémie du VIH, un Comité National de Lutte contre le SIDA a été créé en 2002. Sa mission était de déterminer la politique nationale de lutte contre le SIDA et d'en définir les orientations et les objectifs. L'insuffisance de données de départ au niveau national, a amené le CNLS à utiliser les statistiques d'autres pays Africains comme référence pour fixer le niveau des indicateurs pour son cadre stratégique national 2004-2007 [17]. L'une des principales stratégies du CNLS était la PTME. Il fixait comme actions prioritaires, la création d'un programme national de PTME et l'intégration de la PTME dans la CPN de routine.

Le programme national de prise en charge sanitaire des IST/VIH a élaboré un cadre stratégique national pour la période 2003-2007 avec pour objectif de réduire de 20% la TME

du VIH/SIDA. Pour ce faire, le plan prévoyait la mise en place de 240 centres de dépistage volontaire dans un système qui compte plus de 1000 structures de santé [12].

Dans la perspective de l'application de sa recommandation d'intégrer la PTME dans le paquet de services prénatals, le CNLS a passé, depuis 2004, un contrat avec certaines Organisations non gouvernementales (ONG) (le projet DREAM de la communauté Saint Egidio, GTZ, Family Health International) pour la mise en place de la PTME dans certaines régions du pays et la ville de Conakry. En 2008, l'ONG SOLTHIS (Solidarité thérapeutique et initiative contre le SIDA), reconnue pour son expertise dans la lutte contre le SIDA et la PTME notamment, a renforcé le réseau des intervenants dans ce domaine en Guinée.

SOLTHIS, ONG française, intervient dans la ville de Conakry et dans la région sanitaire de Boké depuis son implantation en Guinée. Elle accompagne le gouvernement Guinéen dans l'application de sa politique nationale à travers quatre axes stratégiques : formation et amélioration des conditions de travail (renforcement des laboratoires), renforcement de l'approvisionnement des structures sanitaires, renforcement du système d'information, renforcement des organes de coordination des interventions sur le VIH.

#### **2.4.1. Paquet PTME**

Le paquet d'interventions spécifiques pour la prévention de la TME du VIH en Guinée comprend [18] :

- L'identification des séropositives à travers le CDV du VIH ;
- Le conseil pré-test et post-test ;
- L'usage des antirétroviraux chez les femmes enceintes et les nouveau-nés ;
- Le suivi de la mère séropositive ;
- Le suivi de l'enfant ;
- Le conseil et le support pour une alimentation à moindre risque pour l'enfant.

#### **2.4.2. Régime de PTME**

Le régime de prophylaxie ARV utilise: pour la femme, l'AZT à partir de la 28ème semaine de grossesse ou aussitôt que possible après ce délai, l'AZT et la NVP pendant l'accouchement ; et pour l'enfant, la NVP en dose unique à la naissance et l'AZT pendant 7 jours [18].

La PTME a été initiée à travers un projet pilote qui a sélectionné un certain nombre de centres prénatals dans l'ensemble du pays pour l'offre de services PTME. Le graphique ci-dessous présente la répartition des centres ayant intégré la PTME sur le territoire national.

Référence à un niveau supérieur (comme l'offre de la PTME doit dépendre du niveau de l'institution médicale prenant en charge la femme, la référence à un niveau supérieur doit toujours être envisagée [15].

### 2.4.3. Résultat du programme PTME

La première évaluation du programme PTME en 2008, a montré des résultats ci-après : Au total, quarante quatre centres de dépistage volontaire hébergés dans l'enceinte des hôpitaux sont créés dans vingt huit districts sanitaires sur trente huit et, dix districts sanitaires ne disposent d'aucun centres de dépistage volontaire. La totalité des 19 centres de santé urbains sur lesquels a porté l'évaluation à mi-parcours du cadre stratégique national ont intégré la PTME dans les activités prénatales [16]

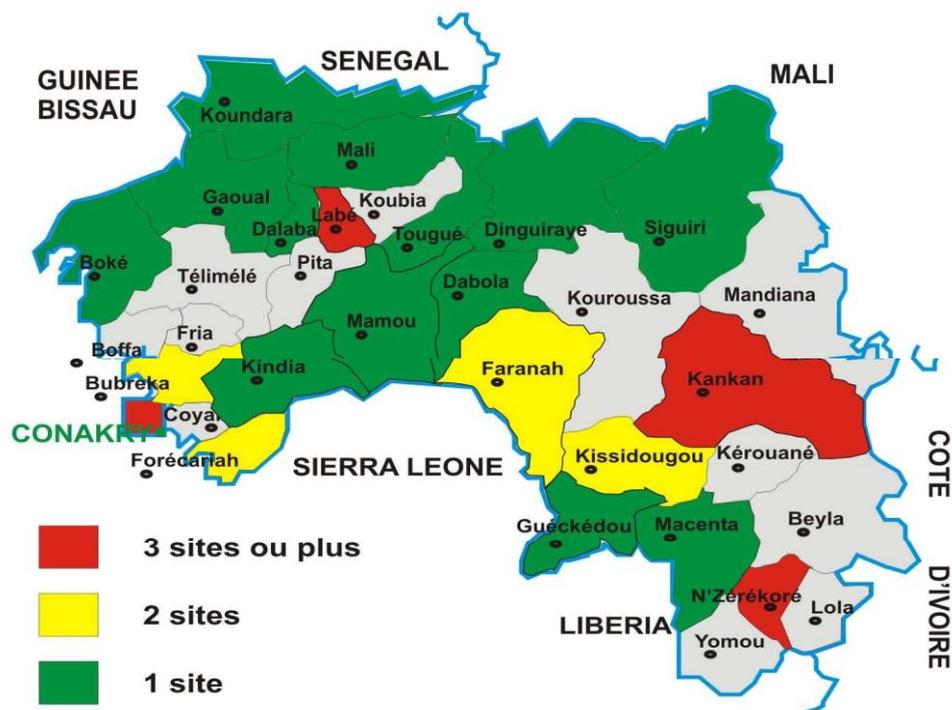
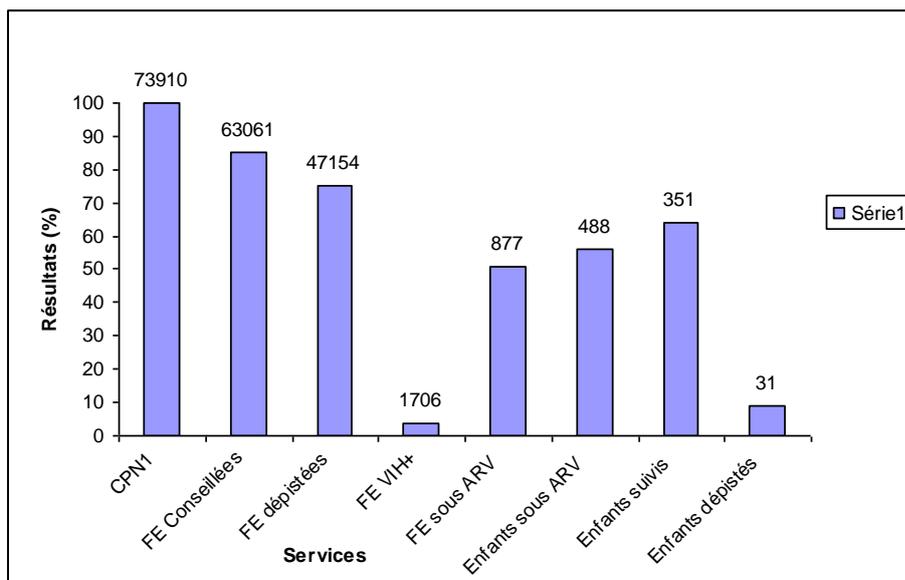


Figure 1- Représentation des sites PTME en Guinée, en 2003 et en novembre

Source : Rapport de la revue CSN 2003–2007 – Guinée -Janvier 2008

Vingt-huit centres de santé avec services de PTME du VIH sont localisés dans les centres urbains. Par conséquent, le paquet de services PTME n'est pas offert en routine dans les centres de santé ruraux, comme recommandé par le cadre stratégique national. Pourtant, l'enquête de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes menée en 2004 a montré que certains centres de santé ruraux avaient une prévalence deux à trois fois supérieure à la moyenne nationale, respectivement à Koulé (5,7%) et Gouécké (9,7%) [16]. Face à cette disparité géographique de la couverture, une approche district s'impose comme alternative pour l'extension et l'acceptabilité du programme PTME en milieu rural comme l'ont montré les résultats de l'évaluation d'un programme PTME au Zimbabwe [18].

Les données résultant de l'évaluation du programme PTME de la Guinée confirment que les services PTME sont offerts dans les activités des dix neuf centres prénatals considérés comme fonctionnels selon le programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/SIDA.



Source : Rapports d'activités PNPCSP, 2008

**Figure 2 :** Résultat de l'offre de services PTME dans 19 centres prénatals de 2004 à 2007 en Guinée (n=73910)

En 2008, l'évaluation du programme de PTME réalisée dans 19 centres prénatals a montré que, sur 73910 femmes ayant eu une première CPN, 85% ont reçu le conseil pour le dépistage du VIH et 75% ont accepté de faire le test de dépistage. Le taux de prévalence du VIH au sein

de cette population est globalement de 3,6%. Parmi les femmes enceintes dépistées infectées par le VIH, 51% étaient sous prophylaxie antirétrovirale [17].

D'autre part, ce rapport présentait plusieurs limites [17]:

- la déperdition tout au long de la chaîne est importante (environ 40% des femmes sont perdus de vue avant l'accouchement). Les conjoints ne sont pas très impliqués ;
- les ruptures de stock existent parfois aussi bien au niveau du PNPCSP qu'au niveau des sites, surtout pour les tests de dépistage ;
- la mobilisation et le support social sont encore faibles dans la communauté. Les associations ou les ONG de PVVIH manquent d'appui pour s'organiser ;
- les fiches clientes et les fiches nourrissons mises en place ne sont pas bien remplies ;
- la notification et les rapports de la PTME n'incluent pas les femmes enceintes dépistées l'année précédente en ce qui concerne l'accouchement et le suivi de leurs enfants, d'où une perte d'information très importante

Le faible niveau de réalisation des objectifs de la PTME peut être la résultante d'une insuffisance de performance du système de santé.

A partir de ces résultats, il ressort que la composante la plus importante du programme de PTME est le conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH et le conseil pour l'alimentation du nourrisson. Une meilleure qualité du CDV est essentielle pour la réussite du programme. Lorsque le conseil est bien prodigué, il permet de réduire la mortalité par une absence de comportements à risque et une meilleure adhésion à la prophylaxie antirétrovirale. Dans le cas contraire, il peut conduire à des décès par diarrhée et autres infections, l'augmentation de la résistance aux médicaments, et la propagation des mauvaises pratiques d'alimentation infantile. L'infection. Mesurer la qualité de conseil et de test volontaire dans les programmes de PTME, et les facteurs qui influent sur celle-ci, est donc très important [20].

Dans de nombreux pays, les PVVIH ont besoin de multiples interventions (préventive et curative). Ces interventions relèvent souvent de programmes utilisant de personnels de différentes qualifications et nécessitant souvent, de personnels qualifiés supplémentaires pour la mise en œuvre. Or, pour introduire une nouvelle intervention, il est nécessaire de s'assurer que le système de santé est en mesure de fournir des services complets incluant le « paquet

PTME ». Pour autant, il est difficile de promouvoir à long terme des pratiques sanitaires quand les services de base sont inefficaces ou tout simplement inexistants.

Le projet de démonstration de Ndola en Zambie rurale a montré que la qualité de l'offre des soins anténatals des systèmes existants influence l'efficacité de la mise à l'échelle de l'offre du programme de PTME. Au-delà des ressources investies dans l'infrastructure, la formation, la prévention de la TME et de fournitures pour la composante PTME, ils ont remarqué que des ressources supplémentaires sont nécessaires pour renforcer l'appui logistique. Ce afin d'intégrer la composante PTME dans les services prénatals comme partie du paquet de soins de santé maternelle et infantile [21].

Toutefois, la mise en œuvre de la PTME présente une opportunité pour améliorer la qualité et augmenter l'utilisation des services prénatal et post-natal, et l'accouchement [22]. En Côte d'Ivoire, les résultats de l'évaluation d'un programme de PTME ont montré qu'avec la mise en place d'un paquet complet de services de prévention de la TME, des aspects de soins prénatals et de l'accouchement qui ne sont pas directement liés à la prise en charge du VIH se sont également améliorés. Cela suggère que les effets bénéfiques des programmes de PTME peuvent bien s'étendre au-delà de la prise en charge du VIH en soi [23].

On peut donc comprendre que toute intervention visant à prévenir la maladie ou, améliorer l'état de santé repose sur le système de santé, d'où l'intérêt de procéder en même temps, d'une part, à une évaluation des acquis dans les centres de soins prénatals avec PTME fonctionnels et, d'autre part, à l'inventaire exhaustif des services de santé maternelle et infantile dans les centres de soins prénatals. Ces derniers n'offrent pas de services de PTME dans la perspective de l'extension. Les planificateurs de l'extension du programme de PTME ne peuvent donc pas ignorer l'offre de soins prénatals de base. Ils devraient utiliser ces programmes comme l'opportunité de renforcer les services de soins prénatals complets dans les pays à ressources limitées [24].

### **III. Analyse de situation de la santé maternelle et infantile dans la perspective de l'extension de la PTME en Guinée**

#### **3.1. Les questions de recherche**

Nous formulons trois questions de recherche aux quelles notre étude s'efforcera de trouver la réponse, ce sont :

Le système de soins actuel en Guinée est-il capable de supporter l'introduction des services de PTME? Ensuite le déroulement du conseil dans les centres prénatals favorise-t-il la participation des femmes ? Comment les services prénatals sont ils perçu par les femmes ?

Enfin, nous posons l'hypothèse: Une évaluation de la qualité des services de PTME et de la capacité des centres anténatals, aiderait à mieux planifier l'introduction et l'extension du programme PTME en Guinée.

### **3.2. Objectif général**

Identifier les déterminants permettant d'améliorer la couverture nationale en services de PTME de qualité en Guinée.

### **3.3. Objectifs spécifiques**

- Évaluer la disponibilité et le contenu de l'offre des services en santé maternelle et infantile dans les structures de santé qui n'offrent pas de services de PTME
- Evaluer la qualité de l'offre des services conseils et la perception de la cliente bénéficiaire de la consultation prénatale dans un centre avec PTME fonctionnelle.

### **3.4. Populations et méthodes**

Cette étude comporte trois types d'enquête. En effet, la méthodologie utilisée est fonction de la nature de l'enquête réalisée.

#### **3.4.1. Etat des lieux des services de santé maternelle et infantile**

- a. **Site de l'enquête** : centres prénatals dans les districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (ville de Conakry)
- b. **Cible** : Chef de centre de santé
- c. **Outil de collecte** : grille d'entretien
- d. **Technique de recueil** :

La collecte a été précédée par le pré-test du questionnaire au centre DREAM et au centre médical de la commune de Coléah suivi de la finalisation de l'outil et planification des visites, suivie de l'enquête.

La collecte de données a consisté à un entretien avec le chef du centre et les responsables des unités du centre de santé (face à face). Ensuite, le recueil de données à partir des documents du centre de santé (rapport trimestriel, registre de consultation prénatale (CPN), fiches prénatals, cahier de pointage de premiers contacts, registre de vaccination, cahier de pointage

des vaccinations, registre de consultation curative. Enfin, une visite d'observation à l'intérieur du site.

### **3.4.2. Observation du conseil pré-test**

**a. Cible :** Agents de santé chargés de la consultation prénatale, dans huit centres prénatals qui offrent les services de prévention de la transmission mère enfant (PTME) des districts sanitaires de Kankan (région sanitaire de Kankan) et de Ratoma (région sanitaire de la Ville de Conakry).

**b. Critère d'inclusion :** Ont été incluses dans cette étude, les agents de santé en activité (formés ou non sur la PTME) chargés d'offrir les services de consultation prénatale (CPN) dans les sites PTME sélectionnées.

**c. Critères de non inclusion :** Les agents chargés de CPN disponibles sur site, et qui n'étaient pas directement responsables des activités de CPN (selon le rythme rotatoire d'organisation des services de CPN) pendant la durée de séjour de l'observateur de l'ISPED.

**d. Echantillonnage :** Une personne a été sélectionnée et observée pendant les séances de conseil dans chaque centre de santé. Une deuxième conseillère a été observée dans les centres de santé qui comptent plus de cinq agents chargés de CPN, et dont la rotation dans l'offre de service a permis d'observer une seconde personne en activité. Au total 13 conseillères ont été observées (dont sept à Ratoma et six à Kankan) et se reparti comme suit :

- Dix conseils pré-test
- Deux conseils pré-test en l'absence de possibilité de faire le test dépistage
- Un conseil post test

### **e. Technique de recueil:**

L'observateur a séjourné durant trois jours dans la salle de CPN de chaque centre prénatal. La période d'observation pouvait s'étendre sur une à deux semaines et tenait compte des jours d'affluence pour la CPN. La fiche d'enquête était remplie après avoir observé le dix séances de conseil.

### **3.4.3. Entretien de sortie avec les femmes enceintes**

**a. Cible :** Femme enceinte bénéficiaire d'une consultation prénatale à la sortie du centre de santé

**a. Sites de l'enquête :** huit centres prénatals offrant des services de PTME dans les districts sanitaires de Kankan et de Ratoma

**b. Echantillonnage :** Pour cette enquête qualitative, nous avons choisi en moyenne 15 femmes par centre de santé et au terme des entretiens, nous avons pu inclure 117 femmes enceintes.

**c. Critères d'inclusion :** femme enceinte qui a consulté le service prénatal pour le suivi de la grossesse et qui accepte de participer à l'enquête.

**d. Critères d'exclusion :** femme non enceinte et femme enceinte en visite prénatale refusant de participer à l'enquête

**e. Formation des enquêteurs et technique de recueil :** trois enquêteurs dont un à Ratoma et deux à Kankan, ont été formés pendant une journée par le superviseur. L'outil a été pré-testé dans des centres de santé situés hors de la zone de l'enquête avec un échantillon de femmes enceintes ayant bénéficié de CPN. Les jours d'affluence pour la consultation prénatale ont été identifiées, inscrits sur papiers et par un tirage aléatoire simple avons sélectionné deux jours de la semaine.

Ces deux jours ont été planifiés en collaboration avec les chefs de centre de santé. Toute femme se présentant ces jours à la CPN et qui accepte la CPN a été interviewée. L'enquête s'est réalisée en deux temps, l'enquêtrice installée dans la salle d'attente avec l'ensemble des clientes identifie chaque femme qui entre à travers un signe particulier (description physique, couleur des habits, chaussure, etc...) et mentionne l'heure à laquelle elle s'annonce auprès du service de CPN. Ensuite, l'heure à laquelle la femme est reçue dans la salle de CPN et celle de son départ de cette salle sont mentionnées par l'étudiant de l'ISPED qui assiste à la séance de conseil dans cette salle. Au terme de sa visite, la femme est accueillie par l'enquêtrice à la sortie du centre de santé et l'entretien est mené dans la cour de celui-ci. La supervision de la collecte a été assurée par l'étudiant de l'ISPED.

### **3.5. Résultats**

#### **3.5.1. Inventaire des services de santé maternelle et infantile**

##### **a. Unités existantes**

Dans l'échantillon de notre étude, le nombre de salle utilisé pour les services de santé maternelle et infantile dans la totalité des centres de santé ruraux 100,00% se situe entre un et quatre. Sur les huit centres de santé qui offrent la PTME, un seul parmi eux 12,50% n'a pas de laboratoire et le tiers des centres de santé sans PTME 33,33% sont ceux qui sont dans la commune urbaine de la ville de Conakry. Bien que certains disposent de laboratoire, seul un centre de notre série possède un centre de dépistage volontaire 5,88% (1/17). Moins de la

moitié des centres avec PTME (75,55%) et dans les centres sans PTME (33,60%) utilisent deux salles pour la vente et le stockage des médicaments.

**Tableau1** : Unités existantes dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Unités du centre	PTME (oui) (n=8)		PTME (non) (n=9)	
		%		%
<b>SMI/PF</b>				
<=1	1	12,50	0	0,00
>1 - 4	4	50,00	9	100,00
>4 - 6	3	37,50	0	0,00
<b>Laboratoire</b>				
0	1	12,50	6	66,70
1	7	87,50	3	33,30
<b>CDV</b>				
0	16	94,12	9	0,00
1	1	5,88	0	0,00
<b>Pharmacie</b>				
1	6	75,00	5	55,60
2	2	25,00	4	44,4

#### **b. Couverture et population cible**

Le nombre de village de la zone de l'enquête est de 249, ceci inclus les secteurs de la commune de Ratoma (ville de Conakry) avec une population totale de 1168222 habitants. La population cible pour la CPN s'étend de 314 à 7968 femmes en âge de procréer. La population cible CPN dans les centres avec PTME est de 2520 personnes contre 1454 personnes dans les centres de santé sans services de PTME.

#### **c. Référence des patients**

La carte sanitaire des deux districts selon l'organisation du système de référence évacuation est le suivant :

- District de Kankan
  - o Un hôpital de référence du district
  - o Dix huit centres de référence de premier niveau : centre de santé
  - o 50 structures de santé de premier contact
- District de Ratoma
  - o Deux centres médicaux de commune (centre de référence de deuxième niveau du district)
  - o Sept centres de référence de premier niveau : centre de santé
  - o Quatre structures de santé de premier contact

Dans l'ensemble des aires de santé, seul 5,88% (1/17) possède un système de référence évacuation fonctionnel avec participation communautaire. Aucun centre n'a évoqué l'ambulance pour la référence du centre de santé vers l'hôpital du district. Le taxi 76,5% (13/17) et la moto taxi 23,5% (4/17) sont les principaux moyens utilisés pour effectuer la référence, et le coût d'une référence varie selon la distance de l'hôpital mais aussi de la nature du moyen utilisé. En effet, le coût moyen de référence d'un centre de santé rural vers l'hôpital du district est 34000 FG contre 25000 FG pour les centres de santé urbains.

### 3.5.2. Ressources humaines

#### a. Répartition du personnel par catégorie professionnelle

Le personnel des centres de santé ruraux est constitué essentiellement d'infirmier du premier cycle 53,33% et de matrone (33,33%). La totalité des médecins et la majorité des sages-femmes (1/16), d'infirmier d'Etat (2/18) des centres de santé urbains sont basés dans la commune de Ratoma (Conakry). Les stagiaires représentant plus du quart du personnel des centres urbains (28,39%) se révèlent comme étant la deuxième catégorie la plus importante après les infirmiers du premier cycle (40,25%).

Tableau2 : Répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry) entre Mai et Juillet 2009

Catégorie personnel	CS urbain		CS rural	
	(n=11)	%	(n=6)	%
Médecin	9	3,81	0	0,00
Pharmacien	1	0,42	0	0,00
Sage femme	16	6,78	0	0,00
Infirmier d'Etat	18	7,63	0	0,00
Infirmier du premier cycle	95	40,25	33	55,00
Technicien de laboratoire	7	2,97	2	3,33
Matrone	21	8,90	14	23,33
Conseiller	2	0,85	0	0,00
Stagiaire	67	28,39	11	18,33

#### b. Répartition du personnel par unité

Quelque soit la disponibilité des services de PTME, plus de la moitié des centres de santé ont un seul agent au service d'accueil. Le même nombre de personne est observé pour gérer la pharmacie dans les deux types de centre de santé. La totalité des centres sans PTME ne disposent d'aucun agent titulaire affecté à l'unité de soins, et cette situation est observée dans

62,50% des centres avec PTME. A la consultation primaire curative (CPC), deux tiers des centres de santé avec PTME 77,77% (IC95% [40,00 – 97,20] ont un seul agent, et dans 62,50% (IC95% [24,50 – 91,50] des cas, le nombre d'agents chargé de CPC se situe entre 1 et 5 personnes. Du point de vue organisationnel, l'accouchement est rattaché à la CPN&CPON dans l'ensemble des 17 sites, à cet effet 75,00% (6/8) de centres avec PTME et 66,67% (6/9) des centres sans PTME n'ont pas affecté d'agent à la salle d'accouchement. La majorité des centres sans PTME 77,78% (IC95% [40,00 – 97,20] et la moitié des centres avec PTME 50,00% (IC95% [15,70 – 84,30] ont un ou deux agents chargés de la vaccination.

### **3.5.3. Activités locales VIH/SIDA**

Dans chaque district sanitaire, nous avons noté la présence d'une ONG internationale et d'une ONG nationale qui appuient les efforts des services publiques dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA. Dans la commune de Ratoma, MSF Belgique et FEG (Fondation espoir de Guinée) interviennent dans la PTME et dans le soutien aux femmes infectées et affectées par le VIH. A Kankan, le projet Faisons ensemble de l'USAID appuie le centre de dépistage du centre de santé de Salamani et l'ONG Famille d'Afrique intervient dans le soutien nutritionnel et psychosocial aux personnes vivant avec le VIH.

Les différents comités locaux installés de lutte contre le VIH/SIDA par niveau de la pyramide de décentralisation du pays ne tiennent pas d'activités dans les aires de santé de notre échantillon et ne sont pas connus du personnel des centres de santé

### **3.5.4. Etats des lieux des services de santé maternelle et infantile**

#### **a. Organisation du service**

Les moyennes des heures d'ouverture et de fermeture dans l'ensemble des centres de santé sont respectivement de 8h30 et 14h30. Ce pendant, la disponibilité des services varie selon la situation géographique de la structure. En effet, malgré que la semaine de travail soit fixée du lundi au vendredi, les centres de santé urbains sont ouverts tous les jours du lundi au samedi et du lundi au dimanche pour les centres de santé ruraux.

Sur les 17 centres de notre étude, nous avons relevé trois absences d'un agent des services de consultation prénatale et de planning familial (CPN/PF). La maladie est la principale raison de l'absence de l'agent du centre de santé 66,70%.

#### **b. Description des bâtiments et du circuit des patients**

L'infrastructure qui sert d'abris à la presque totalité des centres de santé 17,65% (14/17) est un bâtiment situé à l'intérieur d'une clôture en béton et comprend plusieurs pièces. Deux centres parmi les 17 (11,80%) sont constitués d'un bâtiment principal et d'une annexe qui sert de salles d'accouchement. Dans tous les cas, le mode de construction est similaire, ils comportent tous une entrée principale qui donne accès à la salle d'accueil à partir de laquelle sont orientées les clientes vers les différentes unités du centre. Selon nos constats, la salle d'accouchement se trouve dans l'antichambre de la salle de CPN ou, à proximité de celle-ci. Sur les 17 centres visités, la presque totalité compte une toilette pour les clientes 94,12% (16/17) et un peu plus de la moitié dispose de toilette pour le personnel 52,94% (9/17). Moins du tiers des centres de santé 29,41% (5/17) ont un moyen de communication avec le district sanitaire, aucun centre ne dispose de véhicule pour effectuer ses références évacuations.

**Tableau 3** : Description des bâtiments et équipements des centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

<b>Matériels</b>	<b>Effectif (n=17)</b>	<b>%</b>
Toilette pour le personnel	9	52,94
Toilette pour les clientes	16	94,12
Source de lumière permanente	3	17,65
Approvisionnement en eau potable	11	64,71
Téléphone ou système RAC	5	29,41
Ambulance ou autre véhicule	0	0,00

Nous avons remarqué deux circuits différents qu'adopte la femme enceinte qui consulte pour la première fois au centre de santé :

- La femme se présente à la CPN où elle bénéficie du conseil pré-test ainsi que l'examen de sa grossesse, et continue au laboratoire pour le bilan prénatal y compris le test de dépistage VIH, ensuite se rend à l'unité PEV pour sa vaccination, après consulte à l'unité consultation primaire curative (CPC) en cas de maladie de là, elle s'en va payer ses médicaments au point de vente, et termine par la CPN pour le conseil post test.
- Pour le deuxième cas de figure, après avoir bénéficié des services de la CPN, la femme se rend à la CPC pour lui attribuer un numéro d'identification et continue après dans le circuit comme précédemment.

### **c. Infrastructures, équipements et fournitures**

- **Conditions de travail dans la salle de CPN**

La majorité des centres de santé 70,6% (12/17) sont propres au moment de l'enquête et plus de la moitié 58,8% (10/17) contiennent une lumière suffisante pour l'offre des services. Dans moins de la moitié des cas 47,1% (8/17) la confidentialité n'est pas garantie à l'intérieur de la salle de CPN. La presque totalité des centres de santé ne disposent pas d'eau potable dans les salles de consultation prénatale 5,9% (1/17).

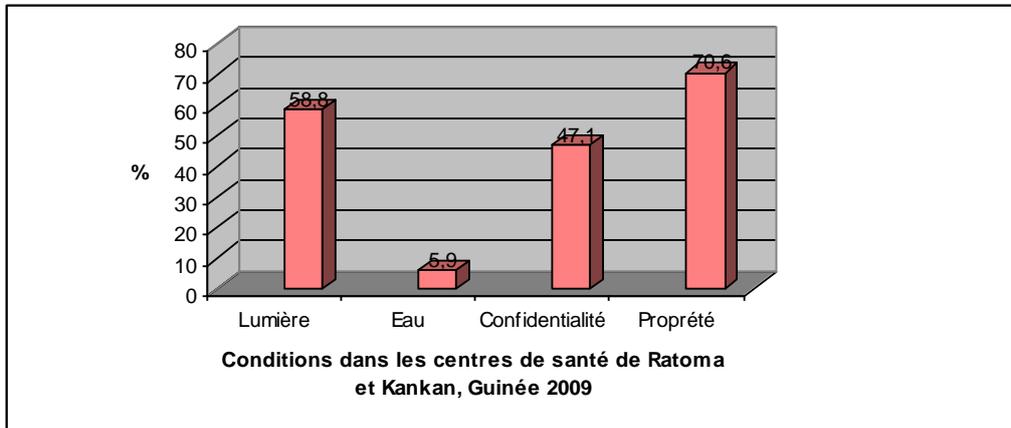


Figure 3 : Description des conditions de travail dans les salles de consultation prénatales des centres de santé de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

▪ **Salle de consultation primaire curative (CPC)**

Dans les centres santé avec PTME, les matériels trouvés partout sont : le stéthoscope de Laennec (100%), le lit d'examen (100%) et la presque totalité parmi eux dispose d'un brassard pour la mesure de la tension artérielle (87,50%). Aucun de ces centres ne compte d'échantillons de contraceptifs pour les séances d'IEC sur la planification familiale. Le stéthoscope de Laennec (100%) est le seul matériel de travail retrouvé dans tous les centres de santé sans PTME, aucun de centres ne dispose d'otoscope et les échantillons de contraceptifs ne sont disponibles que dans un seul centre de santé.

Tableau4 : Inventaire des matériels dans les salles de consultation curative (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Matériels	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
Table ou lit d'examen	8	100,00	7	77,78
Otoscope avec jeux de spéculum	1	12,50	0	0,00
Pèse-bébé	1	12,50	2	22,22
Stéthoscope de LAENNEC	8	100,00	9	100,00
Balance pèse personne	3	37,50	6	66,67
Thermomètre	4	50,00	6	66,67
Tensiomètre	7	87,50	5	55,56
Echantillon de contraceptifs	0	0,00	1	11,11

#### ▪ Salle de consultation prénatale (CPN)

Le mètre ruban qui sert mesurer la hauteur utérine est le seul matériel retrouvé dans la totalité des centres de santé sans PTME (100%) et dans la presque totalité de cas, il ya un stéthoscope obstétrical 88,89% (8/9). Aucun de ces centres ne dispose d'un kit d'insertion DIU et le thermomètre 11,11%, tensiomètre 11,11% et le kit de spéculum vaginal ne sont retrouvés que dans un seul centre sur les neuf. En dehors du kit d'insertion DIU 25,00% (2/8), le thermomètre 25,00% (2/8) et les échantillons de contraceptifs, le reste de matériels de la liste est retrouvé dans la totalité des centres de santé sans PTME.

Tableau5 : Inventaire des matériels dans les salles de consultation prénatale (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Matériels	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
Pèse personne	4	50,00	6	66,67
Kit d'insertion DIU	2	25,00	0	0,00
Kit spéculum vaginal	7	87,50	1	11,11
Stéthoscope de LAENNEC	7	87,50	4	44,44
Stéthoscope de Pinard	6	75,00	8	88,89
Table d'examen gynécologique	4	50,00	2	22,22
Tensiomètre	5	62,50	1	11,11
Thermomètre	2	25,00	1	11,11
Mètre ruban	7	87,50	9	100,00
Echantillons de contraceptifs	3	37,50	4	44,44

#### ▪ Salle d'accouchement

Dans les deux catégories, quinze centres sur dix sept disposent d'une table d'accouchement, et la quasi-totalité des centres de santé sans PTME 11,11% (1/9) ou avec PTME 12,50% (1/8) n'ont pas de stéthoscope de Laennec. Un centre de santé avec PTME sur deux (50,00%) et un

peu plus de la moitié des centres de santé sans PTME 55,56% (5/9) ont un stéthoscope obstétrical dans la salle d'accouchement. Seul un tiers des centres sans PTME 33,33% (3/9) compte un kit d'accouchement et une balance pèse bébé dans la salle d'accouchement.

**Tableau6** : Inventaire des matériels dans les salles d'accouchement (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Matériels	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
Bassin de lit	5	62,50	7	77,78
Potence	4	50,00	7	77,78
Kit accouchement	4	50,00	3	33,33
Sonde urinaire	1	12,50	2	22,22
Pèse bébé	2	25,00	3	33,33
Stéthoscope de Laennec	1	12,50	1	11,11
Stéthoscope de Pinard	4	50,00	5	55,56
Table d'accouchement	7	87,50	8	88,89
Tambour à compresse	1	12,50	5	55,56

### 3.5.5. Renforcement de capacité

#### a. Disponibilité des guides et protocoles nationaux de prise en charge

Parmi les 17 centres de santé, un peu plus de la moitié parmi eux disposent du document sur les normes et procédures en santé de la reproduction (52,94%) et des protocoles nationaux sur la prise en charge des IST/VIH/SIDA (52,94%). Les autres guides portant sur la prise en charge du paludisme (29,41%), la prise en charge des maladies diarrhéiques (23,33%) et la nutrition (11,76%) ont été rarement rencontrés au cours de l'enquête.

#### b. Formation

L'ensemble des centres de santé de notre étude ont été concernés par la formation sur les IST/VIH/SIDA avec une moyenne de quatre agents formés pour les sites avec PTME et d'un agent formé pour les centres sans PTME. Parmi ces derniers, deux seulement (22,22%) ont bénéficié d'une formation sur le conseil quand aucun ne compte un agent formé sur le dépistage et le conseil.

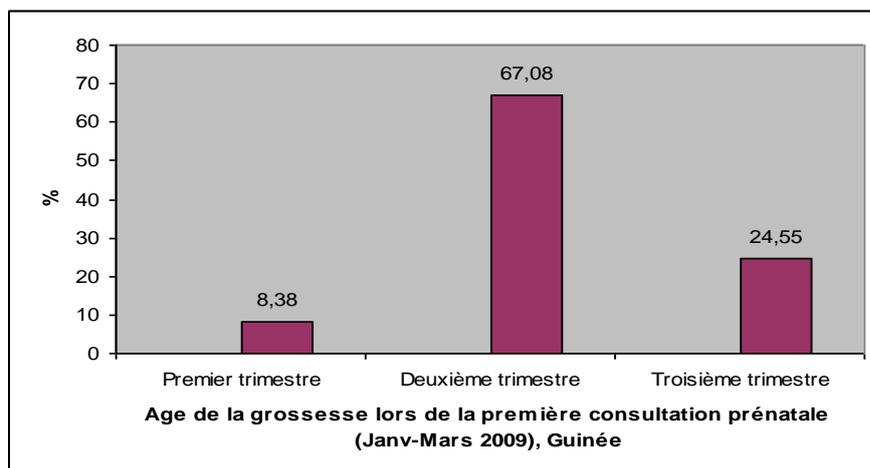
**Tableau7** : Situation de la formation du personnel des centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Domaines	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
<b>Formation IST/VIH/SIDA</b>				
>=0	1	12,50	4	44,44
>0 - 3	4	50,00	5	55,56
>3 - 6	2	25,00	0	0,00
>9 - 10	1	12,50	0	0,00
<b>Formation conseil</b>				
<= 0	0	0,00	7	77,78
> 0 - 2	8	100,00	0	0,00
> 2 - 4	0	0,00	2	22,22
<b>Formation dépistage</b>				
<= 0	0	0,00	9	100,00
> 0 - 2	6	75,00	0	0,00
> 2 - 4	2	25,00	0	0,00
<b>Formation sur PTME</b>				
<= 0	0	0,00	9	100,00
> 0 - 4	7	87,50	0	0,00
> 4 - 5	1	12,50	0	0,00

### 3.5.6. Services disponibles et volume des activités

#### a. Age de la grossesse à la première CPN

Plus de deux tiers des femmes 67,08% consultent les centres prénatals au cours du deuxième trimestre de la grossesse, et environ le quart 24,55% parmi mènent le premier contact avec les centres de santé durant le troisième trimestre de la grossesse.



**Figure 4 :** Répartition des femmes enceintes selon l'âge de la grossesse à la première consultation prénatale dans les centres de santé de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai – Juillet 2009

#### b. Soins et services pendant la grossesse et chez le nourrisson

Le nombre de consultation prénatale réalisée par les centres de santé avec PTME 62,50% (IC95% [24,50 – 91,50] et ceux qui n’ont pas de PTME 66,67% (IC95% [24,50 – 91,50] se situe entre 166 et 996 femmes enceintes. Cette situation est retrouvée dans l’offre de la vaccination antitétanique et la vaccination au BCG pour les quelles la proportion la plus importante de centres de santé ont leur nombre de personnes vaccinés qui correspondent aux mêmes intervalles. Ce pendant, la totalité des centres de santé avec PTME ont un nombre supérieur à 80 enfants vaccinés au BCG et ce nombre n’est pas atteint par les deux tiers de centres de santé sans services de PTME.

**Tableau8** : Situation des soins à la femme enceinte et au nourrisson dans les centres de santé (n=17) de la zone de l’étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Types de soins	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
<b>Consultation prénatale</b>				
<=166	0	0,00	1	11,11
>166 - 996	5	62,50	6	66,67
>996 - 1766	2	25,00	1	11,11
>1766 - 2566	1	12,50	0	0,00
>3366 - 3401	0	0,00	1	11,11
<b>Vaccination antitétanique</b>				
< =118	0	0,00	1	11,11
> 118 - 518	5	62,50	6	66,67
> 518 - 918	0	0,00	1	11,11
> 918 - 991	3	37,50	1	11,11
<b>Vaccination au BCG</b>				
< =80	0	0,00	6	66,67
> 80 - 380	4	50,00	1	11,11
> 380 - 680	4	50,00	1	11,11
> 680 - 871	0	0,00	1	11,11
<b>Vaccination contre la rougeole</b>				
< = 47	0	0,00	1	11,11
> 47 - 347	6	75,00	7	77,78
> 347 - 647	2	25,00	0	0,00
> 647 - 861	0	0,00	1	11,11

### c. Disponibilité des vaccins

Les vaccins antitétaniques 87,50% (7/8) et anti-amaril 62,50% (5/8) sont les deux pour les quels on a enregistré une rupture dans les centres de santé avec PTME durant le premier

trimestre 2009. Ce pendant, la totalité des vaccins du paquet minimum d'activités des centres de santé sans PTME ont connu une rupture au cours de la même période.

**Tableau9** : Situation de la disponibilité des vaccins dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Antigènes	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
BCG	8	100,00	6	66,67
Polio	8	100,00	4	44,44
Pentavalent	8	100,00	6	66,67
VAT	7	87,50	4	44,44
VAA	5	62,50	4	44,44
VAR	8	100,00	6	66,67

#### d. Disponibilités des produits contraceptifs

Avec seule une rupture durant le premier trimestre 2009, le Lofemenal et le condom masculin sont les méthodes les plus constamment retrouvées dans le panier du centre de santé suivi du Dépo-provera. Le condom féminin est absent dans la totalité (100%) des centres avec PTME et dans la presque totalité des centres 77,78% (7/9) sans PTME.

**Tableau10** : Situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les centres de santé (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Méthodes contraceptifs	PTME (oui)		PTME (non)	
	(n=8)	%	(n=9)	%
Lofemenal	1	12,50	1	11,11
Ovrette	4	50,00	3	33,33
Condom masculin	1	12,50	1	11,11
Condom féminin	8	100,00	7	77,78
Dépo-provera	3	37,50	2	22,22
Dispositif intra utérin	5	62,50	8	88,89

#### e. Examens de laboratoire

Dans la liste des bilans demandés, le taux d'hémoglobine 72,73%, le groupage sanguin 72,73% et la goutte épaisse sont ceux dont la disponibilité est élevée. Le test de dépistage VIH est disponible dans 54,55% (6/11) de centres de santé urbains, et deux sites PTME en rupture de réactifs de dépistage figuraient parmi ceux qui n'avaient pas la possibilité de réaliser cet examen au moment de l'enquête.

**Tableau11** : Situation de la disponibilité des examens de laboratoire dans les centres prénatals (n=11) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Bilan</b>	<b>CS Urbains</b>	
	(n=11)	%
Frottis vaginal	1	9,09
Frottis cervical	4	36,36
Taux hémoglobine	8	72,73
Goutte épaisse	7	63,64
Groupage sanguin	8	72,73
Test VIH	6	54,55

#### **f. Disponibilité en médicaments**

Hors mis le traitement contre la syphilis, les autres traitements inscrits dans notre liste sont disponibles dans la totalité des centres de santé avec PTME. Trois des sept traitements notamment celui contre le paludisme, le fer acid folic et la vitamine sont disponibles dans la totalité des centre de santé ruraux. Parmi ces centres ruraux, seul un tiers disposent de traitement contre la syphilis 33,33% (2/6) et sont environ deux tiers 66,67% (4/6) qui ont des médicaments contre les autres infections sexuellement transmissibles.

**Tableau12** : Situation de la disponibilité des traitements dans les centres prénatals (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Bilan</b>	<b>CS Urbains</b>		<b>CS ruraux</b>	
	(n=11)	%	(n=6)	%
Traitement de syphilis	10	90,91	2	33,33
Traitement des autres IST	11	100,00	4	66,67
Fer acid folic	11	100,00	6	100,00
Traitement du paludisme	11	100,00	6	100,00
Traitement des parasites intestinaux	11	100,00	4	66,67
Vitamine A	11	100,00	6	100,00

#### **d. Education pour la santé**

##### **▪ Affiches dans les locaux du centre de santé**

A l'extérieur des bâtiments dans 17 centres de santé visités, on ne retrouve presque pas d'affiches ou de panneaux relatifs aux messages sur la santé. Sur les murs des différentes pièces de ces bâtiments, les affiches sur les IST/VIH/SIDA 76,47% et le planning familial 76,47% sont les plus fréquemment retrouvées. Dans plus d'un tiers des cas 35,29% (6/17), on rencontre des affiches portant des messages sur la lutte contre les maladies diarrhéiques et le

conseil dépistage volontaire. Les panneaux et affiches sur les prix des médicaments (17,65%) et des consultations (17,65%) laissent apparaître des écarts entre les prix mentionnés et ceux actuellement en vigueur dans les centres de santé.

**Tableau13** : Situation des affiches diffusant les messages sur la santé dans les centres prénatals (n=17) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Affiches	Extérieur		Intérieur		Pas de signe	
	(n=17)	%	(n=17)	%	(n=17)	%
Planning familial	1	5,88	13	76,47	3	17,65
Vaccination	1	5,88	5	29,41	11	64,71
IST/VIH/SIDA	1	5,88	13	76,47	3	17,65
Maladies diarrhéiques	1	5,88	6	35,29	10	58,82
Conseil dépistage volontaire	0	0,00	6	35,29	11	64,71
Vidéo	0	0,00	3	17,65	14	82,35
Prix des médicaments	0	0,00	3	17,65	14	82,35
Prix des consultations	1	5,88	3	17,65	13	76,47

#### a. Outils de communication pour le changement de comportement

Les outils de communication (boîte à images, dépliants et cartes conseils) utilisés dans les centres de santé pour le changement de comportement portaient essentiellement sur la lutte contre les maladies diarrhéiques 82,35% (14/17), la santé reproductive des adolescents 70,59% (12/17) et les IST/VIH/SIDA 64,71% (11/17). Seul deux centre de santé sur le 17 de notre échantillon 11,76% avaient un outil de communication relatif au dépistage volontaire du VIH.

### 3.5.7. Enquête d'observation du conseil

#### a. Caractéristiques sociodémographiques des conseillers, districts de Kankan et Ratoma (Guinée, Mai en Juillet 2009)

Lors de l'enquête dans les centres de santé, 13 agents de santé ont été observés pendant les séances de conseil prénatal. Une proportion de 61,5% entre 47 ans et 57ans (IC95% [31,6-86,1]). L'âge moyen des enquêtées est de 48 ans étendu de 35 à 57 ans. Tous les agents observés sont des femmes. La majorité des conseillères 76,9% sont des agents techniques de santé, et la durée moyenne de la fin de leur formation de base est de 18 ans étendue de 13 à 32.

Tableau14 : Caractéristiques sociodémographiques des conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>(n=13)</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>		
>= 35	1	7,7
> 35-47	4	30,8,
> 48-57	8	61,5
<b>Sexe</b>		
Féminin	13	100
Masculin	0	0
<b>Formation de base</b>		
ATS	10	76,9
Médecin	1	7,7
Sage femme	2	15,4
<b>Fin de la formation de base</b>		
13-23	7	46,1
23-32	6	53,8

**b. Répartition des conseillers selon l'expérience, districts de Kankan et Ratoma (Guinée, Mai en Juillet 2009)**

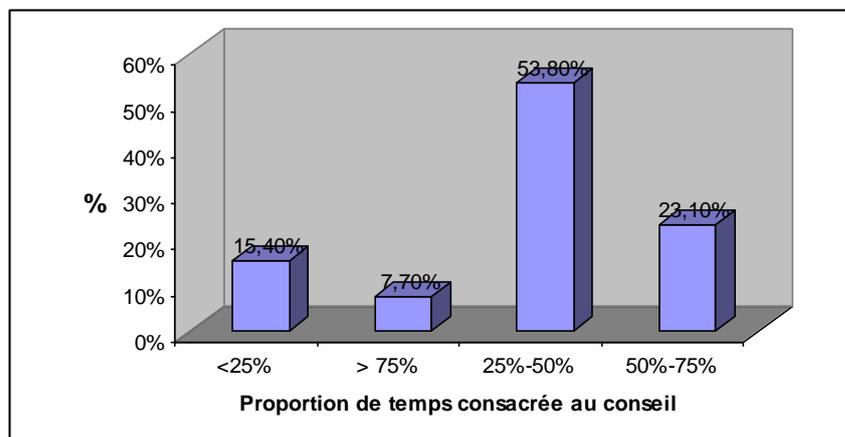
Parmi les conseillères observées, 46,15% (6/13) sont responsables de l'unité consultation prénatale/planning familial/accouchement, et 38,46% (38,46%) sont chargées de CPN au sein de cette unité. Près de deux tiers 61,5% de ces conseillères ne sont pas formées sur la PTME, et la presque totalité 92,3% n'a reçu aucune formation sur la communication. La durée moyenne de service comme conseillère est de 6 ans, et une grande proportion parmi elles 61,5% conseillent un nombre de clientes allant de un à 26 par semaine avec une moyenne de 25 (IC95% [31,6-86,1]).

Tableau15 : Situation de la formation des conseillers observés lors des séances de conseil volume de travail dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Expériences</b>	<b>(n=13)</b>	<b>%</b>
<b>Fonction dans la structure</b>		
Chef du centre de santé	1	7,69
Responsable CPN/PF/Accouchement	6	46,15
Chargée de CPN	5	38,46
Chargée de PF	1	7,69
<b>Formation sur la PTME</b>		
Oui	8	61,5
Non	5	38,5
<b>Formation sur la communication</b>		
Oui	1	7,7
Non	12	92,3
<b>Durée de service comme conseillère</b>		
0--5	7	53,8
6--10	5	38,5
11--16	1	7,7
<b>Nombre de personnes conseillées par semaine</b>		
1--26	8	61,5
26--50	5	38,5

### c. Proportion de temps consacré au conseil par les conseillers

Dans les activités des agents de santé observés, le conseil représente 25% à 50% de charge travail de plus de la moitié 53,80% parmi elles ; et moins du quart des conseillères 23,10% ont une charge de travaille qui se situe entre 50% et 75% de leur temps.



**Figure 5 :** Proportion de temps consacré au conseil par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=13) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

### d. Analyse des étapes du conseil pré-test

Au cours de notre enquête, nous avons observé et noté les conseils donnés en visite prénatale par dix agents de santé chargés de consultation prénatale. Dans tous les centres de santé, c'est une seule salle qui sert à offrir les services de conseils et de suivi de la grossesse. En moyenne, un centre de santé avec services de PTME compte quatre agents chargés de CPN, et l'unique salle de CPN sert de lieu de travail à tous ceux-ci. En effet, une séance de conseil en visite prénatale se déroule entre la conseillère et la femme enceinte en présence de l'ensemble des agents affectés à l'unité CPN.

La femme enceinte est toujours saluée par la conseillère à l'accueil et parfois n'engage pas de conversation (30%) et ne se présente jamais à la cliente. Dans l'ensemble des cas, la conseillère écoute activement sans juger.

Au cours de l'entretien, la majorité des conseillères 80% (8/10) posent des questions fermées et à sens unique, 30% (3/10) des dix personnes observées ne clarifient pas les informations données et personne parmi elles n'a fait le résumé des principaux points discutés avec la femme enceinte.

L'information est transmise sous forme de discours 90% (9/10), ne laissant pas le temps à la femme de réagir. Les informations véhiculées sur la TME et le VIH ne sont pas complètes ni à jour. Ces informations sont focalisées sur l'alimentation de la femme enceinte (en ignorant celle de l'enfant et le régime de traitement pour les deux), et les messages adressés aux femmes ne sont pas formulés dans un langage clair 70% (7/10) utilisant des concepts qui ne sont pas adaptés à la compréhension de la femme.

Dans la plus part des cas, les conseillères résident dans le même milieu et parlent la même langue que les clientes, elles gèrent bien les difficultés liées aux différences de langue 80% (8/10) et abordent les questions sensibles en tenant compte de la culture locale 60% (6/10). L'ambiance née de la présence de tous les agents chargés de CPN en même temps dans la salle de conseils, allonge le séjour de la femme enceinte dans la salle de CPN et ceci est un obstacle qui empêche la presque totalité des conseillères 90% (1/10) de mettre à profit l'opportunité que constitue la présence de la femme.

Tableau 16 : Analyse des étapes du conseil pré-test dispensé par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals (n=10) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Etapas	Bien fait	Pas bien fait	Pas fait
	(n=10)	(n=10)	(n=10)
%			
<b>Relations interpersonnelles</b>			
Salue la cliente	9(90)	1(10)	0(0)
Se présente à la cliente	0(0)	0(0)	10(100)
Engage la cliente dans la conversion	3(30)	4(40)	3(30)
Ecoute activement	4(40)	6(60)	0(0)
Est encourageant et ne juge pas	4(40)	6(60)	0(0)
<b>Collecte de l'information</b>			
Dose bien question ouverte et question fermée	2(20)	8(80)	0(0)
Utilise le silence pour laisser la cliente s'exprimer	2(20)	6(60)	2(20)
Cherche à clarifier les informations données	5(50)	2(20)	3(30)
Evite les conclusions prématurées	6(60)	3(30)	1(10)
Approfondit convenablement	2(20)	7(70)	1(10)
Résume les principaux points examinés	0(0)	0(0)	10(100)
<b>Informations transmises</b>			
Transmet l'information en terme clair et simple	3(30)	7(70)	0(0)
Donne au client, le temps d'assimiler l'information et de réagir	0(0)	9(90)	1(10)
Est à jour dans ses connaissances sur le VIH	3(30)	7(70)	0(0)
Répète l'information et insiste bien	1(10)	3(30)	6(60)
Vérifie la bonne compréhension ou les malentendus	1(10)	2(20)	7(70)
Résume les principaux points examinés	0(0)	0(0)	10(100)
<b>Gestion des circonstances spéciales</b>			
Gère les difficultés liées aux différences de langue	8(80)	2(20)	0(0)
Parle des questions délicates sans détours en tenant compte de la culture	6(60)	2(20)	2(20)
Etablit la priorité afin de gérer le temps limité et la brièveté des contacts	1(10)	7(70)	2(20)
Se montre ingénieux pour surmonter les contraintes (confidentialité)	1(10)	9(90)	0(0)
Utilise bien le silence pour surmonter les émotions difficiles (confidentialité)	0(0)	8(80)	2(20)
Gère la détresse de la cliente	2(20)	8(80)	0(0)
Se montre souple eu égard à la participation d'un partenaire ou autre	6(60)	2(20)	2(20)

#### e. Analyse du contenu du conseil pré-test

La majorité des conseillères 60% (6/10) demandent le point de vu de la femme enceinte sur sa grossesse mais les informations qu'elles leurs donnent sur le VIH ne sont pas complètes 60%.

La moitié des conseillères observées ne fournissent pas les avantages potentiels ni les interventions possibles liés à la connaissance de sa sérologie VIH 50% encore moins, les

implications d'un résultat de test positif au VIH pour le bébé 50%. Aucun conseiller n'a intervenu sur l'implication du test positif sur les futurs enfants, l'alimentation du nourrisson ni l'option d'une interruption volontaire de la grossesse.

**Tableau 17** : Analyse du contenu du conseil pré-test dispensé par les conseillers observés lors des séances de conseil dans les centres prénatals avec test de dépistage disponible (n=10) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Contenu du conseil</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
	(n=10)	(n=10)
	<b>%</b>	
Exploration du point de vue de la cliente sur la grossesse	7(70)	3(30)
Information complète sur la transmission du VIH pendant la grossesse et sur le risque de transmission au nourrisson	4(40)	6(60)
Avantages potentiels liés à la connaissance de sa sérologie VIH, et intervention possibles si le test VIH est possible	5(50)	5(50)
Implication d'un résultat de test positif au test VIH pour le bébé	5(50)	5(50)
Implication d'un résultat de test positif au test VIH pour les futurs enfants	0(0)	10(100)
Implication d'un résultat de test VIH positif pour les décisions concernant l'alimentation du nourrisson	0(0)	10(100)
Intérêt de se faire tester en même temps que le père de l'enfant	3(30)	7(70)
Explication sur le fait que le test n'est pas obligatoire et qu'on ne lui refusera pas les services si elle décide de ne pas se faire tester	4(40)	6(60)
Option pour une interruption de la grossesse	0(0)	10(100)

**f. Analyse du contenu du conseil lorsque le test de dépistage VIH n'est pas disponible dans le centre**

Durant la période de l'enquête, deux centres de santé avec services PTME sur les huit de notre échantillon étaient en rupture de réactif de dépistage VIH. Un centre de santé parmi les deux bénéficie actuellement de l'appui du projet Faisons ensemble de l'USAID à cause du centre de dépistage volontaire qu'il abrite. Parmi les éléments non observés dans les conseils donnés, l'évaluation des connaissances en rapport avec le VIH, et notamment des modes de transmission et de prévention ainsi que l'absence d'orientation des femmes sur les centres où le test est disponible ont le plus attiré notre attention.

#### **g. Analyse de la relation prestataire-cliente dans les centres prénatals**

La totalité des prestataires sont courtoises et n'ont eu aucune attitude de nature à blâmer la femme enceinte pour quelques raisons que ce soit. On remarque que 38,50% des conseillères se connaissaient avec la cliente et ont parlé de leur relation. La même proportion a été observée pour les clientes qui ont gardé la conseillère dans le regard pendant sa communication. Lors de la séance de conseil et de consultation, nous avons rarement constaté 30,80% (4/13) l'agent de santé expliqué à l'avance les étapes de l'offre. Dans la presque totalité des cas 84,60% (11/13) l'agent de santé a expliqué à la femme l'unité suivante du centre de santé à consulter et souvent avec l'aide d'un guide pour le montrer à la femme et l'introduire auprès du personnel de cette unité.

### **3.5.8. Entretien de sortie avec les femmes enceintes**

#### **a. Caractéristiques sociodémographiques**

Lors de l'analyse de la qualité du conseil donné dans les centres de santé qui offrent les services de PTME, nous avons enquêté 117 femmes enceintes bénéficiaires de CPN à la sortie du centre de santé. L'âge moyen est de 24 ans étendu de 15 à 42 ans ; 82% des femmes enceintes enquêtées ont un âge compris entre 15 ans et 30 ans, (IC95% [73,90 – 88,50]). Un tiers 33,90% (40/117) ont fréquenté l'école coranique et environ 30% ne sont pas alphabétisées. Toutes les femmes sont mariées et 43,22% (51/117) parmi elles sont des ménagères. Le nombre moyen de grossesse est de trois par femme étendue de 1 à 12 ; Plus d'un tiers des femmes (36,80%) ont une ou deux grossesses (ICC95% [28,0 – 46,2]).

Tableau18 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes ayant bénéficié des services prénatals (n=117) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre (n=117)</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>		
<= 15	6	5,13
>15 – 30	96	82,05
>30 – 42	15	12,82
<b>Niveau d'instruction</b>		
Primaire	20	16,95
Secondaire	8	6,78
Ecole coranique	40	33,90
Aucun	35	29,66
<b>Situation matrimoniale</b>		
Mariée	117	100,00
<b>Activités exercées</b>		
Ménagère	51	43,22
Commerçante	22	18,64
Couturière	22	18,64
Elève	12	10,17
<b>Nombre de grossesse</b>		
<=1	34	29,06
>1 – 3	43	36,80
>3 – 5	31	26,50
>5 – 7	4	3,40
>7 – 9	4	3,40
>11 – 12	1	0,90

#### **b. Moyens utilisés pour aller au centre de santé**

Plus de la majorité des femmes 59,80% habitent à 1 kilomètre du centre de santé et la majorité des 117 femmes 85,47% (100/117) n'utilisent marchent à pied et n'utilisent aucun moyen pour rejoindre le centre de santé.

#### **c. Prise de décision d'aller au centre de santé**

La décision de fréquentation du centre de santé a été prise par le partenaire qui est généralement le mari 36,75% et dans un tiers cas 33,33%, la femme a décidé elle-même d'aller consulter le centre de santé. Plus d'un quart des femmes 26,50% ont sollicité les services des centres prénatals sur conseils des parents.

Tableau19 : Personnes impliquées dans la prise de décision d'aller consulter pour la première fois les services prénatals (n=117) de la zone de l'étude, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

Personnes impliquées	Effectif	
	(n=117)	%
Moi-même	39	33,33
Conseils des parents	31	26,50
Conseils d'une amie	2	1,71
Décision du partenaire	43	36,75
Référée par un agent de santé	2	1,71

#### d. Motifs de fréquentation du centre de santé par les femmes enceintes

La consultation prénatale est le principal motif de consultation de toutes les femmes. Moins de la moitié parmi elles ont consulté pour se réapprovisionner en médicaments (37,61%) ou suivre recevoir vaccination antitétanique (34,19%). Le test de dépistage au VIH est le motif de consultation pour seulement 5,13% (6/117) des femmes.

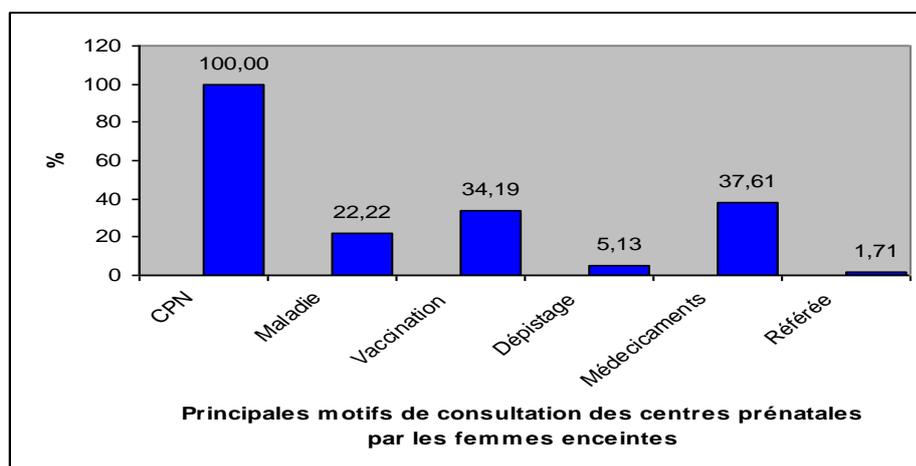


Figure 6: Principaux motifs de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes (n=117), districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

#### e. Sujets discutés avec l'agent de santé lors de la consultation prénatale

##### ▪ Consultation prénatale

Le nombre et la périodicité de consultation a été discuté entre l'agent de santé la majorité des femmes enceintes 82,05% et 73,50% des 117 femmes estiment normal, le nombre de CPN lors d'une grossesse que 8,55% (10/117) jugent excessif.

▪ **Autres services discutés avec l'agent de santé en consultation prénatale**

Moins de la moitié des femmes 45,00% ont révélé avoir été sensibilisé sur le test de dépistage du VIH. Les IST/VIH/SIDA (22,00%) et la prévention de la transmission mère enfant du VIH (13,00%) ont été rarement évoquées lors des conseils. Aucune femme n'a mentionné avoir été informé des infections opportunistes au VIH par les conseillers.

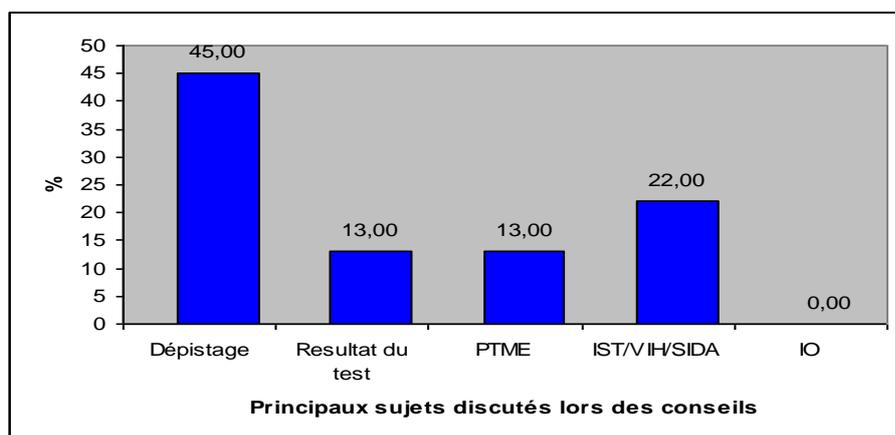


Figure 7 : Sujets discutés entre le conseiller et la femme enceintes (n=117), districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

f. **Durée objective et perception de la femme enceinte**

La durée moyenne qu'une femme enceinte observe avant de voir le conseiller est de 37 minutes ; étendue de 3 à 138 minutes et le temps moyen que dure une séance de CPN est de 14 minutes. En moyenne les clientes souhaiteraient attendre 19 minutes avant d'être reçue par l'agent de santé et une moyenne de 23 minutes pour la durée de la séance.

Tableau 20 : Durées objectives de la durée d'attente et des séances de CPN et perception des femmes enceintes (n=117) de la durée dans les centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

Étapes et perception	Durée
Attente avant de voir le conseiller (n=117)	37
Séance d'aujourd'hui avec le conseiller (n=117)	14
Combien de temps que souhaiteriez-vous attendre (n=79)	19
Combien de temps que souhaiteriez-vous la durée (n=84)	23

### **g. Difficultés pour la population d'utiliser les services de CPN**

Dans les commentaires des femmes sur les difficultés qui se posent à la population pour participer à la CPN, les tendances relevées sont les suivantes : de l'avis de 47 (40,17%) personnes il n'y a aucune difficulté, 15 (12,82%) personnes affirment avoir peur du retard qu'elles accuseraient avant d'être reçu dans la salle de CPN. La négligence dans la priorisation de la visite prénatale (11,11%) parmi les autres activités de routine de la femme, le manque d'intérêt accordé à sa propre santé (9,40%) et le manque de moyens financiers pour faire face aux coûts générés par une visite prénatale.

Tableau 21 : Difficultés rencontrées par la population d'utiliser les services de CPN selon les femmes enceintes (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Eléments</b>	<b>Effectif</b>	
	<b>(n=117)</b>	<b>%</b>
Manque d'intérêt pour sa santé	11	9,40
Manque de moyen	9	7,69
Négligence	13	11,11
Peur du retard à la consultation	15	12,82
Aucune difficulté	47	40,17

### **h. Test de dépistage VIH**

Sur les 117 femmes enceintes de notre étude 38,5% (45/117) ont bénéficié d'un conseil sur le dépistage VIH, parmi elles 13,33% (6/45) ont fait le test de dépistage.

### **i. Difficultés pour la population de faire le dépistage au VIH**

Dans une proportion de 41,88% (49/117), on ne note aucune difficulté d'accès au test de dépistage. D'autres femmes enceintes ont accusé la peur du résultat positif d'un tel test (14,53%) et de l'insuffisance d'informations 9,40% (11/117) sur les avantages du test de dépistage au VIH comme facteurs de découragement d'aller demander le test. Une femme enceinte enquêtée parmi les 117 a affirmé éviter de parler du SIDA et surtout d'accepter le test de dépistage parce qu'il y avait beaucoup de personnes dans la salle pendant l'entretien avec le conseiller. Enfin, une autre femme a déclaré avoir été d'accord de passer le test de dépistage mais ne l'a pas bénéficié à cause d'une rupture au centre.

Tableau 22 : Difficultés rencontrées par la population de faire le test de dépistage selon les femmes enceintes (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma, Mai - Juillet 2009

<b>Eléments</b>	<b>Effectif (n=117)</b>	<b>%</b>
Peur du résultat positif	17	14,53
Insuffisance d'information sur le dépistage	11	9,40
Retard qu'entraîne la demande de ce service	3	2,56
Aucune difficulté	49	41,88

**j. Perception de la femme enceinte sur la communication du conseiller**

La presque totalité des femmes trouvent la communication du conseiller simple et facile à comprendre 97,44% (114/117). Parmi elles 11,97% (14/117) déclarent que sa communication comporte des concepts qu'elles ne comprennent pas, parfois utilisant dans ses expressions des mots en langue étrangère 2,56%. Une proportion de 7,69% (9/117) de femmes affirme ne pas avoir eu l'occasion au cours de l'entretien de poser des questions au conseiller. La presque totalité des femmes sont informées sur le résultat de la visite prénatale 97,4% (114/117) et la majorité est tenue au courant de la date de la prochaine visite au centre de santé 89,7% (105/117).

**k. Résultats du conseil reçu lors de la visite prénatale selon la femme enceinte**

▪ **Résultats favorables**

Sur les 117 femmes enceintes de notre étude, 81 (69,23%) affirment avoir changé de point de vue sur l'infection par le VIH/SIDA grâce au conseil reçu au centre de santé. Parmi celles qui ont changé de point de vu 80,25% (65/81) reconnaissent avoir pris conscience sur les facteurs de risque liés au VIH. De l'avis des femmes, un peu plus du quart 27,16% (22/81) ont désormais connaissance des méthodes de planification familiale et rares sont celles qui connaissent les options du traitement disponibles pendant la grossesse 19,75% (16/81).

Tableau 23: Conseil ayant abouti à un changement de point de vu de la femme enceinte (n=117) au sortir des centres de santé, districts sanitaires de Kankan et de Ratoma (Conakry), Mai - Juillet 2009

<b>Résultats</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Changement du point de vu sur le VIH (n=117)	81	69,23
Connaissance des options du traitement (n=81)	16	19,75
Connaissance méthodes de PF (n=81)	22	27,16
Prise de conscience sur facteurs de risque VIH (n=81)	65	80,25

▪ **Résultats non favorables**

Le conseil reçu lors de la visite prénatale n'a pas entraîné de changement de point de vu chez 34 femmes enceintes de notre population d'enquête ; parmi elles le VIH/SIDA n'a pas été évoqué dans le conseil de 41,18% (14/34). Un peu moins de la moitié de ces femmes 47,06% (16/34) se déclarent opposées au test de dépistage avant de consulter le mari. Parmi les 34 femmes enceintes qui n'ont pas changé de point de vu, deux personnes soit 5,88% ont accusé la présence de beaucoup de personnes dans la salle de conseil.

### **3.6. Analyse et discussion**

#### **3.6.1. Entretien avec les chefs de centre de santé**

##### **Unités existantes dans les districts sanitaires de l'étude**

La principale fonction d'un centre de santé est d'offrir les soins préventifs et curatifs à la population à travers les unités suivantes : CPC, maternité (CPN/CPON/PF/Accouchement), PEV, points de vente des médicaments et soins. Conformément à ce cahier de charge, un centre de santé doit compter au moins huit salles pour abriter les différentes unités incluant le magasin du point de vente des médicaments et les sous unités de la maternité. En effet, les centres de santé sans PTME n'ont pas suffisamment de salles pour offrir les services ; un peu plus de la moitié ont moins de huit salles disponibles.

##### **Couverture et population cible dans les districts sanitaires de l'étude**

La population cible de femmes en âge de procréer (FAP) est plus élevée pour les centres de santé avec PTME (75% des centres de santé ont une population cible de FAP supérieure à 5000 alors que seuls 22,20% ont plus de 5000) et cette différence est statistiquement significative ( $p=0,2423$ ). Dans les centres de santé communautaires et ceux qui n'offrent pas la PTME, le nombre d'agents est insuffisant pour animer distinctement les différentes unités. Dans ces centres de santé, un agent de santé cumule plusieurs fonctions, ceci est confirmé par le fait que le tiers parmi eux ont moins de quatre agents dont deux centres de santé avec

seulement deux agents. Le ratio FAP par agent de santé est de un agent pour 10080 FAP contre un agent pour 5819 FAP pour les centres sans PTME.

Le personnel des centres de santé communautaires est composé essentiellement d'infirmiers de premier cycle et de matrones. Ces dernières sont généralement originaires du village central qui abrite le centre de santé ou de l'un de ceux que comprend l'aire de santé. Elles sont fortement impliquées dans la mobilisation communautaire pour les activités préventives chez la femme et l'enfant, l'accouchement et le suivi du couple mère-enfant en période postnatale. Nonobstant ces attributions, les matrones de notre étude n'ont reçu aucune formation sur le conseil et sur les IST/VIH/SIDA. **Or, la présence de ces matrones est un atout pour l'adhésion des femmes aux services offerts par le centre. En effet, leur rôle doit être renforcé et formalisé afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile au communautaire.** Un programme de PTME exige une approche complémentaire pour prévenir les opportunités manquées dans un contexte où un nombre important de femmes accouchent à domicile. Des études réalisées au Zimbabwe ont permis de faire l'hypothèse que, l'utilisation des agents de santé communautaires pour des interventions de santé communautaire incluant la PTME peut être un facteur d'amélioration des indicateurs maternels et périnataux [25]. Le défi est d'atteindre les femmes enceintes qui peuvent seulement être atteintes à travers une approche district pour la dissémination du programme PTME à tous les centres périphériques [21]

#### **Référence des patients du centre de santé vers l'hôpital de district**

Les hôpitaux de référence des deux districts de notre étude ne disposent pas d'ambulance pour répondre aux sollicitations des centres prénatals. De même, ces derniers n'ont pas de logistique nécessaire pour signaler à l'hôpital du district, la présence des cas d'urgence et laissent aux malades le soin de choisir le moyen de déplacement de leurs choix pour rejoindre l'hôpital du district. S'il est plus facile de se procurer d'un moyen de transport dans les centres urbains, cette possibilité est rare et limitée aux moyens de transports le plus souvent inadaptés à l'état de la patiente et à des tarifs très onéreux. Cette stratégie est moins efficace pour recommander à la femme enceinte, une référence vers d'autres structures de santé pour un bilan prénatal ou pour un test de dépistage au VIH. La mutualisation de risque est l'un des axes stratégiques clairement défini dans le plan de développement sanitaire (2001-2010) de la Guinée. **En entendant la mise en place d'action de solidarité communautaire pour une prise en charge des coûts des services prénatals, la constitution d'équipes mobiles au**

**niveau district pourrait être une alternative permettant de rendre accessible le bilan prénatal au niveau village.** L'accès géographique peut être amélioré par la décentralisation aux structures périphériques et la réduction des charges des patients par des multiples visites [26]. La PTME ne peut pas être décentralisé dans les structures de santé existantes sans la provision de personnel nécessaire pour combler les insuffisances préexistantes. Une mauvaise condition de travail, la rétention du personnel et la motivation du personnel sont des facteurs déterminants qui doivent être prises en compte [26].

### **Santé maternelle et infantile dans les districts sanitaires de l'étude**

Les services de santé maternelle et infantile sont accessibles tous les jours, même en l'absence de l'agent responsable de la CPN. Le nouveau protocole PTME en cours de validation commence au début du deuxième trimestre de la grossesse. Ce pendant, près d'un quart de femmes enceintes consultent pour la première fois au centre de santé ce qui peut entraîner un démarrage tardif du protocole en cas de résultat positif au test de dépistage VIH chez ces femmes.

On a enregistré des ruptures d'antigènes, parfois avec répétition dans les centres de santé qui n'offrent pas de services PTME au cours de la période couverte par l'enquête. Ensuite, les centres de santé ruraux en plus des équipes fixes, déploient des équipes mobiles en stratégie avancée dans les villages périphériques pour favoriser l'accès aux services, ce qui n'existe pas dans les centres de santé urbains. Ainsi, l'analyse des résultats des données du premier trimestre 2009 ne note pas de différence significative entre le nombre de CPN réalisé dans les centres de santé quelque soit le statut PTME de celui-ci (P-value = 0,8457). Par contre, le nombre de vaccination antitétanique réalisé dans les centres de santé avec PTME est statistiquement supérieur à celui réalisé dans les centres sans PTME (P-value = 0,2719). La disponibilité du stock est meilleure dans les centres urbains s'agissant des antigènes et des médicaments du panier, utilisés contre les IST et le paludisme.

La principale raison de ces ruptures citée par les chefs du centre de santé et ou responsables de points de vente des médicaments est l'épuisement du stock au dépôt répartiteur du district (DRD). Les chefs de centres de santé urbains profiteraient mieux de la proximité du DRD pour s'informer régulièrement et prendre les dispositions dès le moindre soupçon de rupture d'une molécule ou d'un vaccin. Aucun centre de santé rural n'est capable d'offrir des examens biologiques aux femmes dans le bilan prénatal, et aucun centre de santé avec

services PTME ou non, ne dispose de la gamme complète de contraceptifs. **La formation des personnes impliquées dans la commande des intrants sur la gestion de la logistique des médicaments et vaccins ainsi que l'intégration du suivi du stock dans les activités de supervision du district peuvent contribuer à réduire la fréquence des ruptures de stock.**

### **Infrastructure, disponibilité Matériels/ équipements dans les centres de santé**

Dans la majorité des cas, la disposition de la salle de CPN est faite de sorte qu'elle a deux issues, une fenêtre qui fait face à la route qui mène au centre de santé et une porte qui est à l'opposé de celle de la salle d'accouchement ou dans certains cas, fait face à la salle d'attente. L'absence d'électricité dans la salle, oblige les agents à ouvrir l'une des issues pour éclairer l'intérieur de la salle. Les portes et fenêtres qui n'ont pas de rideaux sont brièvement fermées durant l'examen des paramètres de la grossesse. Les femmes qui attendent leur tour sont assises sur un banc dressé à l'entrée de la salle de CPN. Cette situation ne crée pas une condition favorable à garder la confidentialité de l'interaction entre l'agent de santé et la femme enceinte qui est dans la peur continue d'un œil/oreille indiscret.

Notre étude a fait l'inventaire de la salle de CPC, CPN et la salle d'accouchement. Aucune unité ne dispose de la totalité de matériels requis selon les standards nationaux, pour mener à bien ses activités en toute autonomie. Dans la majorité des cas, le même matériel sert plusieurs unités à la fois (stéthoscope obstétrical, stéthoscope ordinaire, table d'examen, thermomètre, tensiomètre). Aux heures d'affluence, certaines étapes de l'examen sont sautées et les résultats des paramètres estimés et mentionnés dans les supports des clientes. Deux salles d'accouchement n'ont pas de table d'accouchement, quatre autres en ont dans un très mauvais état. La dégradation des équipements et la mise en commun de plusieurs matériels ne garantissent pas la prévention des infections notamment du VIH.

Les affiches, cartes conseils et boîtes à images mis à la disposition des centres de santé par partenaires techniques sont vieillissantes et le contenu n'est pas adapté au paquet de services actuellement offert par les centres de santé. Le personnel qui utilise ces outils n'a reçu aucune formation sur la communication et ne les utilise presque pas lors des séances de conseil avec les femmes enceintes. Selon les chefs de centre de la zone d'étude, la mise en place de la PTME n'a pas occasionné à priori des mesures d'accompagnement visant à améliorer les conditions de travail et la motivation du personnel. En Côte d'Ivoire, la phase préparatoire du lancement des activités du programme PTME dans cinq structures de santé à consister à la

rénovation ou la construction de bâtiments, l'équipement selon les standards et besoins exprimés par le personnel, la formation théorique et pratique[28].

En outre, le contenu des outils ne tient pas compte du niveau de scolarisation des femmes enceintes dont le tiers (33,90%) est formée à l'école coranique. **Une réévaluation des outils de communication dans le but d'une mise à jour des messages et leur adaptation au niveau de compréhension des cibles entraînerait une plus grande efficacité des actions de communication pour le changement de comportement.**

### **Gestion des outils et des données dans les centres de santé dans les districts sanitaires de Kankan et de Ratoma**

Le suivi de la grossesse chez la femme se fait à l'aide de deux outils : la fiche prénatale et le carnet de santé, la première est gardée dans l'échéancier du centre de santé tandis que le second est conservé par la femme pour être utilisé après l'accouchement pour y enregistrer les soins et services au futur bébé. L'utilisation de ces documents est reportée au deuxième trimestre de la grossesse au profit du carnet de soins selon la nouvelle stratégie de "CPN recentrée" prônée pour rationaliser les soins à la femme enceinte. Ces deux documents ne comportent nulle part de la place destinée à mentionner les résultats du test de dépistage VIH et la prise en charge de la femme enceinte VIH positif.

En effet, les résultats du test sont notés dans les espaces non imprimés, généralement avec un stylo de couleur rouge et sont visibles même de loin. De cette manière, la confidentialité sur le statut sérologique de la femme n'est pas garantie et peuvent être apprises par quiconque se procure de ses documents. Or, l'on parle de confidentialité, lorsque des informations personnelles concernant un client, obtenues directement ou indirectement, ne sont pas divulguées sans la permission du client. Ces informations sont, entre autres, les renseignements biographiques qui permettent d'identifier le client et le résultat du test de dépistage du VIH. **Il serait souhaitable de créer dans le carnet de la femme et la fiche prénatale, une rubrique qui sert à collecter les données sur le statut sérologique de la femme et le suivi de la prise en charge cela favoriserait la bonne tenue de ces documents ainsi que la protection des données personnelles de la femme enceinte.**

D'autre part, il n'existe pas de registre pour collecter les données PTME dans le centre de santé. En effet, ces informations sont relevées sur une fiche imprimée avant son utilisation

dans le rapport trimestriel qui y consacre une rubrique. Cette rubrique n'existe pas dans le canevas de rapport des centres de santé qui ne sont pas sites PTME, ce qui est une indication que ces centres n'ont pas de rôles à jouer dans la réduction de la transmission mère enfant du VIH. **L'absence de possibilité de dépistage ne doit pas dispenser les centres de santé à mener des activités PTME. Les responsabilités doivent être définies par niveau dans le sens de la prévention de la transmission mère enfant du VIH en tenant compte du niveau de formation des agents (relais villageois, accoucheuse traditionnelle) et de la capacité logistique du centre de santé.**

### **3.6.2. Observation du conseil pré-test dans les centres de santé**

#### **Formation des conseillères des centres prénatals de Kankan et de Ratoma**

Le nombre de personnes formées sur la PTME est infime, comparé à la taille des équipes chargées des services périnataux. En effet, deux agents sont formés par centre dont le chef du centre de santé (responsable de la consultation primaire curative) et un agent chargé de CPN sur une moyenne de quatre que compte l'unité CPN du centre de santé. Cette formation initiale sur la PTME remonte à plus d'une année. Les activités de l'unité CPN (conseil et la CPN) sont réalisées par l'ensemble des agents (formés ou non) à un rythme rotatoire avec un rôle central assuré par la sage femme maîtresse responsable de l'unité.

De nos entretiens avec les agents de CPN, il est ressorti un manque de confiance que ceux-ci expriment ne s'estimant pas capables de réaliser le conseil pré-test avec les femmes enceintes dans le cadre de la PTME comme Tanya D. and coll. [28] l'ont relevé dans une étude réalisée en Afrique du Sud. Les agents de CPN non formés sur la PTME affirment que la restitution faite par l'unique participant de l'unité santé maternelle à la formation et le travail en équipe avec celui-ci ne sont pas suffisantes pour acquérir toutes les compétences permettant de réaliser une bonne séance de conseil. C'est le cas au Cameroun où l'évaluation rapide de la mise en place d'un programme national PTME a montré des résultats à une faible conscience du personnel à pouvoir jouer un rôle dans l'atteinte des résultats [29]. En Afrique du sud, c'est le manque de formation qui est retenue comme responsable de la faible couverture PTME [28].

**Les visites de supervision du district pourtant régulières ne visent pas l'activité conseil en prénatale si non, auraient pu pallier au déficit de formation et de recyclage à l'aide d'une évaluation participative et formative élargie l'activité conseil en CPN.**

### **Relation interpersonnelle prestataire cliente lors de la séance de conseil pré-test**

L'observation des séances de conseils permet de constater une insuffisance d'interaction entre la prestataire et la femme enceinte. Ce déficit d'interaction est favorisé par la disposition de la conseillère, des autres agents CPN et la cliente dans la salle de conseil. En effet, la conseillère et les autres agents CPN sont assises autour de la table, la femme enceinte quant elle est assise latéralement soit sur le banc ou la table de consultation.

Il arrive fréquemment que le conseil soit donné en présence d'une autre femme enceinte maintenue dans la salle à cause du retard dans le report des données sur sa grossesse dans le carnet de la femme. Cette présence multiple dans la salle de conseil amène la femme enceinte à détourner le regard et se montrer désintéressée à l'annonce de certains concepts supposés tabous dans la communication. En outre, salle de conseil servant de bureau à tous les agents CPN du centre de santé, est toujours sujette à des entrées et sorties pour diverses raisons laissant ainsi la porte régulièrement ouverte. La conseillère perd donc le contact de la femme enceinte qui détourne son regard et manque de concentration. L'un des piliers de l'efficacité et la réduction de la stigmatisation est de doter le centre de dépistage volontaire d'un nombre suffisant de conseillers formés avec de l'espace suffisant pour éviter le retard et avoir envie de retourner chercher le résultat du test [26].

Les conseillères sont courtoises et saluent toujours l'interlocutrice pour introduire. Elles ne se présentent pas à la femme enceinte et engage directement la communication. Lorsque les deux se connaissent, elles font une brève revue des connaissances avant le démarrage de l'intervention de la conseillère. Cette intervention est guidée par le contenu du carnet de la femme enceinte lorsque celle ci n'est pas à sa première consultation.

### **Transmission de l'information au cours de la séance de conseil pré-test**

Toutes les conseillères observées au cours de notre étude présentent certaines qualités de communicatrice même si la presque totalité presque totalité parmi elle n'a pas bénéficié de formation sur la communication. Dans certains pays, la formation initiale au conseil n'est pas assurée ce qui est un frein à la bonne pratique du conseil [30].

Elles accueillent dans la bonne humeur les femmes enceintes et s'expriment à haute voix.

La communication entre les deux interlocutrices se caractérise par un monologue dirigé par la conseillère qui ne demande presque toujours pas à la femme enceinte si elle est intéressée par

un entretien sur la PTME du VIH. Son intervention ne part pas de ce que la femme enceinte sait et le niveau de scolarisation de celle-ci n'est non plus recherché. Nous avons assisté au cours de notre enquête d'observation à trois situations qui montrent l'échec de l'exploration de certaines informations concernant les femmes enceintes. La désapprobation de la forme et le contenu de la séance de conseil, et qui ont par conséquent refusées de se prêter au test de dépistage VIH. Il s'agit de deux femmes enceintes de niveau université et deux autres femmes enceintes accompagnées des parentes qui ont aussi le niveau université.

Même si les informations sont données dans une langue accessible, les codes utilisés dans certains passages n'étaient pas adaptés à la compréhension de la femme enceinte. La conseillère ne répète pas les informations et ne vérifie pas non plus la compréhension de la cliente aidée en cela par la position parallèle adoptée par les deux interlocuteurs. La séance se termine sans que la conseillère ne résume les messages clés et ne demande pas à la femme si elle a des questions pour lesquelles elle souhaiterait avoir des éclaircissements.

### **Contenu de l'information lors de la séance de conseil pré-test au centre de santé**

Le conseil adressé aux femmes enceintes est spontané d'allure obligatoire et n'explore pas les besoins en information de la femme enceinte. Les conseillères ne se présentent pas à la femme enceinte et ne présentent pas non plus le cadre et l'objectif d'un service prénatal dans le suivi de la grossesse.

Dans la majorité des centres de santé offrant les services PTME de notre étude, le conseil au cours de la visite prénatale est essentiellement focalisé sur les principaux services prénatals (immunisation, supplémentation en fer acide folique, le bilan biologique et l'alimentation de la femme enceinte), et ne porte que rarement sur le VIH ou le dépistage (hors mis le seul centre de santé de Ratoma appuyé par MSF Belgique, qui fourni un conseil équilibré avec des messages à jour).

Lorsque le conseil porte sur le VIH, l'information donnée n'est pas complète ni à jour. On n'a pas entendu des informations sur la fenêtre sérologique et rarement sur le protocole PTME, l'alimentation du nourrisson et l'utilisation des contraceptifs selon le contexte.

A la fin de l'entretien entre la conseillère et la femme enceinte, le consentement n'est presque pas toujours sollicité et nulle part on ne fait mention à la femme, son droit de bénéficier des autres services de la CPN en cas de refus de passer le dépistage.

Dans deux centres PTME de la ville de Kankan, on n'a jamais parlé du VIH dans le bilan prénatal conseillé aux femmes enceintes et le résultat positif n'est pas révélé à la femme au cours de la grossesse. Tout de même on lui conseille de revenir à partir du deuxième, afin de la soumettre à un traitement contre une maladie dépistée à l'examen ce qui pourrait protéger son enfant. Dans la même ville, deux autres centres de santé en rupture de matériels de dépistage au moment de l'enquête n'ont orienté aucune femme enceinte vers ceux qui en avaient en stock. **Les insuffisances constatées seraient la traduction d'un manque de formation de la majorité du personnel chargé de l'offre de service dans les unités CPN des centres prénatals** ce qui fait dire Niklaus D.L. [29] qu'il est possible de fournir un bon service de PTME à condition de mettre en place une formation consistante et un soutien programmatique.

### **3.6.3. Entretien de sortie avec la femme enceinte**

#### **Profil des femmes enceintes et décision de consulter au centre de santé**

La femme enceinte dans notre étude est mariée, multipare ayant un âge compris entre 15 et 30 ans, ménagère au foyer avec antécédent de formation coranique. Elles fréquentent généralement les centres de santé de proximité pour utiliser les services prénatals à partir de la décision du partenaire. Que ce soit la première visite ou non, la décision d'aller consulter les services prénatals est rarement prise par la femme elle-même. En effet, cette décision résulte du conseil donné par le partenaire ou un de ses parents. Dans la plus part des pays d'Afrique, l'acceptabilité du dépistage par les femmes est quasi-conditionnée par l'accord du partenaire. En effet, la dépendance économique et sociale des femmes vis-à-vis du partenaire leur rend vulnérables [31]. Au Rwanda, des entretiens menés auprès des partenaires indiquent que deux facteurs influencent l'acceptabilité du conseil et dépistage : la profession du conjoint et l'âge du mari [32].

#### **Contenu des services offert à la femme enceinte dans un centre prénatal**

Quelque soit l'ordre de la visite, le principal motif qui amène la femme enceinte à fréquenter le centre de santé est la consultation prénatale. La conseillère explique toujours à la femme, le nombre et la périodicité des visites prénatales ainsi que la date de la prochaine visite

prénatale. Par contre, les femmes ignorent le motif et le contenu de la visite ultérieure et n'y accordent pas d'intérêt au respect du rendez-vous.

Il ressort de l'entretien avec les femmes que le conseil porte que rarement sur le dépistage, les IST/VIH/SIDA et les infections opportunistes ne sont jamais évoquées. Le suivi clinique de la grossesse qui succède à la séance de conseil est un exercice de mesure de paramètres que l'agent pratique sans aucune communication avec la femme enceinte même à postériori. La visite dans le service prénatal s'achève par la remise à la femme, du bulletin d'examen ou de l'ordonnance médicale qui retient son attention et qu'elle considère parfois comme motifs de sa visite.

### **Perception de la cliente sur la qualité et les services obtenus au centre de santé**

La presque totalité des femmes affirment que la conseillère est gentille et respectueuse. Au Malawi et en Tanzanie, les études réalisées pour recueillir les opinions des personnes après les séances de conseil révèlent que la plupart des personnes étaient satisfaites du conseil et de l'attitude du conseiller qu'elles trouvent agréables [33,34].

Les femmes rapportent que le lieu du conseil assurait la confidentialité pourtant, la salle de conseil contient presque toujours d'autres agents de santé au moment du conseil. Mais le statut "agent de santé" de ces personnes supplémentaires dans la salle de conseil, ne semblent pas être un obstacle à la confidentialité selon les femmes enceintes. Ce pendant, l'abstention de la femme durant le conseil et le bas niveau d'information qu'elle a retenue indiquent que le conseil n'a pas comblé ses attentes. Une des rares expériences publiées, dans le cadre d'un programme de PTME en Afrique du Sud, a montré que la qualité du conseil était insuffisante [20].

Les femmes enceintes de notre étude attendent plus d'une demie heure avant d'être reçue dans la salle de CPN et leur séance avec l'agent de santé dure environ un quart d'heure. Ces durées contrastent avec les attentes des femmes qui souhaiteraient rester 19 minutes avant leur tour et 23 minutes de temps pour la séance avec la conseillère. La concentration de l'offre de services prénatals aux jours et heures précises de la semaine et la longue file d'attente que cela entraîne dans les centres de santé, ainsi que concentration de l'ensemble des agents CPN dans une seule salle rendent moins réalistes les attentes des femmes en terme de durée.

Les difficultés révélées (retard d'accès aux services, stigmatisation, négligence) par les femmes pour l'accès à la CPN et au dépistage laissent apparaître une grande insuffisance de la qualité et de l'organisation des services. Les conseils n'incluant pas d'information sur le VIH/SIDA et la présence de plusieurs personnes dans la salle de conseil aux quels les femmes font référence pour n'avoir pas changé d'avis sur le VIH ou ne pas être favorables au dépistage illustrent une insuffisance de la qualité du conseil dans les centres prénatals.

## **Les atouts et les limites de la méthodologie**

### **Les atouts**

Le principal atout de notre étude fait une analyse de situation de certaines fonctions et du fonctionnement du système de santé en relation avec le VIH et spécifiquement, la prévention de la transmission mère enfant à un moment où le plan stratégique PTME du département de la santé connaît des difficultés de mise en œuvre pour la mise à l'échelle des services PTME.

Un échantillon varié qui présente plusieurs réalités (rural et urbain, PTME et sans PTME) et une méthodologie participative pour la collecte des données s'agissant de l'inventaire des services et des équipements. L'observation en situation réelle, des interactions entre prestataires et femmes enceintes ainsi que le recueil de la perception de ces dernières sur le fonctionnement des services prénatals pour mesurer les écarts entre les attentes et la perception

### **Les limites**

L'état des lieux dans les centres prénatals est une étude transversale descriptive qui a fait la photographie de la situation à un moment précis de l'année. En effet, la situation identifiée par l'étude peut évoluer dans le temps et ne pas ressembler à celle qui a été trouvée. Notre démarche de l'évaluation du conseil en visite prénatale étant observationnelle (après les avoir prévenu quelques jours à l'avance), la présence de l'enquêteur permet à ces derniers d'être plus vigilants et de se rapprocher davantage des standards qu'il ne pourrait faire en temps normal.

La sélection systématique des femmes à la sortie du centre de santé pendant les jours d'affluence de la semaine sélectionnés de façon aléatoire peut réduire la représentativité de notre échantillon.

L'impossibilité de vérifier certaines informations à cause de la confidentialité qui caractérise les activités prénatales (exemple : résultat du test de dépistage) mais aussi, la durée limitée de l'enquête ne permettant pas de revoir la femme pour compléter les informations recueillies.

La possibilité pour les femmes de donner des réponses faciles, de manière à ce que l'entretien ne les retienne pas d'avantage au centre de santé. Il est ressorti régulièrement des propos qui laissent croire que la femme planifie les activités de sa journée en commençant par le centre de santé pour la CPN, continue au marché pour faire les achats avant de revenir à la maison faire la cuisine.

Dans la conception de nos outils de collecte, nous estimons avoir oublié un aspect important qui pourrait nous fournir des données supplémentaires sur l'accessibilité financière aux services prénatals. La prise en compte de cet aspect dans une étude ultérieure serait nécessaire.

Nonobstant les limites constatées au cours de notre étude, nous pensons que les résultats permettent de fournir des réponses aux préoccupations exprimées dans la problématique de notre étude. Il ressort de notre discussion, des constats auxquels nous proposons des actions spécifiques. Ces actions sont exprimées sous forme de recommandations aux différentes parties prenantes de la PTME en Guinée

### **3.7. Conclusion et recommandations**

#### **3.7.1. Conclusion**

Au terme de cette étude, il ressort une insuffisance de personnel dans les centres prénatals avec une répartition inéquitable en faveur des centres qui offrent les services de PTME et les centres de santé urbains. Les centres prénatals de notre étude sont sous équipés et ne sont pas à mesure d'offrir de façon continue l'ensemble des services maternels et infantiles.

Dans les centres de santé qui offrent les services de PTME, le nombre de personne formée sur la PTME et le conseil est insuffisant. Ensuite, une seule salle sert de bureau et de salle de conseil à tous les agents chargés de CPN, entraînant la présence simultanée de plus d'une femme enceinte dans la salle de conseil. Ces facteurs ne concourent pas à offrir un conseil pré-test de qualité ni à garantir la confidentialité. Les femmes enceintes bénéficiaires des services prénatals apprécient l'attitude du conseiller et sa capacité à communiquer des messages simples. Ce pendant, les conseils qu'elles fournissent ne comportent pas souvent d'informations sur le VIH, le dépistage ou la PTME que les femmes tiennent comme argument pour justifier leur départ du centre sans faire le test de dépistage.

De nombreux témoignages rapportent des difficultés auxquels font face les femmes pour accéder aux services prénatals (manque de moyens financiers, peur d'accuser du retard avant d'accéder aux services, stigmatisation).

### **3.7.2. Recommandations**

Au regard des résultats observés, nous formulons les recommandations ci-après :

#### **A l'endroit du Ministère de la santé publique/ CNLS/PNPCSP IST/VIH/SIDA**

- Revoir la politique nationale de mise à l'échelle de la PTME en élargissant l'offre des services aux agents communautaires tout en redéfinissant les rôles et responsabilités par niveau
- Elaborer un curriculum national de formation des agents communautaires, accoucheuses traditionnelles et matrones sur le conseil
- Multiplier le plaidoyer auprès des bailleurs de fonds afin de recueillir des ressources nécessaires à l'équipement des structures de santé conformément aux standards nationaux et les doter en personnel suffisant
- Concevoir une politique nationale de motivation des agents à tous les niveaux (personnel de santé, matrone, agent de santé communautaire, accoucheuse villageoise)
- Concevoir un mécanisme permettant le renouvellement des équipements des structures de santé à partir des ressources générées par les activités
- Renforcer la politique nationale d'approvisionnement des centres de santé en intrants et inclure le suivi du stock dans le guide de monitoring et de supervision
- Revoir les outils de suivi de la grossesse pour y intégrer les variables permettant de collecter des données sur les services offerts à la femme dans le cadre de la PTME
- Mettre en place un cadre de concertation de tous les acteurs de la PTME afin d'harmoniser les approches favorables au maintien de la qualité
- Réviser et adapter les outils de communication pour le changement de comportement actuellement utilisés dans les centres de santé

#### **A l'endroit des Directions régionales et préfectorales de la santé**

- Renforcer l'organisation des services prénatals en aménageant des salles supplémentaires pour la CPN et le conseil dans les centres de santé
- Former tout le personnel CPN sur le conseil afin de réduire et d'augmenter le nombre de personnes capables de fournir des services de qualité, et organiser des supervisions formatives sur les activités de conseil et de suivi de la grossesse
- Former les agents responsables des points de vente de médicaments des centres de santé sur la gestion de la logistique des médicaments

- Procéder au suivi et à l'évaluation réguliers du patrimoine (matériels) des centres de santé et les encourager à leur maintenance et/ou remplacement selon les cas
- Introduire dans le plan de développement local de la région et du district, des activités portant sur la PTME
- Renforcer la mobilisation et l'encadrement technique des médias locaux, ONG/Associations et comités locaux de lutte contre le VIH et leur apporter un appui financier
- Aider les centres de santé à mettre en place un système communautaire de solidarité, permettant de subventionner la prise en charge des références et de certaines maladies
- Renforcer le stock des dépôts répartiteurs et fournir régulièrement les informations sur le niveau du stock aux centres de santé
- Mettre en place des stratégies de motivation du personnel et améliorer les conditions de travail avec leur participation.

#### **A l'endroit des centres de santé**

- Aménager des salles libres pour y réaliser le conseil pré et post-test
- Réduire le nombre d'agents de santé dans les salles de CPN en mettant en place un système rotatoire ou en multipliant le nombre de salle où ce service peut être offert
- Anticiper la commande des médicaments et vaccins en se servant régulièrement des fiches de stock
- Renforcer l'implication du comité de gestion du centre de santé pour mettre en place un mécanisme communautaire de ressources afin d'assurer le renouvellement de matériels manquants ou défectueux et la motivation du personnel.

#### **A l'endroit des partenaires**

- Investir dans le renforcement de capacité des ONG/ associations/ comités locaux de lutte contre le VIH en leur apportant un appui technique et financier
- Mobiliser des ressources pour former d'avantage de personnel impliqué dans l'offre de services PTME dans les centres de santé
- Aider à la mise en place des pools de formateurs PTME au district et région afin de renforcer les équipes de supervision formative et le contrôle de qualité des services et de la collecte des données

- Appuyer le département à améliorer la qualité des outils, des données et initier l'utilisation des résultats par les prestataires

## **Bibliographie**

1. United Nations Programme on HIV/AIDS and World health Organization. *AIDS epidemic update, December 2008*. Geneva; World Health Organisation 2008. 2008.
2. De Cok KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff et al. *Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice*. JAMA, 2000. **283**: p. 1175-1182.
3. World health Organization. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resources limited settings. Towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Geneva, Swizerland: WHO. 2006: p. 92.
3. Stringer Elizabeth M, Chi Benjamin H, Chitu Namwinga, Creek Tracy L, Ekouevi Didier K, Coetzee David, Tih Pius, Boulle Andrew, Dabis Francois, Shaffer Nathan, Wilfert Catherine M, Stringer Jeffrey SA. *Monitoring effectiveness of programmes to prevent mother-to-child HIV transmission in lower-income countries*. Bulletin of the World Health Organisation 2008. **86**: p. 57-62.
4. Elchalal Uriel, et al. Mother to Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus: The Jerusalem Experience, 1996-2006. IMAJ, 2008. 10: p. 667-671.
5. Orne-Gliemann Joanne, Becquet Renaud, Ekouevi Didier K., Leroy Valeriane, Perez Freddy, Dabis François. *Children and HIV/AIDS: from research to policy and action in resource-limited settings*. AIDS, 2008. **22**: p. 797-805.
6. European collaborative study. Mother -to-child transmission of HIV infection in the era of transmission of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis., 2005. 40(5): p. 458-65.
7. United Nations Children's Fund. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, and the World health Organization. *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008*, UNICEF, New York, 2008. 2008: p. 19.
8. Dabis François and Ekpini Ehounou René. *HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa*. Lancet, 2002. **359**: p. 2097-2104.
9. Prendergast Andrew, Tudor-Williams Gareth, Jeena Prakash, Burcheff Sandra, Goulder Philip. *International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection*. Lancet, 2007. **370**: p. 68-80.
10. UNAIDS the joint United Nations Programme on HIV/AIDS, et al., *Children and AIDS: Third Socktaking Report 2008*. 2008: p. 4-9.
11. Comité National de Lutte contre SIDA en Guinée. *Cadre Stratégique National de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007*. 2002.
12. Programme des Nations Unies pour le Développement. *Impact socio-économique du VIH/SIDA en République de Guinée*. 2004.

13. Direction Nationale Statistique (DNS) Guinée and ORC Macro. *Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005*. Claverton, Maryland, U.S.A.: DNS et ORC Macro., 2006.
14. Direction Nationale Statistique (DNS) Guinée and ORC Macro. *Enquête Démographique et de Santé Guinée 1999*, Claverton, Maryland, U.S.A.: DNS et ORC Macro. . 2000.
15. Ministère de la Santé Guinée and Comité National de Lutte contre SIDA. *Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Guinée 2004*. . 2004: p. 44.
16. Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA and UNICEF. *Revue conjointe du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Guinée 2004-2007*. 2008.
17. Ministère de la santé, UNICEF, and FHI. *Prévention de la Transmission Mère enfant du VIH: Normes et procédures, Guinée*. 2005
18. Perez Freddy, Mukotekwa Tarisai, Miller Anna, Orne-Gliemann Joann, Glenshaw Monica, Chitsike Inam, Dabis François. *Implementing a rural programme of prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zimbabwe: first 18 months of experience*. Tropical Medicine and International Health, 2004. **9**(7): p. 774-78
19. CHOPRA Mickey, DOHERTY Tanya, JACKSON Debra, ASHWORTH Ann. *Preventing HIV transmission to children: Quality of counselling of mothers in South Africa*. Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 2005. **94** (3): p. 357-363.
20. Horizons Program. *NDola demonstration project: a midterm analysis of lessons learned*. Nairobi: Population Council; 2002.
21. UK Departement for International Development. *Achieving Universal Access: The UK's strategy for halting and reversing the spread of HIV in the developping world*, DFID, London. 2008: p. 22-23.
22. Thèrèse Delvaux, Jean-Paul Diby Konan, Odile Aké-Tano, Valery Gohou-kouassi, Patrice Emery Bosso, Anne Buvé, Carine Ronsmans. *Quality of antenatal and delivery care before of a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Côte d'Ivoire*. Tropical Medicine and International Health, 10 August 2008. **13**(8): p. 1-10.
23. Behets Frieda MTF, Matendo Richard, Vaz Lara ME, Nick Kilese, Nanlele Diderot, Kokolamami Jack, Okitolando Emile W, Rie Van Annelies. *Preventing vertical transmission of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: a baseline survey of 18 antenatal clinics*. 2006. **84**: p. 969-975.
24. Freddy, Perez, Khin Devi Aung, Theresa Ndoro, Barbara Engelsmann, François Dabis. *Participation of traditionnal birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study*. BMC Public Health, Dec. 2008. **8**(401).

25. Manzi M., Zacharia R., Teck R., Kazima J., Bakali E., Firmenich P., Humblet P. *High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting.* Tropical Medicine and International Health, 2005. **10**(12): p. 1242-1250.
25. Thèrèse Delvaux, Jean-Paul Diby Konan, Odile Aké-Tano, Valery Gohou-kouassi, Patrice Emery Bosso, Anne Buvé, Carine Ronsmans. *Quality of antenatal and delivery care before of a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Côte d'Ivoire.* Tropical Medicine and International Health, 10 August 2008. **13**(8): p. 1-10.
26. Tanya M Doherty, Mickey Chopra, Duduzile Nsibandé, Dudu Mngoma. *Improving the coverage of the PMTCT programme through a participatory quality improvement intervention in South Africa.* 2007.
27. Niklaus Daniel Labhardt, Engelbert Manga, Mama Ndam, Jean-Richard Balo, Alexandre Bischoff, Beat Stoll. *Early assessment of the implementation of a national programme for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Cameroon and the effects of staff training: a survey in 70 rural health care facilities.* Tropical Medicine and International Health, 2009. **14**(3): p. 288-293.
28. Desclaux A and Raynaud C. *Le dépistage et le conseil en Afrique au sud du Sahara: aspects médicaux et sociaux.* . Paris: Khartala, 1997: p. 13-21.
29. ONUSIDA and OMS. *Le point sur l'épidémie de SIDA. Consulté le 25/05/2009. Genève: ONUSIDA/OMS.* 2005.
30. Kowalczyk J, Jolly P, Nibarere J-A, Vyankandondera J, Salihu H. *Voluntary counseling and testing for HIV among pregnant women presenting in labor in Kigali, Rwanda.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2002. **4**: p. 408-415.
31. Sangiwa MG, Van Der Straten A and Grinstead OA. *Clients' perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar es Salaam, Tanzania: The Voluntary Counseling and Testing Efficacy Study.* AIDS and Behavior, 2000. **4**(1): p. 35-48
32. Chimzizi RB, Harries AD, Manda E, Khonyongwa A, Killam WP, Salaniponi FM. *The use of a monitoring tool to assess counselling and HIV testing in the public health sector in Malawi.* Tropical Doctor, 2005. **5**(2): p. 72-75.