



Mongolie: Contribution du carnet de SME à l'amélioration de la communication entre les mères et les personnels de santé



Carnet de santé de la mère et de l'enfant, Mongolie

Un manque de communication entre les mères et les personnels de santé

En 2008, l'UNICEF a identifié plusieurs défis majeurs dans le système de santé mongol, notamment (i) la mauvaise qualité des services de soins primaires, (ii) les compétences cliniques limitées des personnels de santé, (iii) le manque d'équipements et de fournitures médicales de base, et (iv) une communication défectueuse entre les personnels de santé et les patients. Par exemple, il n'existe aucune lignes directrices générales concernant les soins de santé de la mère et de l'enfant et, dans cette situation, les personnels de santé ne connaissent pas bien la procédure à suivre lors des visites prénatales et des examens médicaux des nouveau-nés. De leur côté, les femmes enceintes et les mères se déclarent insatisfaites de la communication avec les personnels de santé. La majorité d'entre elles pense que les conseils des personnels sont insuffisants, et la moitié d'entre elles considère qu'il est impossible de communiquer librement avec les médecins. Soixante-seize pour cent des mères ont le sentiment de ne pas pouvoir s'exprimer librement avec un personnel de santé.

Des efforts pour créer un outil potentiel de communication sur la santé

Dans ce contexte, le carnet de SME a été introduit à titre expérimental en Mongolie, en tant qu'outil potentiellement efficace de communication. Le carnet de SME a été distribué à des femmes enceintes dans la

perspective de faciliter le partage d'informations standards ainsi que les conseils lors des visites prénatales et des examens médicaux des nouveau-nés. Un essai randomisé contrôlé par groupes a été mené dans la province de Bulgan, une province rurale de Mongolie, pour déterminer si carnet de SME contribue efficacement à (i) augmenter la participation des femmes aux examens de santé prénatals et, à (ii) améliorer les comportements favorisant la santé. Le carnet de SME a été distribué aux femmes enceintes du groupe d'intervention lors de la première visite prénatale. Neuf mois plus tard, le nombre total de visites prénatales et les comportements clés en matière de santé parmi les femmes du groupe d'intervention ont été comparés à ceux du groupe de contrôle, à savoir les femmes enceintes n'ayant pas reçu le carnet de SME. De manière générale, les femmes enceintes et les nouveau-nés du groupe d'intervention et ceux du groupe de contrôle présentaient des caractéristiques similaires, à l'exception du temps de déplacement jusqu'au centre de santé le plus proche et de l'indice de richesse.

L'impact de l'utilisation du carnet de SME sur la santé de la mère et de l'enfant

Les principaux résultats de l'analyse des données sont présentés dans le Tableau 1. Les normes nationales mongoles en matière de soins prénatals établissent un minimum de six visites prénatales obligatoires. L'introduction du carnet de SME s'est accompagné d'une augmentation de 11,1% du nombre de femmes enceintes effectuant au moins six visites prénatales. Le nombre moyen de visites prénatales des femmes enceintes du groupe d'intervention a été largement supérieur (6,9 fois) à celui du groupe de contrôle (6,4 fois). La distribution du carnet de SME a donc une forte incidence sur la fréquence des visites prénatales. Son utilisation a permis d'identifier des risques de morbidité maternelle pendant la grossesse. Les



Une femme lors d'une étude de terrain (D. Bold)

complications liées à la grossesse ont pu être diagnostiquées plus souvent dans le groupe d'intervention (12,3%) que dans le groupe de contrôle (5,7%). Il ressort également que le taux d'allaitement maternel précoce (moins d'une heure après la naissance) est plus élevé dans le groupe d'intervention (94,1%) que dans le groupe de contrôle (87,5%), sans dégager de réelle signification statistique. Le carnet de SME semble avoir encouragé des comportements favorisant la santé. Le pourcentage de fumeurs est aussi beaucoup plus faible dans les familles du groupe d'intervention (50,1%) que dans celles du groupe de contrôle (60,9%).

Les résultats détaillés d'autres analyses sont publiés dans *The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: a cluster-randomized* (voir ci-contre).

Conclusion

L'étude révèle que le simple fait de distribuer le carnet de SME aux femmes enceintes, même en l'absence d'activités conjointes, incite les femmes enceintes, les mères et les familles à adopter des comportements meilleurs pour la santé. La lecture du carnet de SME à la maison favoriserait donc un changement positif des

comportements au sein de la famille. Ainsi, la distribution et l'utilisation du carnet de SME comme outil de communication devraient permettre de délivrer un message clé en matière de santé prénatale, périnatale et néonatale. Le carnet de SME pourrait aussi servir d'interface efficace entre les personnels de santé et les femmes enceintes et les mères. Le carnet de SME devrait par conséquent combler le déficit de communication actuel.

Amarjargal Dagvadorj

Centre national pour la santé infantile et le développement, Tokyo

Pour aller plus loin

1. Mori R, et al. *The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial*, PLoS one 2015;10(4): e0119772.
2. Brown HC, et al. *Giving women their own case notes to carry during pregnancy*, The Cochrane Library 2015.
3. UNICEF. *Innovative Approaches to Maternal and Newborn Health Compendium of Case Studies Maternal, Newborn and Child Health Working Paper*, New York: UNICEF, August 2013.

▼ **Tableau 1. Résultats pour les mères, les enfants et les comportements favorisant la santé**

Résultats	Unité	Intervention (n=253)		Contrôle (n=248)		Effets de mesures
Visites de soins prénatals	Moyen (SD)	6,881	(1,301)	6,373	(1,776)	MD 0,508 (0,216–0,800), P < 0,001
	≥ 6 N (%)	206	(81,7%)	175	(70,6%)	RR 1,158 (0,876–1,532), P = 0,30, RD 11,2 % (-9,9 %–32,3 %), P = 0,30
Morbidité maternelle pendant la grossesse	N (%)	31	(12,3%)	14	(5,7%)	P = 0,012
Consommation d'alcool pendant la grossesse	N (%)	20	(7,9%)	35	(14,1%)	RR 1,07 (0,97–1,18), P = 0,166, RD 6,1% (-2,4 %–15,0 %), P = 0,161
Tabagisme maternel	N (%)	5	(2,0%)	7	(2,8%)	RR 1,01 (0,98–1,04), P = 0,572, RD 0,9% (-2,1 %–3,8 %), P = 0,571
Tabagisme des membres de famille	N (%)	129	(51,0%)	151	(60,9%)	RR 0,841 (0,71–0,99), P = 0,039, RD -9,7% (-19,4 %– -0,1 %), P = 0,048
Début de l'allaitement	N (%)					
1 heure après la naissance	N (%)	238	(94,1%)	217	(87,5%)	RR 1,07 (0,97–1,18), P = 0,186, RD 6,2% (-2,8 %–15,3 %), P = 0,176
Entre 1 heure et 24 heures	N (%)	10	(4,0%)	25	(10,1%)	
Après 24 heures	N (%)	3	(1,2%)	2	(0,8%)	
Pas d'allaitement	N (%)	1	(0,4%)	2	(0,8%)	

MD : Différence moyenne, RR : Taux de risque, RD : Différence de risque (95 % IC), P : valeur P