

Les nouveaux critères et la qualité des services de soins de santé dans le gouvernorat de Monastir (Tunisie)

S. El Mhamdi,¹ M.S. Soltani,¹ A. Haddad,² M. Letaief¹ et K. Ben Salem¹

معايير جديدة لجودة خدمات الرعاية الصحية في محافظة المنصورية في تونس

سناء المحمدي، محمد سوسي سلطاني، أنيس حداد، منذر اللطيف، كمال بن سالم

الخلاصة: في عام 2005، أدخلت معايير جديدة (مكونة من 7 بنود) للخدمات المقدمة للأمهات والأطفال ضمن برنامج الرعاية الصحية الوطني للفترة المحيطة بالولادة. وقَّيم الباحثون هذه النسخة الجديدة في دراسة وصفية أجريت على عينة عشوائية ضمت 400 امرأة حامل من محافظة المنصورية. كان متوسط عمرهن 29.3 سنة (والانحراف المعياري 5 سنوات)، وكانت 42٪ منهن تحمل لأول مرة (بكرية). بالرغم من ملائمة الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة من حيث عدد زيارات الحمل التي غطت 82.5٪ من النساء، إلا أن 21٪ فقط منهن استوفين جميع البنود السبعة لمعايير الجودة. وكانت معدلات الجراحة القيصرية وولادة الخدج أعلى على نحو يُعتدُّ به إحصائياً بين النساء اللاتي تلقين رعاية عالية الجودة (p أقل من 0.05). وفي تحليل تحوُّف لوجستي، كان العمر وعدد مرات الولادة هما العاملان الوحيدان المستقلان المتعلقان بجودة الرعاية. هناك حاجة لبذل المزيد من الجهد لضمان جودة عالية لرعاية الأمهات والأطفال.

New criteria and quality of health care services in the governorate of Monastir, Tunisia

ABSTRACT In 2005 new quality criteria (7 items) were introduced for services provided to mother and child under the national perinatology programme. We evaluated this new version in a descriptive study conducted among a random sample of 400 parturient women from Monastir governorate. Mean age was 29.3 (SD 5) years and 42% were primipara. Although prenatal care was adequate in terms of number of antenatal visits for 82.5% of women, for only 21% were all 7 quality criteria fulfilled. The rates of caesarean section and premature birth were significantly higher in women who received quality care ($P < 0.05$). In logistic regression analysis, age and parity were the only factors independently associated with the quality of care. Additional efforts are needed to ensure good maternal and infant quality of care.

RÉSUMÉ En 2005, de nouveaux critères (7) portant sur la qualité des prestations offertes au couple mère-enfant ont été introduits dans le programme national de périnatalité. Dans le cadre d'une évaluation de cette nouvelle version, nous avons réalisé une étude descriptive auprès d'un échantillon aléatoire de 400 parturientes originaires du gouvernorat de Monastir. L'âge moyen des parturientes était de 29,3 ans (ET 5) et 42 % étaient des primipares. Bien que le suivi prénatal ait été adéquat en termes de nombre de consultations pour 82,5 % des femmes, l'ensemble des sept critères de qualité ont été satisfaits pour 21 % d'entre elles seulement. Le taux de césariennes et d'accouchements prématurés était significativement plus élevé chez les femmes ayant eu un suivi prénatal de qualité ($p < 0,05$). Dans l'analyse de régression logistique, l'âge et la parité étaient les seuls facteurs indépendamment associés à la qualité du suivi prénatal. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour assurer des soins maternels et infantiles de qualité.

¹Service de Médecine préventive et d'Epidémiologie ; ²Service de Gynécologie obstétricale, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir (Tunisie) (Correspondance à adresser à S. El Mhamdi : sanaelmhamdi@yahoo.fr).

Reçu : 21/01/09 ; accepté : 09/04/09

Introduction

Le suivi prénatal est une activité de dépistage des complications maternelles et fœtales. En Tunisie, cette activité a débuté dans les années 1960. Elle a connu plusieurs améliorations et a été érigée en programme national de périnatalité (PN-PRN) depuis 1990, fondé sur la conformité du nombre des visites prénatales aux recommandations : un minimum de quatre visites avec un contenu spécifique était préconisé. Actuellement, et depuis l'année 2005, les taux de conformité de ces visites ont dépassé les 90 % à l'échelle nationale [1]. Cette performance a amené les responsables du programme à se focaliser sur la qualité de ce suivi par l'introduction de nouveaux critères visant la santé du couple mère-enfant.

Notre travail vise l'évaluation de ce programme dans sa nouvelle version au niveau de la région sanitaire de Monastir.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée au niveau de la région sanitaire de Monastir qui compte, selon le dernier recensement de 2004, 127 162 femmes en âge de procréer (15-50 ans), soit 27,8 % des habitants de cette région [2].

Notre population d'étude était composée de l'ensemble des femmes ayant accouché au niveau des structures sanitaires publiques de la région de Monastir du 1^{er} janvier 2006 au 31 mars 2006 ($n = 400$).

Le suivi prénatal, assuré par le médecin et la sage-femme, est réalisé au niveau des centres de santé de base de la région d'étude.

Les informations ont été obtenues à partir d'un entretien avec la parturiente, après son consentement verbal lors de la présentation de l'étude, couplé à une revue de son dossier de suivi

prénatal. L'entretien était fondé sur un questionnaire préalablement testé explorant les dimensions suivantes :

- identification de la parturiente et caractéristiques socio-économiques ;
- antécédents personnels et profil obstétrical ;
- caractéristiques de la grossesse actuelle ;
- contenu des consultations prénatales ;
- caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né ;
- critères de qualité : examen médical systématique, dépistage des grossesses à haut risque, etc. (Tableau 1).

Les données recueillies sont légalement couvertes par le secret professionnel dans notre pays, ce qui leur assure la confidentialité requise pour ce genre de travaux [3].

Analyse statistique

Cette analyse s'est intéressée à la recherche des facteurs associés à un suivi de qualité en se basant sur les tests statistiques appropriés (test t de Student pour la comparaison des moyennes et test de χ^2 pour la comparaison des effectifs). Nous avons également procédé à une étude multivariée pour identifier les facteurs indépendamment associés à un suivi prénatal de qualité. Cette étude était fondée sur un modèle de régression logistique incluant les variables significatives au seuil de 20 % dans l'étude univariée. Les variables retenues dans le modèle final sont celles significatives au seuil de 5 %. Les intervalles de confiance au seuil de 5 % ont été utilisés pour l'estimation et la généralisation des différentes fréquences.

Résultats

Profil des parturientes

L'âge moyen de nos parturientes est de 29,3 ans (ET 5) avec des extrêmes allant

de 19 à 42 ans. Leur niveau scolaire et socio-économique est moyen : ainsi 51 % ($n = 204$) d'entre elles n'ont pas dépassé l'enseignement secondaire et 50 % étaient des femmes au foyer.

Le passé obstétrical de ces femmes a montré que 42 % d'entre elles étaient des primipares et 10 % des multipares (parité ≥ 4). Dix-sept pour cent de l'ensemble des femmes et 31 % des primipares étaient âgées de 35 ans et plus.

Étude de la qualité du suivi prénatal

Le suivi prénatal était jugé adéquat dans 82,5 % des cas ($n = 330$), et la première visite était réalisée au cours du premier trimestre pour 90 % des parturientes. Cependant et selon les nouvelles recommandations, pour être considéré de qualité, le suivi prénatal doit satisfaire en plus à un ensemble de sept critères (voir annexe) ajoutés au PN-PRN.

L'étude de la réalisation de ces différents critères a montré que sur les sept critères de qualité, trois étaient inférieurs à 26 % (Tableau 2). La notification de l'âge, de la taille et du groupe sanguin (critère 1) était satisfaite dans 98 % des cas. L'examen médical avec auscultation cardio-pulmonaire (critère 3) et la conclusion générale de l'état de chaque parturiente (critère 4) étaient notifiés dans 70 % et 65 % des cas respectivement. Cependant, la détermination du poids, de la tension artérielle, de la protéinurie et de la glycosurie (critère 2) lors des quatre consultations n'était réalisée que dans 26 % des cas.

La notification du niveau de risque de la grossesse (critère 5) n'a été faite que pour 84 parturientes (21 %) ; 34 d'entre elles étaient classées comme étant à haut risque.

Ainsi seulement 21 % (IC_{95 %} [18,97-23,03]) des femmes peuvent être considérées comme ayant eu un suivi prénatal de qualité conforme aux

Tableau 1 Définitions opérationnelles

Suivi prénatal adéquat : grossesse ayant bénéficié de quatre visites prénatales et plus, conformément au PN-PRN.
Suivi prénatal inadéquat : grossesse ayant bénéficié de moins de quatre visites prénatales.
Suivi prénatal de qualité : un suivi est considéré de qualité lorsque, d'une part, les quatre consultations prénatales sont réalisées au cours du 1 ^{er} trimestre, 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois et d'autre part, le suivi répond aux sept critères cliniques et paracliniques suivants.
Critère 1 : le groupe sanguin, l'âge et la taille de la femme ont été enregistrés dans le dossier.
Critère 2 : à chacune des quatre consultations prénatales, le poids, la tension artérielle, la glycosurie et l'albuminurie ont été enregistrés sur la fiche de consultations prénatales.
Critère 3 : la femme a bénéficié d'au moins un examen médical avec une auscultation cardio-pulmonaire durant sa grossesse.
Critère 4 : une conclusion générale sur la grossesse figure sur la fiche prénatale.
Critère 5 : en cas de présence d'un facteur de risque, la femme est répertoriée dans le « cahier des grossesses à risque ».
Critère 6 : en cas de facteur de risque dépisté, la conduite à tenir qui lui a été appliquée est conforme aux recommandations du programme national de périnatalité.
Critère 7 : l'enfant à naître a été notifié EP (enfant protégé contre le tétanos néonatal) sur le registre.
Prématurité : naissance d'un enfant avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA), calculé à partir du premier jour des dernières règles.
Post-maturité : naissance survenue après la 41 ^e SA, calculée à partir du premier jour des dernières règles.
Faible poids de naissance : poids du nouveau né < 2500 g.
Anémie : taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl.

nouvelles recommandations du PN-PRN (Tableau 2).

Suivi prénatal de qualité et profil des parturientes

Une étude de la qualité du suivi prénatal selon le profil des parturientes a montré qu'il était significativement associé à l'âge : plus la femme est jeune, plus le suivi est de qualité ($p = 0,03$). Au niveau scolaire, le taux est passé de 50 % chez les femmes scolarisées à 91 % pour celles ayant un niveau universitaire ; par contre, les multipares ont un suivi de qualité significativement plus faible ($p = 0,04$) (Tableau 3).

Suivi prénatal de qualité et issue de la grossesse

L'étude de l'issue de la grossesse en fonction de la qualité du suivi prénatal a montré que les césariennes et les accouchements prématurés étaient significativement plus fréquents chez les parturientes ayant un suivi prénatal de qualité ($p = 0,002$ et $p = 0,005$, respectivement), alors que les complications (rupture prématurée des membranes, hémorragie, pré-éclampsie, etc.) étaient significativement plus

fréquentes dans le groupe du suivi non-qualité. Ce taux a diminué de 23,6 % dans le groupe du suivi non-qualité à 18 % dans le groupe du suivi de qualité ($p = 0,03$) (Tableau 4).

Concernant le nouveau-né, aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre le suivi prénatal de qualité d'une part, et le poids de naissance et le transfert en néonatalogie d'autre part (Tableau 4).

Étude multivariée

Les variables qui étaient incluses dans le modèle étaient l'âge, la parité, la profession et le niveau scolaire ; seuls l'âge et la parité ont été identifiés comme facteurs indépendamment

associés au suivi prénatal de qualité (Tableau 5).

Discussion

En Tunisie, les activités du programme national de santé maternelle et infantile ont débuté en 1966, puis ont été spécifiées en PN-PRN en 1992. Ces activités ont abouti à des résultats appréciables en matière de diminution de la morbi-mortalité maternelle et fœtale [4]. Actuellement, depuis l'année 2005, le PN-PRN a été enrichi par l'introduction de sept nouveaux critères visant l'amélioration de la qualité du suivi prénatal en couplant le nombre de

Tableau 2 Les différents critères d'un suivi prénatal de qualité

Critère de qualité	Nbre	%
Critère 1	392	98
Critère 2	104	26
Critère 3	280	70
Critère 4	260	65
Critère 5	84	21
Critère 6	15	44
Critère 7	96	24
Suivi de qualité	84	21

Tableau 3 Suivi prénatal et profil des parturientes

Variable	Suivi prénatal de qualité		p
	Nbre	%	
Âge (ans)			
< 35	71	21,3	0,006
≥ 35	13	18,9	
Parité			
Primipares et paucipares	79	22,3	0,001
Multipares	5	11,4	
Niveau scolaire			
Non scolarisées et niveau primaire	17	13,5	0,005
Secondaire	48	25,0	
Universitaire	19	46,4	
Profession			
Oui	57	28,9	0,035
Femmes au foyer	27	13,5	

visites à leur contenu. Tous ces critères doivent être satisfaits pour parler d'un suivi prénatal de qualité. Cette nouvelle démarche est devenue impérative au vu de l'actuel profil épidémiologique des femmes qui se présentent pour accouchement dans nos structures de soins [5]. En effet, notre échantillon, qui était composé de 42 % de femmes primipares dont 31 % avaient un âge supérieur ou égal à 35 ans confirme ce profil épidémiologique.

Profil des parturientes

Actuellement, partout dans le monde, les grossesses à un âge avancé sont de plus en plus fréquentes, exposant à plusieurs complications [6]. En Tunisie, ce nouveau profil des parturientes est lié à la transition sociale que vit notre pays, marqué par le travail des femmes et le retard de l'âge au mariage. L'orientation vers une prise en charge de qualité est donc devenue une nécessité.

Concernant la parité, 42 % des femmes de notre série étaient des primipares et 10 % des multipares. D'autres études ont montré des taux plus importants de multiparité [7]. Cette parité relativement faible de notre série est en partie le reflet de l'adoption par notre pays d'une politique de

contrôle des naissances depuis les années soixante.

Qualité du suivi prénatal

Dans notre contexte tunisien, le suivi prénatal est assuré par le couple médecin - sage-femme. Le rôle de cette dernière, surtout dans le suivi des grossesses à faible risque, est bien établi par la littérature [8].

Le nombre de consultations prénatales constitue un dilemme à travers le monde. En Tunisie, quatre consultations étaient préconisées. Dans notre étude, le taux de couverture est de 82,5 %. Il est supérieur au chiffre national (54,8 %) et à d'autres séries régionales [9,10]. Cependant, le nombre de consultations à lui seul ne suffit pas.

En effet, la répartition temporelle de ces consultations constitue un critère de qualité du suivi prénatal, surtout la première consultation qui doit être faite le plus tôt possible lors du premier trimestre. Cette première visite est l'occasion de juger l'aptitude de la mère à bien mener sa grossesse en recherchant par un examen physique et des examens complémentaires appropriés d'éventuelles tares pouvant nuire au déroulement normal de cette grossesse.

Depuis 2005, afin de promouvoir la qualité de ce suivi, un certain nombre de critères supplémentaires tels qu'énumérés par le PN-PRN doivent être réalisés. Parmi ces examens, la prise de la tension artérielle est indiquée au cours des quatre consultations, afin de dépister une hypertension artérielle préexistante ou une toxémie gravidique [11], de même que la recherche d'une protéinurie dont le rôle dans le dépistage de l'hypertension gravidique demeure controversé [12,13]. La pratique de ces deux examens (critère 2) s'élève à 26 % dans notre étude. Ce faible taux pourrait s'expliquer soit par la non-réalisation de ces examens, soit par la non-notification sur le dossier médical de la femme, reflétant l'absence d'une culture écrite.

L'auscultation cardio-pulmonaire, au même titre que le reste de l'examen clinique, était réalisée dans 70 % des cas.

Tableau 4 Suivi prénatal de qualité et issue de la grossesse

Issue de la grossesse	Suivi prénatal de non-qualité		Suivi prénatal de qualité		p
	Nbre	%	Nbre	%	
Accouchement par césarienne	24	7,7	11	13,5	0,002
Complications	20	6,3	3	4,0	0,005
Prématurité	25	8,0	10	11,5	0,03
Transfert en néonatalogie	25	8,2	5	5,8	NS
Faible poids naissance	35	11,2	6	6,1	NS

NS : non significatif.

Tableau 5 Étude multivariée des facteurs associés à un suivi prénatal de qualité

Variable	Odds ratio (exp β)	IC _{95%}	p
Âge	2,1	1,03-3,02	0,03
Parité	3,2	2,02-5,27	0,04
Niveau scolaire	1,16	0,3-1,59	0,08
Profession	1,2	0,87-1,98	0,1

IC : intervalles de confiance.

Parmi les autres critères de qualité figure la vaccination antitétanique au cours de la grossesse, dont l'efficacité en termes de réduction de la survenue du tétanos néonatal [14] n'est plus à démontrer. Cet acte n'a été notifié que chez 30 % des femmes. Ce chiffre est inférieur à la réalité de la protection contre cette affection dans notre pays, protection qui dépasse les 90 % [9]. L'absence d'intégration entre le programme national de vaccination et le PN-PRN pourrait expliquer le faible de taux de couverture par le vaccin antitétanique rapporté dans notre travail. Ces résultats confirment la nécessité de l'intégration et de l'horizontalisation des soins, et d'éviter les programmes verticaux ne tenant pas compte des autres actions réalisées.

Selon plusieurs études, le profil des parturientes est un facteur déterminant de la qualité du suivi prénatal [15]. En effet, une revue de la littérature [16] a

montré que le statut des femmes (âge, parité, origine géographique, éducation, etc.) devrait être considéré dans la qualité du suivi prénatal dans les pays en développement. Ces résultats ont été confirmés dans notre travail, et un modèle de régression logistique a permis d'identifier l'âge et la parité comme facteurs indépendamment associés au suivi prénatal de qualité. Ces facteurs peuvent s'expliquer par une sorte de *fausse* sécurité liée aux grossesses antérieures chez les parturientes âgées et multipares.

Concernant l'issue de la grossesse, les résultats de la littérature ont montré qu'un suivi prénatal de qualité permet d'identifier les facteurs de risque et de prévoir l'issue de la grossesse [17], de même qu'il permet d'éviter les issues défavorables et les différentes complications [18]. Ces résultats ont été retrouvés dans notre étude. Ainsi, un suivi de qualité a permis d'identifier des

taux significativement plus importants d'accouchements prématurés et par césarienne. Ces constatations peuvent être en rapport avec la qualité du suivi qui a permis d'identifier précocement les complications nécessitant un arrêt prématuré de la grossesse ou d'indiquer un accouchement par césarienne. Hormis la prématurité, les autres complications étaient significativement influencées par la qualité du suivi prénatal dans plusieurs études [19,20]. Dans notre cas, ces complications étaient plus fréquentes dans le groupe non-qualité, ce qui prouve l'intérêt d'une prise en charge de qualité des femmes enceintes et d'un dépistage précoce des facteurs de risque.

Conclusion

L'introduction dans le PN-PRN, depuis 2005, de nouveaux critères portant sur l'amélioration de la qualité du suivi prénatal dans notre pays a montré des niveaux élevés de couverture pour certains d'entre eux, alors que d'autres restent en deçà des attentes. Un effort de sensibilisation et de formation nous paraît nécessaire dans notre région afin de réaliser les attentes d'un programme de PN-PRN de qualité.

Références

1. Tunisie. *Surveillance prénatale*. Tunis, Programme National de Périnatalité, Ministère de la Santé publique, 2005.
2. *Enquête démographique de santé en Tunisie 2004*. Tunis, Office national de la Famille et de la Population, 2004.
3. Code de déontologie médicale tunisien. Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, Article 8. *Journal officiel de la République tunisienne*, 1993, 40:764.
4. Hansen JP. Older maternal age and pregnancy outcome: A review of the literature. *Obstetrical and gynecological survey*, 2002, 41:726-42.
5. *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Delpisheh A et al. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *Journal of women's health (Larchmt)*, 2008, 17(6):965-70.
7. Le Coutour X, Papin F. Mortalité périnatale : épidémiologie. *La Revue du Praticien*, 2001, 51(13):1484-7.
8. Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomized controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 1998, 12(Suppl. 2):7-26.
9. *Rapport annuel 2006*. Tunis, Ministère de la Santé publique/ Direction des Soins de santé de base, 200.
10. Bchir A et al. Le registre des naissances : outil d'évaluation des activités de santé maternelle et infantile à l'échelle du district. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 1996, 2(3):418-24.
11. Chandiramani M, Shennan A. Hypertensive disorders of pregnancy: a UK-based perspective. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, 2008, 20(2):96-101.

12. Waugh JJ et al. Accuracy of urinalysis dipstick techniques in predicting significant proteinuria in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 2004, 103(4):769-77.
13. Alto WA. No need for glycosuria/proteinuria screen in pregnant women. *Journal of family practice*, 2005, 54(11):978-83.
14. Dikici B et al. Neonatal tetanus in Turkey; what has changed in the last decade? *BMC infectious diseases*, 2008, 8:112.
15. Bashour H et al. Patterns and determinants of maternity care in Damascus. *Eastern Mediterranean health journal*, 2008, 14(3):595-604.
16. Simkhada B et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 2008, 61(3):244-60.
17. Viller J et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 2001, 357(9268):1551-64.
18. Ickovics JR et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 2007, 110(2 Pt 1):330-9.
19. Ebeigbe PN, Enabudose E, Ande AB. Ruptured uterus in a Nigerian community: a study of sociodemographic and obstetric risk factors. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2005, 84(12):1172-4.
20. Klerman LV et al. A randomized trial of augmented prenatal care for multiple-risk, Medicaid-eligible African American women. *American journal of public health*, 2001, 91(1):105-11.

Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé

Dans bon nombre de pays, le manque de personnel est l'un des obstacles majeurs au renforcement de la prestation des services de santé primaires et des autres services de santé, qu'il s'agisse des services curatifs, des services de promotion de la santé, de prévention ou de réadaptation. Nombreux sont les pays qui ne disposent pas des capacités techniques nécessaires pour assurer un suivi précis de leur propre personnel de santé : les données sont souvent peu fiables et obsolètes ; il n'y a pas de définitions communes ni d'outils d'analyse reconnus, et les compétences et l'expérience permettant d'évaluer des questions politiques cruciales font défaut.

Le présent guide vise à renforcer ces capacités techniques. Il offre aux gestionnaires de la santé, aux chercheurs et aux responsables politiques un outil de référence global, normalisé et convivial leur permettant de suivre et d'évaluer les ressources humaines pour la santé. Il comporte un cadre analytique proposant différentes options stratégiques pour améliorer l'information et la base de connaissances relatives au personnel de santé, et présente en outre les expériences des pays pour mettre en lumière les approches qui ont été fructueuses.

Il convient de considérer la présente publication comme un travail appelé à évoluer qui aboutira à une meilleure compréhension des ressources humaines pour la santé et représentera une contribution notable à l'ensemble des outils et travaux de recherche appliquée conçus pour relever le défi qui consiste à mesurer et à améliorer les résultats du personnel de santé, à renforcer les systèmes de santé et, finalement, à améliorer la santé de la population.