

Le registre des naissances: outil d'évaluation des activités de santé maternelle et infantile à l'échelle du district

Bchir A,¹ Bouchahda M,² Soltani M,¹ Riahi M² et Jebara H²

سجل المواليد : أداة لتقييم أنشطة صحة الأم والطفل في مستوى المنطقة
عبد الله بشير ومختار بو شاهدة ومحمد السلطاني ومحمد الرياحي وحسن جبارة

خلاصة : للبيانات الوبائية الملائمة أهمية أساسية في النهوض بإدارة خدمات صحة الأم والطفل في مستوى المنطقة . وفي مستشفيات الولادة العمومية التابعة لمنطقة موناستير الصحية في تونس ، أنشئ سجل لأحداث ما حول الولادة ، تسجل فيه معلومات حول الحمل والولادة وبيانات عن حالة المواليد . لقد تم تسجيل 7750 حالة ولادة في سنة 1994 . وتم الرضخ في 46% من هذه الولادات في المستشفى التعليمي الجامعي . إن معدل استخدام مستشفيات الولادة يختلف باختلاف الموارد المتاحة في كل مستشفى . وهكذا فإن المستشفى التعليمي الجامعي يتسم بجاذبية شديدة ، خصوصا بالنسبة لنساء المناطق المجاورة . ومن شأن هذه الملاحظات أن تطرح مشكلة المردود الاقتصادي ومدى ملاءمة افتتاح مرافق صحية جديدة ، خصوصا في وقت يعاني فيه نظام الرعاية الصحية من أزمة اقتصادية .

The birth register as an evaluation tool of maternal and child health activities at district level

ABSTRACT Relevant epidemiological data are essential to improving management of maternal and child health services at district level. In public maternity hospitals of the health region of Monastir, Tunisia, a perinatal register has been established recording information related to pregnancy, childbirth and the condition of the newborn. During 1994, 7750 deliveries were registered, of which 46% took place in the university teaching hospital. Use of peripheral maternity hospitals varies according to the resources of the hospital; the university teaching hospital is highly attractive, especially for women from neighbouring districts. These findings raise the problem of the cost-effectiveness and relevance of opening new health facilities, particularly in times of economic crisis in the health care system

RESUME Pour une meilleure gestion au niveau du district des services de santé maternelle et infantile, des données épidémiologiques appropriées sont indispensables. Dans les maternités publiques de la région sanitaire de Monastir (Tunisie), on a établi un registre périnatal dans lequel sont consignées les informations relatives à la grossesse, l'accouchement et l'état du nouveau-né. Au cours de 1994, on a recensé 7750 accouchements dont 46% sont survenus dans la maternité universitaire. L'utilisation des maternités périphériques varie selon les ressources de la maternité; le CHU exerce un attrait important, surtout pour les femmes enceintes des districts limitrophes. Ces résultats posent le problème de la rentabilité et de la pertinence de l'ouverture de structures de soins surtout en période de crise économique du système de soins.

¹Service de Médecine communautaire, CHU F. Bourguiba, Monastir, Tunisie.

²Direction régionale de la santé publique, Monastir, Tunisie.

Introduction

La gestion rationnelle des services de santé maternelle et infantile et l'assurance de la qualité nécessitent la mise en place d'un système de surveillance se basant sur des indicateurs opérationnels à l'échelle du district [1].

En effet, les indicateurs de santé classiques tels que le taux de mortalité infantile, bien que très utiles à l'échelle nationale, ne sont pas d'un grand apport au niveau du district sanitaire pour surveiller les activités de santé maternelle et infantile. Par ailleurs, les données disponibles à ce niveau sont le plus souvent le reflet du volume d'activité et ne renseignent pas sur la couverture des services et la qualité des prestations fournies.

Dans ce travail, nous présentons une expérience de surveillance épidémiologique englobant différents volets de la santé maternelle et infantile implantée dans la région sanitaire de Monastir (l'unisie).

Matériel et méthodes

Région de l'étude

La région sanitaire de Monastir est située au Sahel tunisien. Elle compte 363 901 habitants; le taux d'accroissement démographique (1984-1994) y est de 2,7%. Le taux d'urbanisation est de 100%. Elle comporte 13 délégations administratives formant les districts sanitaires.

La population dispose d'une maternité universitaire et de neuf maternités périphériques [2] dont deux disposant des services d'un gynécologue mais n'ayant pas la possibilité de pratiquer des césariennes. Il n'y a pas de maternité privée, mais plusieurs gynécologues sont installés en privé et font accoucher dans les cliniques de la région sanitaire limitrophe (Sousse).

Description du système de surveillance

Depuis 1990, un registre périnatal a été implanté dans la région. Ce registre comprend des renseignements sur tout accouchement qui a lieu dans les maternités publiques de la région. Le recueil des données se fait dans chaque maternité en utilisant un support préalablement conçu. Ce recueil est accompli par la sage-femme pour chaque parturiente. Les femmes transférées sont comptabilisées dans la maternité où l'accouchement a eu lieu.

Les renseignements recueillis concernent le déroulement de la grossesse, la surveillance prénatale, les conditions de l'accouchement et l'état du nouveau-né à la naissance.

Dans cette étude, nous allons principalement analyser les caractéristiques des parturientes et l'activité des différentes maternités avec leur taux d'attraction, en ayant préalablement procédé à une domiciliation des cas.

Résultats

Analyse globale pour la région sanitaire

Au cours de l'année 1994, nous avons recensé 7750 accouchements survenus dans les maternités publiques de la région. La maternité universitaire a pris en charge 3562 accouchements, soit 46% (Figure 1). L'étude de la répartition des parturientes selon l'âge et la parité (Tableau 1) montre que:

- l'âge moyen des parturientes est $28,3 \pm 5,4$ ans; la proportion de femmes âgées de moins de 19 ans ou de plus de 34 ans est de 17,7%.
- la parité moyenne est $2,7 \pm 1,7$; la proportion de femmes ayant une parité supérieure à 4 est de 15,4%.

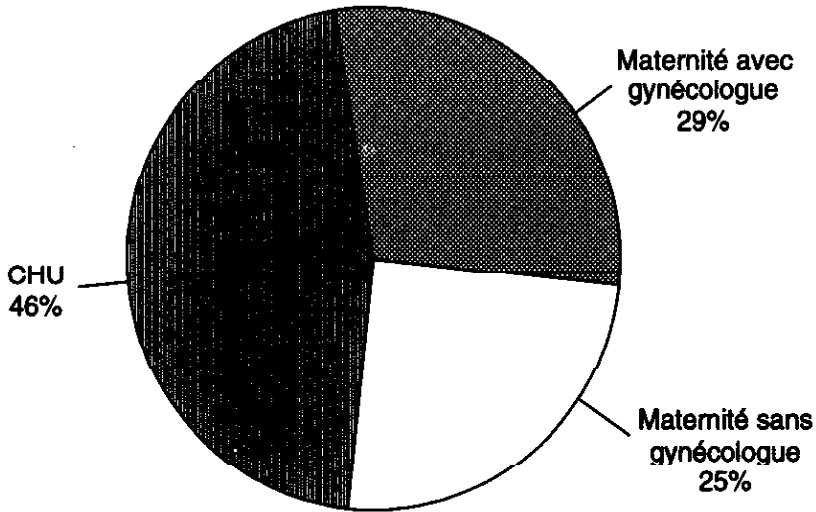


Figure 1. Répartition des accouchements selon le type de maternité

Tableau 1 Répartition des parturientes selon l'âge et la parité

Parité Age (années)	1	2-4	≥ 5	NP	Total
≤ 19	202	30	1	0	233
20-34	1979	3622	641	29	6271
≥ 35	84	505	536	13	1138
Non précisé	22	64	20	2	108
Total	2287	4221	1198	44	7750

Tableau 2 Fréquence des consultations prénatales

Nombre de visites	Effectif	%
0	835	10,8
1-3	3102	40,0
≥ 4	3741	48,3
Non précisé	72	0,9
Total	7750	100,0

- 2032 femmes (26,2%) présentent au moins l'un des facteurs de risque suivants: âge ≤ 19 ans, âge ≥ 35 ans, parité ≥ 5.
- 53,5% des femmes grandes multipares (≥ 5) sont âgées de 20 à 34 ans.

La plupart (88,3%) des parturientes ont consulté en prénatal. Seulement 835

femmes (10,8%) n'ont eu aucune visite prénatale (Tableau 2).

L'accouchement s'est fait par césarienne pour 573 femmes (7,4%) et par voie instrumentale pour 211 (2,7%). Le reste des femmes a accouché par voie basse sans recours au forceps.

Concernant l'issue de l'accouchement, nous avons recensé 133 mort-nés (1,7%).

Tableau 3 Comparaison des districts sanitaires par rapport au profil des parturientes

District	Âges extrêmes		Parité ≥ 5		Visite	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Monastir	192	16,3	119	10,1	47	4,0
Bembla	62	20,8	52	17,4	24	8,0
Ouardanine	46	16,7	43	15,6	14	5,0
Sahline	38	16,8	24	10,6	12	8,3
Ksar Hellal	127	16,4	103	13,3	32	4,1
Sayada, Lamta et						
Bouhajar	74	15,3	54	11,1	21	4,3
Ksibet El Mediouni	115	26,9	70	16,3	28	6,5
Moknine	273	19,5	252	18,0	285	20,3
Teboulba	75	14,0	80	14,9	32	6,0
Bekalta	76	30,5	39	15,7	31	12,4
Jemmel	230	20,5	197	17,6	139	12,3
Zeramdine	140	23,2	143	23,7	157	26,0
Beni Hassen	23	21,5	14	13,1	8	7,4

Les faibles poids à la naissance (≤ 2500 g) représentent 6,0% du total des naissances vivantes.

Analyse comparative des différents districts sanitaires

La domiciliation des naissances a permis de dresser le profil des parturientes de chaque district, et ceci, quel que soit le lieu d'accouchement. Nous avons choisi de comparer les districts par rapport aux indicateurs suivants:

- % de femmes ayant une parité ≥ 5
- % de femmes ayant des âges extrêmes ≤ 19 ans ou ≥ 35 ans
- % de femmes n'ayant pas eu de visites prénatales

Nous remarquons (Tableau 3) que les districts de Moknine et Zeramdine ont les indicateurs les moins performants.

Analyse de l'activité des maternités périphériques

Les maternités périphériques ont pris en charge 54% des accouchements. Le Tableau 4 montre la moyenne d'accouchements par mois réalisés dans les différentes maternités. Nous constatons que six maternités sur les 10 dont dispose la région font moins d'un accouchement par jour. Parmi les maternités sans gynécologue, celle qui réalise le plus d'accouchements se trouve dans l'enceinte de l'hôpital du district (Jemmel).

La fréquence de transfert des femmes en cours de travail est très variable entre les maternités périphériques (Tableau 5). Les taux les plus bas sont observés dans les maternités disposant d'un gynécologue où se trouvant dans l'enceinte d'un hôpital de district (Jemmel). Il est à noter que dans quatre maternités, près d'une femme sur

Tableau 4 Moyenne mensuelle d'accouchements dans les maternités

Type de maternité	Nbre d'accouchements	Moyenne mensuelle
Universitaire	3562	296,8
Périphérique avec gynécologue		
Ksar Hellal	1232	102,6
Moknine	1021	85,0
Périphérique sans gynécologue		
Ouardanine	163	13,6
Sahline	113	9,4
Ksibet Mediouni	116	9,6
Teboulba	286	23,8
Bekalta	163	13,6
Jemmel	805	67,0
Zeramdine	289	24,0

Tableau 5 Fréquence des transferts à partir des maternités périphériques

Maternité	Nbre accouchements	Nbre transferts	Fréquence (%)
Avec gynécologue			
Ksar Hellal	1232	43	3,4
Moknine	1021	91	8,2
Sans gynécologue			
Ouardanine	163	25	13,3
Sahline	113	34	23,1
Ksibet Mediouni	116	41	26,1
Teboulba	286	133	31,7
Bekalta	163	54	24,9
Jemmel	805	88	9,8
Zeramdine	289	141	32,8

quatre qui vient accoucher est transférée à une autre maternité.

L'issue de l'accouchement dans les maternités périphériques est dans la majorité des cas favorable (Tableau 6). Le taux de mortinatalité y est de 0,8% contre 2,8% à la maternité universitaire. La fréquence des faibles poids à la naissance est de 3,7% contre 8,8% au CHU. Il est à remarquer que ces indicateurs sont meilleurs dans les maternités disposant d'un gynécologue.

Tableau 6 Issue de l'accouchement selon les maternités

Maternité	Mort-nés (%)	FPN (%)
CHU	2,8	8,8
Périphérique avec gynécologue	0,7	3,2
Périphérique sans gynécologue	1,0	4,4

FPN = faibles poids à la naissance

Tableau 7 Distribution des accouchements selon le lieu de résidence et le type de maternité

District	Accouchements matern. locale (%)	Accouchements C.H.U. (%)	Accouchements autres matern. (%)
Ouardanine	58,3	40,2	1,5
Sahline	49,5	50,4	0,1
Ksar Hellal	80,5	19,1	0,4
Moknine	70,0	22,2	7,8
Teboulba	51,1	39,4	9,5
Bekalta	65,5	28,5	6,0
Jemmel	64,3	36,6	0,2
Zeramidine	47,8	46,1	6,1

L'étude du lieu de résidence des parturientes a permis d'évaluer le taux d'attraction des maternités périphériques. Nous allons considérer ici seulement les femmes résidentes dans les districts disposant d'une maternité. Le Tableau 7 montre que dans les maternités disposant d'un gynécologue le taux d'attraction est $\geq 70\%$ (Moknine et Ksar Hellal); pour les autres maternités, le CHU exerce un attrait important puisqu'il draine plus du tiers des femmes. Le district de Bekalta est à considérer à part puisqu'il est limitrophe d'une autre région sanitaire qui dispose d'une maternité universitaire.

Discussion

Le registre des naissances ne concerne que les accouchements dans le secteur public. Ainsi les femmes qui résident à Monastir et qui accouchent à domicile, en privé, ou dans d'autres régions sanitaires ne sont pas comptabilisées. On estime que ce nombre est inférieur à 10%. Il est à noter cependant que ces femmes ont des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires particulières. Celles qui accouchent en milieu

privé sont d'un niveau socio-économique élevé et ont probablement eu un suivi prénatal adéquat.

Ce registre, grâce à la possibilité de domiciliation, a permis de fournir aux districts sanitaires des informations sur deux groupes cibles importants: les femmes enceintes et les nouveau-nés. Outre le calcul des taux de couverture pour différents programmes nationaux (prénatal, postnatal, vaccination), ce système permet une meilleure description de l'état de santé dans le district (fréquence des faibles poids à la naissance, mortalité, etc.).

Nous avons montré que plusieurs maternités périphériques sont sous-utilisées par les femmes, surtout celles ne disposant pas des services d'un gynécologue. Ceci soulève la question de la pertinence de l'ouverture de structures de santé très rapprochées d'autres structures mieux équipées, accessibles en premier recours.

L'utilisation des services de santé dépend de facteurs multiples [3]. Dans une étude réalisée dans le Sahel tunisien [4], les auteurs rapportent l'importance des problèmes d'accessibilité psychologique à la maternité locale; les femmes questionnées

évoquent le sentiment d'insécurité lié au manque de personnel et de matériel spécialisés, ainsi que le mauvais accueil.

Concernant la fréquence du transfert, le ministère de la santé publique tunisien [5] a établi les critères de transfert vers une maternité supérieure. Plusieurs études [4] ont montré cependant que les sages-femmes dans les maternités périphériques ont souvent une attitude trop prudente et transfèrent au moindre problème. La fréquence du transfert est variable d'une maternité à l'autre; ceci ne peut être expliqué seulement par des différences dans le profil à risque des femmes qui viennent accoucher. Plusieurs questions restent posées: le transfert est-il justifié? Les femmes à risque vont-elles directement au CHU dans certains districts? La réponse à ces questions est fondamentale si on veut améliorer l'utilisation des maternités périphériques.

Notre étude a aussi montré des différences entre les districts quant au recours à la consultation prénatale; des actions éducatives sont nécessaires dans les districts ayant un faible taux de couverture. Au niveau régional, le taux retrouvé est supérieur au taux national évalué à 70% [6].

Conclusion

Le registre prénatal, grâce à la domiciliation des parturientes, permet aux districts de disposer d'informations épidémiologiques utiles pour la gestion des services et l'évaluation de l'état de santé. Il permet également le développement de recherches sur le système de distribution des soins. Il faut cependant noter que très souvent les données existent mais ne sont pas utilisées dans le processus de prise de décision.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. *Pour une meilleure santé au niveau du district. Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires*. Genève, 1991.
2. Direction régionale de la santé publique de Monastir. *Rapport annuel du service régional des soins de santé de base*, 1994.
3. Pineault R, Davely C. *La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies*. Agence d'Arc, 1986.
4. Njah M, Ben Salah A, Ghannem H, et al. Utilisation des services prénatals en milieu rural. *Santé publique*, 1990, No 6, 49-54.
5. Ministère de la santé publique (République tunisienne). *Rapport annuel de la direction des soins de santé de base*, 1993.
6. Ministère de la santé publique (République tunisienne). *Enquête tunisienne sur la santé maternelle et infantile: résultats préliminaires*, 1995.