

Evaluation De La Tenue Du Partogramme Et Son Impact Sur Issue De L'Accouchement Dans La Zone De Sante De Karawa

Hélène THONTWA ZUKENZE¹ ; Léon SHONGO ONASAKA²

¹Assistante à l'ISTM/KARAWA/RDC. Préfet d'études à l'ITM/KARAWA

²Doctorant à l'Université d'Orléans, Ecole doctorale Santé d'Orléans/France. Consultant chez Fonds de Développement de Service de Santé/RDC. Assistant à l'ISTM/KARAWA/RDC.

Correspondance : Léon SHONGO ONASAKA ; shongoleon225@gmail.com



Résumé – La mortalité maternelle et infantile est un sérieux problème de santé publique à Karawa. Durant nos différents séjours de stage effectué dans différentes structures de la ZS de KARAWA, nous étions sidérés de constater une fréquence de la mortalité maternelle et néonatale très élevée dont la plus part était survenue au moment d'accouchement et occasionné par un travail d'accouchement prolongé suite à l'absence de la surveillance du travail à l'aide de partogramme. D'autres par contre, ne le remplissaient pas pendant la surveillance du travail et les remplissaient après l'accouchement pendant que les unes ne les remplissaient même pas et moins encore ne les signaient pas à la fin du remplissage. De cet effet, la présente étude a pour but d'évaluer la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans la ZS de KARAWA.

Mots clés – Evaluation ; Tenue du partogramme ; Impact ; Issue de l'accouchement ; Zone de sante de Karawa

Abstract – Maternal and infant mortality is a serious public health problem in Karawa. During our various internships in different facilities in the KARAWA health zone, we were stunned to note a very high frequency of maternal and neonatal mortality, most of which occurred at the time of delivery and caused by prolonged labor due to the absence of labor monitoring using a partograph. Others, on the other hand, did not fill it out during labor monitoring and filled it out after delivery, while some did not even fill it out and even fewer did not sign it at the end of filling it out. Therefore, this study aims to evaluate the maintenance of the partograph and its impact on the outcome of delivery in the KARAWA health zone.

Key words – Evaluation; Maintenance of the partograph; Impact; Outcome of delivery; Karawa health zone.

I. INTRODUCTION

I.1. Enoncé du problème

Le partogramme est un outil nécessaire permettant d'assurer le suivi d'un travail d'accouchement et reste le seul instrument indispensable de la lutte contre le décès maternel survenant au moment d'accouchement. OMS, op cit.

Un travail prolongé y compris les accouchements dystociques constitue la 4^{ème} cause directe pour l'ensemble des taux de décès maternel après l'hémorragie du post partum, la pré-éclampsie et l'avortement mal pratiqué. Ainsi le dépistage précoce de toute anomalie dans la progression du travail d'accouchement et la mise en œuvre des mesures de prévention réduiraient le risque de morbi-mortalité maternelle et périnatale d'où la nécessité d'utilisation du partogramme.

Le partogramme est considéré comme l'une des plus grandes avancées en obstétrique moderne. L'OMS le considère comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le travail. Walraven a par exemple

suggéré que l'utilisation du partogramme peut perturber inutilement le travail clinique. Lavender et Malcolmson ont pour leur part avancé que le partogramme pourrait entraver la pratique clinique en réduisant l'autonomie des sages-femmes et en limitant leur capacité à traiter chaque femme individuellement.

De plus l'utilisation des outils d'aide à la décision tels que le partogramme et les protocoles de soins permettent une standardisation des pratiques et une amélioration du pronostic des femmes en améliorant la qualité des soins fournis.

Depuis 2009, l'OMS, a recommandé que le partogramme soit utilisé à large échelle dans les régions à ressources limitées parce qu'il est pratique, abordable et donne de bons résultats quand il est utilisé correctement. Néanmoins, malgré la promotion du partogramme depuis des décennies, les études montrent que son utilisation est beaucoup plus exception que routine. La plus part des prestataires ont des barrières sur l'utilisation du partogramme. D'autres par contre, n'ont pas la connaissance suffisante sur son utilisation. Telle est le bien-fondé de cette étude.

Le partogramme permet un enregistrement graphique, méthodique et synthétique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. Il sert de "système d'alarme précoce" pour toute anomalie dans la progression du travail autorisant la mise en œuvre de mesures de prévention, de transfert de la patiente ou d'accélération ou de terminaison du travail. Il permet de réduire sensiblement le risque de dystocie, de souffrance fœtale, de rupture utérine et les risques ultérieurs d'hémorragie de la délivrance et de septicémie.

Outil exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail, il ne permet pas d'identifier les autres facteurs de risque qui pourraient avoir été présents avant le début du travail. On ne peut recourir au partogramme qu'après avoir vérifié qu'il n'y a pas eu au cours de la grossesse de complication qui exige une intervention immédiate.

Le nombre de décès maternels dans le monde estimé par l'OMS en 2016 était de 289000, soit un ratio de mortalité maternelle de 210 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Près de 99% de ces décès se concentrent dans les régions où les ressources sont les plus limitées. La région de l'Afrique de l'Ouest, située dans la zone sub-saharienne du continent, est la plus touchée. Son ratio de mortalité maternelle était de 468,9 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 2016.

Ce risque, chez la femme africaine est de 1 sur 19 contre 1 sur 10.000 chez l'Européenne.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle reste comme dans les autres pays en voie de développement élevé. Le rapport EDS Mali faisait mention d'un taux de 582 pour 100.000 naissances vivantes.

En effet, près de la moitié de ces décès survient en Afrique Sub-saharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales. La même source estime qu'un ratio de 1000 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes se trouve dans la région africaine où la mortalité maternelle est la plus élevée du monde. En outre, pour une femme vivant dans un pays en voie de développement, le risque de mourir d'une cause liée à la grossesse tout au long de sa vie est environ 25 fois plus élevé par rapport à celle vivant dans un pays développé.

En RDC est comptée parmi les 3 meilleurs pourvoyeurs des décès maternels dans le monde, car chaque année, selon le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR, 2014), le pays enregistre près de 20.000 décès maternels toutes causes confondues à cause de l'effondrement du système socio-économique qui entraîne dans plusieurs structures médicales, moins réhabilitées en matériels et en infrastructures. Et, plusieurs structures hospitalières et obstétricales qui prennent en charge les gestantes et les parturientes se trouvent dans des conditions de délabrement trop avancé. Aussi, les personnels sont de moins en moins motivés, travaillant avec la conscience professionnelle de moins en moins recyclés, s'attachant à la routine et aux pratiques archaïques, travaillant dans les services moins modernisés, les personnels de moins en moins motivés, travaillant avec la conscience professionnelle de moins en moins recyclés, s'attachant à la routine et aux pratiques archaïques.

Durant nos différents séjours de stage effectué dans plusieurs structures sanitaires de la ZS de KARAWA, nous étions sidérés de constater une fréquence de la mortalité maternelle et néonatale très élevée dont la plus part était survenue au moment d'accouchement et occasionné par un travail d'accouchement prolongé à cause de l'absence de l'intervention à réaliser suite à

l'absence de la surveillance du travail à l'aide de partogramme. D'autres par contre, ne remplissaient pas le partogramme pendant la surveillance du travail et les remplissaient après l'accouchement pendant que les unes ne les remplissaient même pas et moins encore ne les signaient pas à la fin du remplissage. Ce dans cette optique que nous menons cette étude afin d'évaluer la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans notre Zone de Santé (ZS de KARAWA).

I.2 Questions de recherche

De tout ce qui précède, cette étude tente à répondre aux questions suivantes :

✓ **Question principale :**

Quelle est la qualité de la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA ?

✓ **Question secondaire :**

Quels sont les facteurs associés au mauvais remplissage du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA ?

I.3 Hypothèses de recherche

Nos hypothèses de recherche sont les suivantes :

- L'impact de l'utilisation du partogramme sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA est positif ;
- La tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA est mauvaise ;
- Les facteurs favorisant le mauvais remplissage du partogramme chez les prestataires de la ZS de KARAWA sont : leurs caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles.

I.4 Objectif général

L'objectif général de cette étude est celui d'évaluer la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA.

I.1.6. Objectifs spécifiques

Pour y parvenir, nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs spécifiques à atteindre :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- Mesurer la qualité de la tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA ;
- Déterminer l'impact de l'utilisation du partogramme pendant le travail d'accouchement du début à la fin sur l'issue de l'accouchement ;
- Identifier les facteurs favorisant le mauvais remplissage du partogramme chez les prestataires ;
- Proposer les pistes de solution visant à améliorer l'usage du partogramme.

II. METHODOLOGIE

II.1 Devis de la recherche

Cette étude est quantitative du type descriptif transversal à visée analytique dans le but d'évaluer la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA.

Nous avons recouru à la méthode d'enquête, aux techniques d'interview et d'analyse documentaire qui ont été facilitées par deux instruments à savoir un questionnaire d'enquête et une grille d'analyse documentaire. La taille de notre échantillon est de 178 partogrammes et 33 prestataires qui ont été obtenus de façon aléatoire.

II.2 Type de l'étude

Cette étude est quantitative du type descriptif transversal à visée analytique afin d'évaluer la tenue du partogramme et son impact du partogramme sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA.

II.3 Population cible de l'étude (Critère de l'étude)

a. Population cible

Notre étude est menée auprès de deux différentes populations suivantes :

- ✓ Pour évaluer l'impact de l'utilisation du partogramme, la population cible est composée de 350 partogrammes des femmes qui ont accouchées dans les structures sanitaires de référence de la Zone de Santé de KARAWA choisit pour cette étude pendant 6 mois soit du 01 au 30 juin 2022.
- ✓ Par contre, pour ressortir les facteurs favorisant le mauvais remplissage du partogramme chez les prestataires, la population cible est constituée des prestataires travaillant dans le service de la salle d'accouchement desdites structures de références choisies pour cette étude.

b. Critères de sélection

Nos critères de sélection sont les suivants :

b.1.1. Critère d'inclusion

b.1.1. Critère d'inclusion pour les partogrammes

- Etre partogramme des femmes ayant accouchées dans les structures de référence choisit pour cette étude ;
- Etre visible, lisible et accessible.

b.1.2. Critère d'inclusion pour les prestataires

Les prestataires à enquêter devront répondre aux critères de sélection suivants :

- Etre prestataires travaillant dans le service de la salle d'accouchement desdites structures de références choisies pour cette étude ;
- Etre présent le jour de l'enquête
- Accepter librement de participer dans l'étude et de répondre aux questions de l'enquête.

b.2.1. Critère d'exclusion

b.2.1. Critère d'exclusion pour les partogrammes

Est exclue de notre étude, tous partogrammes n'ayant pas rempli nos critères d'inclusion susmentionnée.

b.2.2. Critère d'exclusion pour les prestataires

Est exclue de notre étude, tous prestataires qui ne répond pas à nos critères d'inclusion sus-énumérés.

c. Taille de l'échantillon

Pour constituer notre échantillon, nous avons fait recours à la table d'échantillon randomisé pour une population donnée de 10 à 100.000 avec 95% de degré de confiance qui est aux annexes du travail qui stipule que pour une population cible égale à 350 sujets, la taille d'échantillon est de 180 sujets et pour celle de 60 sujets, la taille d'échantillon est de 52 sujets.

En tenant compte de nos critères d'inclusion et d'exclusion, la taille de l'échantillon de notre étude est composée respectivement de 178 partogrammes et de 33 prestataires qui ont été retenus de façon aléatoire.

II.4. Echantillonnage

Pour cette étude, nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple en vue d'évaluer la qualité de la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement.

II.5. Définition opérationnelle des variables

La variable dépendante de notre étude est le remplissage du partogramme.

Les variables indépendantes de notre étude sont les facteurs favorisant le remplissage du partogramme chez les prestataires à savoir, les caractéristiques suivantes : l'âge (ans), l'Etat matrimonial et le niveau d'étude ainsi que les caractéristiques socioprofessionnelles de ces derniers comme : l'ancienneté dans le service, le fait d'avoir suivi la formation sur le remplissage du partogramme, la disponibilité des partogrammes et autres matériels nécessaires dans le service et la rémunération régulièrement et une somme suffisante.

A cela s'ajoutent les variables sur la tenue du partogramme sur l'issue de l'accouchement comme :

- La souffrance fœtale
- L'APGAR du nouveau-né
- L'asphyxie néonatale ;
- la réanimation du nouveau-né ;
- Mortalité des nouveau-nés ;
- l'hémorragie du postpartum,
- la durée du travail d'accouchement,
- la réanimation maternelle,
- Mortalité maternelle ;
- Le remplissage du partogramme,
- la surveillance correcte du travail à l'aide du partogramme,
- Le partogramme a orienté la prise de décision sur l'issue de l'accouchement
- Et.

II.6. Méthode, technique et instrument de collecte des données

II.6.1. Méthode de recherche

Nous avons recouru à la méthode d'enquête dans cette étude.

II.6.2. Technique de collecte des données

En vue de récolter les informations nécessaires à notre étude, nous avons utilisés deux techniques à savoir :

- ✓ Pour évaluer l'impact de l'usage du partogramme, nous avons utilisés la technique d'analyse documentaire pour collecter les données dans cette étude.
- ✓ Par contre, pour ressortir les facteurs favorisant le mauvais remplissage du partogramme chez les prestataires, nous avons fait recours à la technique d'interview et d'observation non-participante.

II.6.3. Instrument de collecte des données

Nous avons utilisés un questionnaire, une grille d'analyse documentaire pour collecter nos données.

II.6.3.1. Origine de l'instrument

Pour concevoir l'instrument de notre étude, nous nous sommes focalisés aux objectifs de notre étude, la revue de la littérature, aux variables de l'étude ainsi qu'aux études antérieures. Il a été corrigé et approuvé par le comité encadreur de la présente recherche.

II.6.3.2. Validité et la fiabilité

Pour obtenir la validité de notre instrument, nous l'avons soumis à l'analyse critique et remarque utile des encadreurs de cette présente étude aussi à d'autres experts en science de santé, qui ont apporté des annotations et modifications adéquates. Après les éventuelles annotations, nous avons supprimés les questions inutiles par rapport à notre étude et nous n'avons gardé que les questions qui n'étaient qu'en rapport avec l'objectif de notre étude. Telle est la méthode utilisée en vue de fidéliser notre instrument de recherche.

II.7 Traitement des données

Les données collectées au moment d'enquête dans cette étude ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 22. L'analyse a consisté à décrire les caractéristiques sociodémographiques tant des informations des femmes mentionnés dans les partogrammes et des prestataires ainsi que rechercher les facteurs statistiquement associés au mauvais remplissage de celui-ci ainsi que l'impact de l'utilisation du partogramme au moment d'accouchement sur l'issue de l'accouchement. La comparaison entre ces variables a été faite à l'aide des tests statistiques de Fisher exact et chi-carré en tenant compte des conditions d'application pour une analyse bi-variée. L'analyse multivariée à l'aide de la régression multivariée a permis de déterminer la nature des relations entre les variables. Le niveau de signification était fixé au $P < 0,05$ en vue de prendre la décision statistique d'accepter ou de rejeter nos hypothèses.

III. PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce présent chapitre, nous allons présenter nos résultats collectées pendant notre enquête sous forme des tableaux. Cette analyse sera uni-variée, bi-variée et multivarié.

III.1 ANALYSE UNIVARIEE

L'analyse uni-variée est subdivisée en deux modules suivants : les caractéristiques sociodémographiques des prestataires ainsi que les informations sur le remplissage du partogramme.

III.1.1 Caractéristiques des prestataires

Nous présentons dans cette partie, les résultats de 33 prestataires de notre échantillon.

Tableau n° I : Répartition des prestataires selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Tranche d'âge	n=33	%=100
33 à 51 ans	22	66,7
52 à 70 ans	11	33,3
Sexe		
Masculin	30	90,9
Féminin	3	9,1
niveau d'étude		
Infirmier accoucheuses A2	16	48,5

Infirmier A2	4	12,1
Infirmier A3	9	33,3
Sage-femme	4	12,1
Etat civil		
Célibataire	6	18,2
Marié	25	75,8
Veuve	2	6,1

Selon la tranche d'âge, 66,7% des prestataires ont l'âge variant de 33 à 51 ans contre 33,3% qui ont 52 à 70 ans.

Pour ce qui est de sexe, 90,9% sont des hommes contre 9,1% des femmes.

En rapport avec le niveau d'étude des prestataires, 48,5% sont infirmiers A2 et 12,1% des A1.

Considérant l'état civil, 75,8% sont des mariés contre 18,2% des célibataires et 6,1% des veuves.

Tableau n° II : Répartition des prestataires selon les caractéristiques socioprofessionnelles

Ancienneté dans le service	n=33	%=100
4 à 26 ans	26	78,8
27 à 49 ans	7	21,2
Formé sur l'usage du partogramme		
Oui	28	84,8
Non	5	15,2
Rémunéré régulièrement et une somme suffisante (motivé)		
Oui	13	39,4
Non	20	60,6
Disponible de partogramme et autres matériels nécessaires dans le service		
Oui	27	81,8
Non	6	18,2

Selon l'ancienneté dans le service, 78,8% ont une ancienneté de 4 à 26 ans contre 21,2% de 27 à 49 ans.

Pour ce qui est de la formation sur l'usage du partogramme, 84,8% l'ont suivi.

Considérant la rémunération de façon régulière et d'une somme suffisante (motivé), seuls 39,4% qui les reçoivent. Concernant la disponible de partogramme et autres matériels nécessaires dans le service, seuls 81,8% estiment en avoir.

➤ **Remplissage du partogramme**

Tableau n° III : Répartition des prestataires selon le remplissage du partogramme

Remplissage du partogramme	n=33	%=100
Bien rempli	8	24,2
Mal rempli	25	75,8

Selon le remplissage du partogramme, seuls 8 prestataires soit 24,2% qui ont bien rempli les partogrammes contre 25 prestataires soit, 75,8% qui n'ont pas bien rempli.

III.2. ANALYSE BIVARIEE

Cette analyse recherche l'association entre la tenue du partogramme et les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des prestataires.

Tableau n° IV : Association entre la tenue du partogramme et les caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Caractéristiques sociodémographiques	Tenue du partogramme		Total	p<0,05	*****
	Mauvaise	Bonne			
Age	52 à 70 ans	16	6	0,000	***
	33 à 51 ans	9	2		
Sexe	Masculin	22	8	0,04	*
	Féminin	3	0		
Niveau d'étude	A2	24	5	0,03	*
	A1	1	3		
Etat civil	Célibataire	6	2	0,06	NS
	Marié	19	6		

Comme illustre ce tableau, l'âge avancé, le sexe masculin et le faible niveau d'étude des prestataires influencent la mauvaise tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%).

Tableau n° V : Association entre la tenue du partogramme et les caractéristiques socioprofessionnelles des prestataires

Caractéristiques socioprofessionnelles	Tenue du partogramme		Total	p<0,05	****	
	Mauvaise	Bonne				
Ancienneté dans le service	4 à 26 ans	6	20	26	0,03	**
	27 à 49 ans	2	5			
Formé sur l'usage du partogramme	Non	1	4	5	0,01	***
	Oui	7	21			
Rémunéré régulièrement et une somme suffisante	Non	3	17	20	0,00	***
	Oui	5	8			
Disponible de partogrammes dans le service et autres matériels nécessaires	Non	1	5	6	0,08	NS
	Oui	7	20			

Comme illustre ce tableau, la faible ancienneté au travail, le manque de formation sur l'usage du partogramme, le manque d'une rémunération régulière sont des facteurs qui influencent la mauvaise tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%).

Tableau n° VI : Impact de la tenue du partogramme et l'issue du nouveau-né

Tenue du partogramme		Issue du nouveau-né		Total	p<0,05	***
		vivant	décédé			
Bonne		158	14	172	0,01	***
	Mauvaise	3	3			

Comme illustre ce tableau, il existe un impact positif entre la bonne tenue du partogramme et l'issue vivant du nouveau (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%).

Tableau n° VI : Impact de la tenue du partogramme et l'issue de la mère

Tenue du partogramme		Issue de la mère		Total	p<0,05	***
		vivante	décédée			
Bonne		101	1	102	0,00	***
	Mauvaise	74	2			

Comme illustre ce tableau, il existe un impact positif entre la bonne tenue du partogramme et l'issue vivante de la mère (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%).

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

Relecture des résultats trouvés dans cette étude :

➤ **Caractéristiques sociodémographiques des prestataires**

Selon la tranche d'âge, 66,7% sont entre 33 à 51 ans contre 33,3% qui ont de 52 à 70 ans.

Selon Barbeti (2016), l'âge d'un professionnel de santé est une nécessité à apprécier, car la plupart des fois, les malades, les gestantes, patients, les parturientes, âgé ou pas, posent certaines actions qui demande la maturité pour les gérer.

Pour ce qui est de sexe, 90,9% sont des hommes contre 9,1% des femmes.

En rapport avec le niveau d'étude des prestataires, 48,5% sont infirmiers A2 et 12,1% des A1.

Les infirmiers A1 constitue une catégorie des infirmiers de référence aujourd'hui dans notre pays, car ils ont la théorie et la pratique. Par contre, selon l'ICM (confédération internationale des sages-femmes), le personnel qualifié pour travailler dans la lutte contre le décès maternel dans la salle d'accouchement est la sage-femme. UNFPA, 2015.

Sur ce, il est nécessaire de recruter les sages-femmes dans la salle d'accouchement en vue d'assurer la surveillance des parturientes pendant le travail d'accouchement et durant la période du post-partum précoce qui vont poser les actions avec raison.

Considérant l'état civil, 75,8% sont des mariés contre 18,2% des célibataires et 6,1% des veuves.

➤ **Les caractéristiques socioprofessionnelles**

Selon la durée d'ancienneté dans le service, 78,8% ont duré de 4 à 26 ans contre 21,2% qui ont duré de 27 à 49 ans.

Nos enquêtés ont la durée d'ancienneté très élevé dans le service du travail d'accouchement mais leurs ancienneté n'a pas joué un rôle capital dans le remplissage du partogramme dans nos enquêtés.

Par contre, l'ancienneté joue un rôle dans la correctitude de l'acte à poser, car portant de nombre d'erreur commise, la pratique s'améliore d'elle-même de façon automatique (selon le principe d'essai et erreur).

Pour Omayondo (op.cit), plus l'ancienneté est prolongée et que l'infirmier ne subit pas une remise à niveau, il risque de tomber dans la route.

Pour ce qui est de la formation sur l'usage du partogramme, 84,8% l'ont suivi.

Considérant la rémunération de façon régulière et d'une somme suffisant (motivé), seuls 39,4% qui les reçoivent.

La rémunération des prestataires travaillant dans la salle d'accouchement est une astuce très importante car cette motivation va leurs stimuler à travailler, d'éviter la mendicité devant les malades en plus les épargnera de ne pas voler les biens de parturientes et des accouchées (Bolombe, G. 2019).

Concernant la disponible de partogramme et autres matériels nécessaires dans le service, seuls 81,8% estiment en avoir.

➤ **Tenue du partogramme, facteurs associés à la mauvaise tenue et impact de la tenue du partogramme sur l'issue de l'accouchement et**

Selon le remplissage du partogramme, seuls 8 prestataires soit 24,2% qui ont bien rempli les partogrammes contre 25 prestataires soit, 75,8% qui n'ont pas bien rempli. L'âge avancé, le sexe masculin et le faible niveau d'étude des prestataires influencent la mauvaise tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA ($p < 0,05$ significatif au seuil conventionnel de 5%). La faible ancienneté au travail, le manque de formation sur l'usage du partogramme, le manque d'une rémunération régulière sont des facteurs qui influencent la mauvaise tenue du partogramme dans la Zone de Santé de KARAWA ($p < 0,05$ significatif au seuil conventionnel de 5%).

Il existe un impact positif entre la bonne tenue du partogramme et l'issue vivante du nouveau (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%). Il existe un impact positif entre la bonne tenue du partogramme et l'issue vivante de la mère (p<0,05 significatif au seuil conventionnel de 5%).

Kaswera, R, 2019, estime que, le partogramme est le document de la sage-femme qui permet à la prise en de décision et oriente à la prise de décision lors du travail d'accouchement et permet de déceler la dystocie.

Considérant le partogramme a orienté la prise de décision sur l'issue de l'accouchement, 33,7% les ont orienté.

Mbungu, R, 2019, recommande de surveiller la mère, le fœtus et les annexes lors du travail d'accouchement en vue de déceler les dystocies qui peuvent survenir.

Selon Solange BASOLUA ZAYADIO, 2019, le remplissage du partogramme, 18,6% sont bien remplis contre 81,4% qui sont mal remplis.

CONCLUSION

Le partogramme à l'heure actuelle n'est pas obsolète et reste un excellent outil pour :

- ✓ suivre la progression du travail d'accouchement ;
- ✓ faire la synthèse des éléments de la surveillance maternelle et fœtale durant le travail d'accouchement;
- ✓ aider à la décision ;
- ✓ aider à la communication entre les professionnels qui se succèdent dans la surveillance du travail d'accouchement ;
- ✓ évaluer les pratiques professionnelles et les améliorer dans le cadre de l'enseignement de la recherche clinique.

Le partogramme est le support principal de l'expertise médico-légale du dossier obstétrical. Bien tenu, il témoigne de soins consciencieux et attentifs et très souvent apporte la preuve d'une bonne chronologie dans la prise de décisions qui doivent être « conforme aux données actuelles de la science ». La bonne tenue du partogramme comme celle du dossier du patient en général est un indicateur performant de la qualité de la prise en charge maternofœtale.

Cette étude avait comme objectif général d'évaluer la tenue du partogramme et son impact sur l'issue de l'accouchement dans la Zone de Santé de KARAWA.

SUGGESTIONS

Au regard des résultats obtenus dans cette étude, nous suggérons ce qui suit :

✓ Aux autorités politico-administrative et sanitaire :

- D'engager les prestataires expérimentés, compétents et qualifiés dans la salle d'accouchement pour l'usage du partogramme ;
- Rendre opérationnel le système de référence-évacuation dans notre milieu ;
- Organiser les formations d'en cours d'emploi et les recyclages des prestataires travaillant dans la salle d'accouchement sur l'usage du partogramme ;
- Assurer la formation continue en partogramme et en obstétrique ;
- Trouver un système de motivation des prestataires ;
- D'améliorer la rémunération des prestataires travaillant dans la salle d'accouchement et qui utilisent le partogramme dans la salle d'accouchement.

✓ **Aux prestataires travaillant dans la salle d'accouchement :**

- Renforcer l'humanisme dans sa relation avec la parturiente pour la réussite des interventions ;
- De bannir la négligence et/ou le sentiment personnel dans le remplissage du partogramme;
- De suivre les formations sur le remplissage du partogramme pour bien l'utiliser pendant la surveillance du travail d'accouchement.
- D'utiliser le partogramme avec raison dans le but de sauver la vie de la femme et du nouveau-né.
- Utiliser le partogramme chez toutes les femmes en travail du début jusqu'à la fin du de l'accouchement.
- Remplir correctement et totalement le partogramme pour faciliter son analyse ;
- Bien conserver (archivage) les partogrammes rempli.

✓ **Aux femmes :**

- De collaborer avec les prestataires travaillant dans la salle d'accouchement pour la réussite des interventions qu'ils posent sur eux.

✓ **Aux futurs chercheurs :**

- Utiliser les résultats de cette étude en vue de mener d'autres études sur les aspects que notre n'a pas abordées.

Références

- [1]. Keita J.B.M. Contribution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de gynécologie et obstétrique du Point G Th. Med: Bamako: 1995; n°12.
- [2]. André DFL, Nataf H, Hudry C, Listrat VG, Roux C et al. Évaluation des pratiques professionnelles en consultation de rhumatologie: une expérience pilote sur les 2007;16:358-65. PubMed | Google Scholar
- [3]. Abda N, Goumberk M, Rhazi KE, Amazian K, Benjelloun MC, Nejari C. Évaluation de la qualité du dossier du patient au CHU Hassan-II de Fès: cas d'un service de médecine. Rev
- [4]. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Evaluation en établissements de santé.
- [5]. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Evaluation en établissements de santé.
- [6]. Akpadza K.; Adjagba K.; Hodonou A K S. La mortalité périnatale au centre hospitalier régional de Sokode (Togo) Rev. Fr. de gynécol. Obstét. Mai 1996 vol. 91,n° 5, PP 247-250.
- [7]. Altaf S, Oppenheimer C, Shaw R, Waugh J, Dixon-Woods M. Practices and views on fetal heart monitoring: a structured observation and interview study. BJOG 2006;113:409-418. Cartmill RS, Thornton J. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision making.
- [8]. Anaes. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Paris: Anaes Ed; 2002 Audipog. Dossier du Réseau sentinelle Audipog. <http://audipog.inserm.fr>
- [9]. Assorin L. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les Sages-Femmes de l'HCE de Grenoble: mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme. Université Joseph Fourier, UFR de médecine de Grenoble, Ecole de Sages-Femmes. 2012.
- [10]. Azandegbé N., Jean T., Makoutodé M. Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin. Cahier Santé 2004 ; 14 :251-5 : p.251-252
- [11]. Bamba M. Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos 3878 cas. Th. Med: Bamako: 1998; n° 52.
- [12]. Batungwanayo C. ; Dujardin B. ; Questaux G. ; Dusabemaria B. Résultat de l'introduction du partogramme à l'hôpital de Kabgayi (Rwanda) Médecine d'Afrique Noire 1995 PP 628-635.
- [13]. Boivent C. Impact de l'informatisation du partogramme en salle de naissance (Etude réalisée au sein de la maternité du CHU de Nantes), Diplôme d'état de Sage-Femme. Université de Nantes, UFR de Médecine, Ecole de Sages-Femmes. 2010.
- [14]. Bouviercolle M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation.

- [15]. Camara, Sokhona. Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako. Université de Bamako. 2007.
- [16]. D'Épidémiologie Santé Publique. 2009;57:S3. PubMed Diplome d'Etat de Sage-Femme. Université Paris Descartes, données écrites de dossiers patients. Rev Rhum. 2007;74:268;
- [17]. Dorneus F. Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul concernat la tenue du partogramme: mémoire pour le
- [18]. Ecole de Sags-Femmes de Baudelocque. 2011. Google Scholar