

Connaissance et observance de la complétude du partogramme par les infirmières dans les maternités de Kisantu au Kongo-central, République Démocratique du Congo

[Knowledge and observance of partogram completeness by nurses in Kisantu maternity wards in Kongo-central, Democratic Republic of Congo]

K.K. Kena¹, N.B. Mukuna², N.J. Nsimba¹, and K.D. Muamba²

¹Section des Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales ISTM Kisantu, RD Congo

²Faculté des Sciences de la Santé, Université Pédagogique Nationale UPN, RD Congo

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Introduction:* The partograph is the particular tool for monitoring childbirth, maternal and newborn health when used correctly. The misuse of it and/or its absence constitutes a real danger for the parturient and the newborn.

Material and Method: Sixty-two (62) nurses in three health facilities in the city of Kisantu in the province of Kongo-central in the DR. Congo were followed in the maternities. The observational survey method in a cross-sectional quantitative approach was used. The results are presented as percentage and mean compliance and partogram completeness.

Results: It appears from this study that the population of respondents is made up only of registered nurses (24.2%), basic graduates (37.1%) and graduates (38.7%). Their professional seniority varies from 4 to 26 years; 50% opens the partograph when the parturient arrives; the average knowledge of the partogram is 20.3% and the consideration of the parameters of the partogram is 33%.

Conclusion: The observance and completeness of the partogram by nurses in the city of Kisantu is largely low compared to the prescriptions of the WHO and the ICM.

KEYWORDS: partograph, childbirth, knowledge, observance.

RESUME: *Introduction:* Le partogramme est l'outil particulier de suivi de l'accouchement, de la santé de la mère et du nouveau-né lorsqu'il est utilisé correctement. La mauvaise utilisation de celui-ci et/ou son absence constitue un danger réel pour la parturiente et le nouveau-né.

Matériel et Méthode: Soixante et deux (62) infirmières dans trois formations sanitaires de la cité de Kisantu dans la province du Kongo-central en RD. Congo ont été suivies dans les maternités. La méthode d'enquête par observation dans une approche quantitative transversale a été utilisée. Les résultats sont présentés en pourcentage et en moyenne d'observance et de complétude du partogramme.

Résultats: Il ressort de cette étude que la population des enquêtées est constituée uniquement des infirmières brevetées (24,2 %), des diplômées de base (37,1 %) et des graduées (38,7 %). Leur ancienneté professionnelle varie de 4 à 26 ans; 50 % ouvre le partogramme à l'arrivée de la parturiente; la moyenne de connaissance du partogramme est de 20,3 % et la prise en compte des paramètres du partogramme est de 33 %.

Conclusion: L'observance et la complétude du partogramme par les infirmières dans la cité de Kisantu est largement faible par rapport aux prescrits de l'OMS et de l'ICM.

MOTS-CLEFS: partogramme, accouchement, connaissance, observance.

1 INTRODUCTION

Le partogramme est un enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. Cet outil permet d'évaluer le pronostic de l'accouchement et d'en surveiller le déroulement. Il avertit le personnel de santé de tous les

problèmes pouvant survenir chez les mères ou les fœtus durant le travail d'accouchement. Il s'agit concrètement d'une représentation graphique qui, en décrivant les diverses étapes de la progression du travail, permet l'identification précoce des anomalies du travail et, au bout de compte, facilite la prise de décision et la communication entre le professionnel [1].

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) soutient qu'avec le concours du partogramme, le personnel de santé peut suivre la progression du travail et y inscrire le degré de dilatation ou d'ouverture du col utérin à des intervalles de quatre heures [1]. Ce faisant, il devient possible d'identifier les phases de travail qui progressent lentement.

L'OMS soutient également que le partogramme distingue la phase active: lorsque le travail normal est beaucoup plus rapide et la phase de latence du travail, c'est-à-dire lorsque le travail se fait lentement. Dans ce dernier cas, il peut être nécessaire d'accélérer le travail s'il n'y a pas des contre-indications à un accouchement par voie basse.

La surveillance des parturientes n'exige pas nécessairement l'emploi de machines spécialisées, mais demande une observation attentive du travail par le remplissage rigoureux du partogramme. Plusieurs auteurs ont remarqué que, dans la plupart des hôpitaux et centres de santé d'Afrique, les infirmiers (e) ne donnent plus d'importance au remplissage du partogramme [2].

Mis en œuvre depuis la deuxième moitié du 20^{ème} siècle dans les pays développés, il est promu par l'OMS depuis 1988. L'objectif de l'utilisation du partogramme est de diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Il présente un intérêt clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal.

Il est un bon reflet de la qualité de la prise en charge materno-fœtale. Il permet de réduire le risque de dystocie, de souffrance fœtale ainsi que d'autres complications de l'accouchement.

Faute de son utilisation, l'OMS estime que chaque jour 1600 femmes environ succombent dans le monde suites à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès par minute; ce qui représente environ 600.000 décès maternels par an [3].

En 1988 l'Unité de Santé Maternelle et Infantile de l'OMS élabore un modèle reprenant les divers travaux principalement ceux de Friedmann et Phillpott, partogramme dont l'utilité est particulièrement prouvée dans les pays en développement [4]. Actuellement utilisé dans bon nombre de pays, le partogramme de l'OMS a été récemment modifié pour en simplifier l'utilisation.

Friedman a instauré le concept d'un partogramme décrivant graphiquement la dilation cervicale durant le travail [5]. Tandis que Philpott et al, ont développé le concept de Friedman [4], en faisant du partogramme un outil de surveillance du travail par l'ajout du graphique de ce qu'on appelle les lignes « d'action » et « d'alerte ».

Le partogramme actuel est destiné à surveiller non seulement la progression du travail, mais également l'état de santé de la mère et du fœtus. Il comporte différentes variables (le rythme cardiaque fœtal, les contractions et le pouls maternel), représentées sur un document pré - imprimé. Les tracés des données permettent aux professionnels de santé intervenants de dépister de façon précoce toutes les anomalies et d'aider à la prise de décisions en matière d'intervention directe ou de transfert. Il souhaite éviter les retards de diagnostics de disproportions foeto-pelviennes et d'inerties utérines principales causes de morbidité dans les pays du tiers-monde.

Une étude réalisée auprès de 3500 femmes ayant accouché dans les hôpitaux d'Indonésie, de Malaisie et de Thaïlande, avait montré que le partogramme permet de réduire la proportion des phases de travail trop longues, limiter l'augmentation de la durée du travail et réduire le nombre d'accouchement par césarienne [3].

L'étude similaire menée en Afrique Subsaharienne par le groupe inter institutionnel réuni pour l'initiative de maternité sansrisque [2], conclut que « le partogramme en tant qu'un témoin fidèle de l'évolution du travail et le support de transmission aide à la décision par la présentation visuelle des informations du travail à tout moment et partout entre les membres de l'équipe soignante.

En République du Congo (Brazzaville), le ratio de mortalité maternelle s'élève à 781 décès pour 100 000 naissances vivantes; alors que plus de 74 % des femmes enceintes bénéficient de plus de quatre consultations prénatales et 82% accouchent en présence d'un personnel de santé formé pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Le taux de mortalité néonatale est de 33 décès pour 1000 naissances vivantes [6]. L'analyse de ces chiffres pose clairement le problème de la qualité de l'offre de service dans les maternités de ce pays. La plupart de ces décès maternels pourraient être évités, si les femmes avaient accès à des soins médicaux de qualité durant la grossesse (la consultation prénatale), l'accouchement (utilisation correcte du partogramme) et le post-partum (consultation post-natal). En réponse à cette situation, le Congo s'est doté d'une Feuille de Route Nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile [7].

En République Démocratique du Congo (RDC), une étude menée par l'OMS avait démontré que le taux de césariennes et de mortalité materno-fœtale cesse d'accroître suite à la mauvaise qualité de la tenue du partogramme [8].

Pour sa mise en œuvre en République Démocratique du Congo, le Ministère en charge de la santé s'est engagé dans un processus de renforcement de capacité des infirmiers de santé en charge de suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. L'un des moyens efficaces de la surveillance du travail d'accouchement aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement est

l'utilisation du partogramme. Le partogramme étant un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail, il sert de « système d'alarme précoce » autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires.

Plusieurs modèles de partogramme sont utilisés en RDC; cependant, aucun d'eux n'est accompagné d'un guide d'utilisation; ce qui pourrait expliquer de nombreuses difficultés observées dans l'utilisation de ces outils dans les différentes maternités. Le Guide d'utilisation du partogramme se doit de contribuer au renforcement des capacités des cadres qui interviennent dans les maternités. Ce document devra être disponible dans toutes les structures sanitaires publiques et privées en charge de la santé de la mère et du nouveau-né. Les grandes lignes de la surveillance de travail d'accouchement guideront les prestataires de soins.

Le partogramme ne dispense pas d'un compte rendu de l'accouchement qui reste obligatoire (décret no 92329 du 30 mars 1992). Celui-ci sera d'autant plus détaillé qu'il y aura des complications (liquide teinté, extractions instrumentales, épisiotomie, césarienne réanimation de l'enfant) [9].

Une étude menée en Afrique subsaharienne, particulièrement en Afrique Centrale a démontré que les principales causes de la mauvaise utilisation de partogramme sont: le transfert précoce, la mort maternelle, l'incompétence de personnel de santé, l'enfant en souffrance fœtale et un travail prolongé. Toutefois, ces causes ne se trouvent pas chez une même femme: plus de 70% des parturientes sont dépourvues de ces complications.

Cette négligence qui réduit les possibilités de dialogues entre différentes équipes soignantes, a comme conséquence une prise de décision tardive qui fait courir le risque d'accouchement par voie haute et/ou la mort materno-fœtale.

On estime pour chaque femme qui meure qu'il y a plus de 20-30 autres qui souffrent de complications douloureuses, débilitantes liées au travail d'accouchement, à l'accouchement et aux suites de couches. Parmi les complications figurent entre autres: la rupture utérine, le prolapsus utérin; l'anémie et des fistules obstétricales.

Au regard de ces statistiques, les auteurs sont unanimes que l'utilisation correcte du partogramme peut contribuer significativement à la réduction des décès maternel, périnatal et néonatal.

Le constat fait ailleurs sur la faible et mauvaise utilisation du partogramme, ne fait pas exception aux maternités de la cité de Kisantu au Kongo-central (RDC). Nous avons observé durant les périodes d'encadrement professionnel des apprenants le manque d'uniformisation sur le remplissage du partogramme avec un nombre important des discordances quant aux éléments pouvant y figurés. Ceci met en doute les connaissances dont disposeraient ces professionnels de santé sur le partogramme ainsi que sa complétude d'où la nécessité de la présente étude.

2 MATERIEL ET METHODE

La présente étude est une recherche quantitative observationnelle effectuée dans la cité de Kisantu située à 120 km de la ville de Kinshasa dans la province du Kongo-central au Sud-Ouest de la RDC.

Trois centres de santé ont été sélectionnés sur base de l'importance de leur taux de fréquentation: Kandu 1, Kintanu 1 et Kintanu (Cerphytoco). La méthode d'enquête par questionnaire soutenue par la technique d'interview semi-structurée a été utilisée lors de la récolte des données sur les connaissances et observance de la complétude du partogramme.

L'instrument de récolte de données utilisé renferme les informations relatives sur les caractéristiques socioprofessionnelles des enquêtés (1), les connaissances du partogramme (2), la complétude du partogramme par ses prestataires de soins (3), et la corrélation entre la complétude et le niveau de connaissance du partogramme (4).

Au total, 62 infirmières ont été interviewées et ont constitué à cet effet la taille de l'échantillon, dont 23 à Kandu1; 20 à Kintanu 1 et 19 à KintanuCerphytoco.

Les données de l'enquête ont été soumises à une vérification et une correction. Leurs analyses statistiques ont consisté dans la mesure du possible en la description des paramètres par le calcul des pourcentages et des moyennes.

3 RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉS

A travers nos analyses deux principales caractéristiques étaient retenues et sont supposées influencer les connaissances et le bon usage du partogramme: le niveau d'étude et l'ancienneté dans le service.

S'agissant du niveau d'étude, il ressort de nos analyses que 38,7% de l'échantillon a un niveau universitaire de graduat; suivi des diplômés d'état en raison de 37,1 % et 24,2 % des infirmiers brevetés.

Quant à l'ancienneté dans le service, 73, 6% ont une ancienneté qui varie de 4 à 26 ans et 26,4 % leur ancienneté est comprise entre 27 à 49 ans.

3.2 OUVERTURE DU PARTOGRAMME

Tableau 1. Réponses des enquêtés sur le moment d'ouverture du partogramme

Moment d'ouverture du partogramme	Effectif	Pourcentage
A l'arrivée de la parturiente	31	50
Après l'accouchement	11	18
Dilatation à 4 cm	20	32
Total	62	100

Il résulte des données ci-dessus que la moitié des infirmières interrogées, soit 50% ouvrent le partogramme à l'arrivée de la parturiente.

Tableau 2. Répartition des infirmières en rapport avec comment faites-vous pour compléter le partogramme et pourquoi

Comment compléter le partogramme	Effectif	Pourcentage
Après accouchement	43	69,4
A la fin de la journée	10	16,1
Après la consultation	4	6,4
On le complète pendant la consultation	5	8,1
Total	62	100

Au regard de ce tableau, il ressort que 69,4% de nos infirmières complètent le partogramme après l'accouchement, 16,1% à la fin de la journée, 8,1% complètent pendant la consultation et 6,4% après la consultation.

3.3 CONNAISSANCE DU PARTOGRAMME

Tableau 3. Connaissance des paramètres du partogramme

Paramètres	Effectif attendu	Effectif observé	Pourcentage
Signes vitaux	62	24	39
Dilatation et effacement	62	27	44
Contraction utérine	62	16	26
Comportement de la parturiente	62	3	5
Toucher vaginal	62	17	27
Bruit du Cœur Foetal	62	7	14
Hauteur Utérine	62	2	3
Engagement et effacement	62	5	8
Moyenne globale	62	12,6	20,3

Selon la connaissance des paramètres observés sur le partogramme, 44% des enquêtées parlent de la dilatation et effacement, 26% de contractions utérines, 27% de toucher vaginal, 14 % de BCF et 8% de l'engagement et effacement.

3.4 PRISE EN COMPTE DES PARAMÈTRES DU PARTOGRAMME

Tableau 4. Raisons de prise en compte des paramètres par les infirmières

Raisons de prise en compte des paramètres	Effectif attendu	Effectif observé	Pourcentage
Pour assurer un bon déroulement de l'accouchement	62	26	42
Pour prévenir les anomalies	62	23	37
Pour éviter les complications	62	13	21
Pour connaître l'état de santé de la mère et enfant	62	20	32
Moyenne globale	62	20,5	33

Les motifs de prise en compte du partogramme sont diversifiés dans ce tableau: 42% pour assurer un bon déroulement de l'accouchement; 37% pour prévenir les anomalies, 32% pour connaître l'état de santé de la mère et de l'enfant et 21 % pour éviter les complications à l'accouchement.

4 DISCUSSION

La présente étude sur la complétude du partogramme a été réalisée chez les infirmières dont 38,7% ont un niveau d'étude universitaire du premier cycle (gradué), 37,1 % des infirmières de l'école de base et, 24,2 % des infirmières brevetées. Nous signalons que dans cette population d'étude les sages-femmes n'ont pas été rencontrées dans ces FOSA.

Selon la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM), le personnel qualifié pour travailler dans la lutte contre le décès maternel dans la salle d'accouchement est la sage-femme du niveau universitaire [10].

Selon l'ancienneté dans le service, 73,6% sont entre 4 à 26 ans dans le service. Bien que cette ancienneté soit de longues années, elle n'a pas influencé un rôle capital dans le remplissage du partogramme. Or, l'ancienneté joue un rôle dans la correction de l'acte à poser, et partant de nombre d'erreurs commises, la pratique s'améliore d'elle-même de façon automatique (selon le principe d'essai et erreur). Dans le même ordre d'idée plus l'ancienneté est prolongée et que l'infirmier ne subit pas une remise à niveau, il risque de tomber dans la route [11].

Kaswera, R, estime que, le partogramme est le document de la sage-femme qui permet de déceler la dystocie et oriente à la prise de décision lors du travail d'accouchement [8]. Cette attitude est à décourager parce qu'elle dénote une négligence de la part des infirmières enquêtées. 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 [3]. Nous estimons que, l'utilisation du partogramme dans la surveillance d'un travail d'accouchement oriente la prise de décision sur l'issue de l'accouchement.

La présente étude a révélé que 69,4 % des infirmières complètent le partogramme après l'accouchement; 16,1 % à la fin de la journée; 8,1 % complètent pendant la consultation et 6,4 % après la consultation. Et pourtant, 85% des infirmiers reconnaissent que le partogramme est très important pour le bien-être de la mère et du fœtus contre 15% qui n'ont pas reconnu.

L'utilisation des outils d'aide à la décision telle que le partogramme et les protocoles de soins facilitent une standardisation des pratiques et une amélioration du pronostic sur les femmes en améliorant la qualité des soins fournis.

Le partogramme (appelé aussi pantographe) est un outil clé pour le suivi de l'évolution du travail d'accouchement. Il reste le seul instrument idéal dans des situations où les ressources sont limitées et /ou 99 % des décès maternels et néonataux se produisent. Il aide les cliniciens à mieux communiquer entre eux, dans les formations sanitaires (FOSA) souvent en manque de personnel [12].

Du point de vue connaissance des paramètres observés sur le partogramme, 44 % ont parlé de dilatation et effacement, 26 % de la contraction utérine, 27 % de toucher vaginal, 14 % du BCF et 8 % de l'engagement et effacement.

A cet effet Walraven J, recommande de surveiller la mère, le fœtus et les annexes lors du travail d'accouchement en vue de déceler les dystocies qui peuvent survenir [13]. Pour sa part Zongo A, a trouvé une diminution de taux de décès maternel qui est passé de 131 à 106.6 pour 100.000 naissances vivantes de 1988 à 1994 suite à l'usage du partogramme [14].

De même Batunganaya C. et Col font mention d'une diminution significative de la fréquence de la souffrance fœtale qui est passé de 74 à 41 pour 1000 naissances vivantes de 1990 à 1992. Selon la même étude, le taux de mortinaissance a diminué de 65 à 32 pour 1000 naissances vivantes [15].

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 plupart des prestataires ont des barrières sur l'utilisation du partogramme. D'autres par contre, n'ont pas de connaissances suffisantes sur son utilisation.

Les résultats de nos analyses ne corroborent pas avec l'idée de l'OMS quant aux motifs d'utilisation du partogramme par les enquêtés: 42 % pour assurer un bon déroulement de l'accouchement; 37 % pour prévenir les anomalies, 32 % pour connaître l'état de santé de la mère et de l'enfant et 21 % pour éviter les complications à l'accouchement. La moyenne observée est de 12,6 %.

Cette situation est similaire aux études réalisées ailleurs. L'étude réalisée au Gabon, à l'HGR de Libre ville par Gueye Baba, sur les facteurs des accouchements dystociques révèle que, le travail d'accouchement à l'aide du partogramme n'était pas correctement suivi par les prestataires [16].

Nous pensons que, le partogramme actuel dans ses différentes variables (le rythme cardiaque fœtal, la dilatation cervicale, les contractions et le pouls maternel), est destiné à surveiller non seulement la progression du travail, mais également l'état de santé de la mère et du fœtus pendant le travail. Il permet au professionnel de santé intervenant de dépister de façon précoce toute anomalie et d'aider à une prise de décision en matière d'intervention directe ou de référence.

Contrairement à cette logique, la présente étude fait état d'une moyenne observée de 20,5 % en ce qui concerne les raisons de prise en compte du partogramme chez les enquêtées. Pourcentage largement inférieur à la norme de l'OMS située à 99 %.

5 CONCLUSION

L'observance et la complétude du partogramme durant le travail d'accouchement est l'un des critères d'un accouchement assisté de qualité sur lequel l'OMS et l'ICM ont focalisé leur politique de réduction de décès maternel, périnatal et néonatal. Dans les formations sanitaires de la cité de Kisantu où nous avons réalisé cette étude, le partogramme est connu par les infirmières à moyenne à 12,6 % et les raisons de son utilisation s'élèvent à 20,5 %. D'où la nécessité d'une formation de remise à niveau de tout le personnel qui travaille au chevet des parturientes.

REFERENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations unies pour la population, Banque internationale pour la reconstruction et le développement. *Mortalité-maternelle en 2006*, Genève.
- [2] Organisation Panaméricaine de la Santé. 2018. Google Scholar; *Stop mortalité, réfléchissons, accoucher et naître au XXI^{ème} siècle*, Genève.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé, *Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal*. OMS, 1986, Genève.
- [4] Philpott *Obstétrique mon art*, Genève, 1^{ère} édition 1972.
- [5] Friedman EA, 1954: *The graphic analysis of labor*, AM ObstGynecol.
- [6] Lassana Diakite, *Partogramme et pathologie dans la surveillance du travail d'accouchement à la maternité du centre de sante de référence de la commune IV*, 2008.
- [7] Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille, *Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile*. République du Congo, 2008, Brazzaville.
- [8] Kaswera, R, *Cours d'obstétrique à l'usage des étudiants de première licence Sage-femme*, 2019, Kinshasa.
- [9] Décret n° 92329 du 30 mars 1992 sur la maternité sans risque en RDC.
- [10] Samba L Mariko, *Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la 41^{ème} région*. Thèse médecine. 1992; N°154. 8- Koné A.
- [11] Omanyondo O., et Bolombe, G., *Cours d'obstétrique à l'usage des étudiants de première année de graduat Sage-femme*, 2019, ISTM Kinshasa.
- [12] Lansac J, Carbonne B, Pierre F. *Le partogramme: un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique*. *J Gynécologie Obstétrique BiolReprod*. 2007; 36: 2-14.
- [13] Walraven J, Kyelem D, Bastert G, Utz B, Lankoande J. *Introduction of a simplified round partogram in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West Africa*. *Trop Doct* 1998; 28: 146-152.
- [14] Zongo A, Traoré M, Faye A, Gueye M, Fournier P, Dumont A. *Obstetric care in Mali: effect of organization on in-hospital maternal mortality*. *Rev*.
- [15] Batungwanayo C.; Dujardin B.; QuestauxG.; Dusabemaria B. *Résultat de l'introduction du partogramme à l'hôpital de Kabgayi (Rwanda)* *Médecine d'Afrique Noire* 1995 PP 628-635.
- [16] Gueye B. *Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako*. Université de Bamako, 2010.