

## Continuum de soins maternels et néonataux : Raisons justifiant la non complétude de certains paramètres des dossiers des femmes à l'Hôpital Général de Référence Kenya/Lubumbashi RD Congo

Jean Adelard Bukasa Kashala<sup>1</sup>, Eugénie Meta Luboya<sup>1</sup>, Abel Ntambue Mukengeshayi<sup>2</sup> Marie Claire Omanyondo Ohambe<sup>3</sup>, Françoise Malonga Kaj<sup>2</sup>.

Auteur correspondant : jadelardbukasay@yahoo.fr

1. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
2. Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
3. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction :** L'intégration du continuum dans les prestations de soins, offre des nombreux avantages qui partent des vies sauvées à l'amélioration de la santé et du bien-être des mères et des enfants. L'objectif de cette étude était d'identifier les raisons justifiant la non complétude des certains paramètres des dossiers des femmes (partogrammes et fiches de CPN) par les prestataires de soins, en vue de les sensibiliser sur l'importance de leur complétude.

**Matériel et Méthodes :** C'est une étude qualitative phénoménologique menée auprès des prestataires de soins de santé maternelle et néonatale œuvrant à l'Hôpital Général de Référence Kenya ville de Lubumbashi, Province du Haut-Katanga RD Congo, précisément aux services de PMI et de maternité, du 26 juin au 28 Août 2019. Elle fait suite à celle menée sur l'évaluation de la complétude des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né au cours du continuum dans ledit hôpital et services. L'entretien non structuré individuel face à face a été réalisé avec 9 prestataires de soins présents lors des nos enquêtes dans la structure précitée et ayant accepté volontairement à participer à l'étude, dont 5 à la maternité et 4 à la PMI. La sélection a été faite par échantillonnage raisonné. Les données ont été analysées grâce à l'analyse thématique et le logiciel Atlas.ti 8 a été utilisé à cette fin.

**Résultats :** La totalité de nos enquêtées sont des femmes. Leur expérience professionnelle varie de 4 mois à 19 ans pour la PMI et de 19 mois à 20 ans pour la maternité. Toutes les enquêtées de la PMI sont des infirmières, 3 de la maternité sont des accoucheuses et 2 sont des infirmières.

Les prestataires évoquent comme raisons pour justifier la non complétude, le coût élevé des examens ou le manque de moyens financiers, le manque de téléphone par les femmes, l'oubli et le manque du matériel, l'insuffisance des partogrammes. Certaines n'évoquent aucune raison. Celles de la maternité, ajoutent la méconnaissance de la femme de certaines de ces informations, la négligence, le faible niveau d'instruction des prestataires, les examens de sortie requis seulement lorsque l'on constate des anomalies chez la parturiente et/ou chez le nouveau-né.

**Conclusion :** Certains prestataires n'évoquent aucune raison pour justifier la non complétude des paramètres des dossiers des femmes (partogrammes et fiches de CPN). Celles qui en évoquent, leurs raisons sont parfois non fondées. Ceci nous laisse croire à leur méconnaissance du pourquoi de ces paramètres et démontre le manque d'intérêt quant à leur remplissage.

**Mots clés :** Continuum de soins maternels et néonataux, Complétude, prestataires, partogrammes, fiches de CPN, Hôpital Général de Référence Kenya.

Date of Submission: 13-07-2022

Date of Acceptance: 27-07-2022

### I. Introduction

Bien que le taux mondial de mortalité maternelle a connu une diminution de 25%, passant de 288 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 216 en 2015<sup>1,2</sup>, tout comme celui de mortalité globale des enfants de moins de cinq ans de 32%, passant de 63 pour 1 000 naissances vivantes en 2005 à 42,5 en 2015<sup>3</sup>, la répartition du fardeau de la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste disproportionnée sur les pays les plus pauvres du monde et sur les populations les plus pauvres avec des taux de mortalité infantile plus élevés dans les 20%

que les populations les plus riches et l'accès aux soins, comme la fréquentation d'un personnel qualifié plus bas pour ceux qui en ont le plus besoin <sup>4</sup>.

En RD Congo, quoique les stratégies pouvant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle soient nombreuses, diverses et variées notamment, les accouchements assistés dont le taux est relativement élevé, soit 74% <sup>5</sup>, le ratio de mortalité maternelle par contre reste assez élevé, passant de 549 pour 100.000 naissances vivantes <sup>6</sup> à 846 pour 100.000 naissances vivantes entre 2007 et 2014 <sup>7</sup>. Ceci revient à dire que toutes les trente minutes, une femme perd sa vie en voulant donner naissance à une vie. De même, la mortalité du nouveau-né indique une stagnation voire même une aggravation, malgré que la tendance générale des différents taux de celle-ci soit à la baisse. La hausse de ce chiffre (846 pour 100.000 naissances vivantes), devait inciter le pays à mener des actions pour sauver la vie des mères. Ce qui n'est pas du tout le cas, car la prestation de soins obstétricaux de qualité anténatals, néonataux et postnatals reste encore très insuffisante <sup>8</sup>.

Faisant référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle <sup>9</sup>, le continuum pour les soins de santé maternelle et néonatale est l'accès à différents types de services et d'activités de santé, y compris la prévention, la promotion, les soins curatifs et palliatifs <sup>10</sup>. Ainsi, la transition entre les soins maternels, les soins préventifs et curatifs pour améliorer la survie de l'enfant serait facilitée par un ensemble efficace de soins postnatals pour les mères et les bébés, alors que l'absence d'un paquet de soins postnatals définis serait une lacune importante qui contribuerait à la discontinuité entre les programmes de santé maternelle et infantile <sup>11</sup>.

Les soins prénatals constituent un maillon important du continuum des SMN. Certaines interventions telle que la vaccination antitétanique, le traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH détiennent leur efficacité du nombre et du moment des visites prénatales <sup>12</sup>.

Le continuum des soins n'est pas seulement un principe fondamental des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, mais est également un moyen de réduction du fardeau d'un demi-million de décès maternels, de 4 millions de décès néonataux et de 6 millions d'enfants qui meurent entre 1 mois et 5 ans <sup>13</sup>. <sup>14</sup>. Son objectif est d'éviter les dichotomies entre les mères et les enfants, les lieux de prestation de services ou les problèmes de santé individuels <sup>15, 16</sup>.

La déclaration universelle des droits de l'homme, ratifiée en 1948, stipule que « la maternité et l'enfance ont droit à des soins et à une assistance spéciaux <sup>17</sup>.

L'approche du continuum de soin favorise donc, les soins aux mères et aux enfants, de la grossesse à l'accouchement, de la période postnatale immédiate et de l'enfance, reconnaissant que l'accouchement sécuritaire est essentiel à la santé de la femme et du nouveau-né et qu'un bon départ dans la vie est une étape essentielle vers une bonne enfance et une vie productive <sup>18, 19</sup>.

Ainsi, la santé et les intérêts de la mère et de l'enfant ne peuvent être séparés et le nouveau-né négligé. Les soins doivent se concentrer dans un cadre d'une image plus large et du lien entre la santé de ce couple <sup>20</sup>.

Des études suggèrent que la couverture élevée et la qualité des paquets essentiels pourraient éviter environ 67% des décès néonataux et infantiles dans 60 pays prioritaires dans le monde entier <sup>21, 22</sup>.

Ces analyses ont inclus les paquets pour la santé maternelle et infantile, les soins obstétricaux de base et d'urgence et les soins postnatals <sup>21</sup>. Un continuum fonctionnel peut augmenter la satisfaction des clients et des fournisseurs <sup>13</sup>.

Au niveau de la santé publique, les liens entre les paquets intégrés peuvent maximiser l'efficacité avec laquelle les ressources humaines et financières limitées disponibles pour les soins de santé sont utilisées <sup>23</sup>.

Un continuum efficace est particulièrement important pour la survie maternelle, car il est nécessaire d'établir des liens opportuns avec les soins obstétricaux de référence pour réduire la mortalité maternelle. Il garantirait que les soins appropriés étaient disponibles partout où il était nécessaire et reliés, le cas échéant, à d'autres niveaux de soins <sup>13</sup> et jouerait un rôle capital dans la survie du couple mère-enfant et leur procurerait plus d'avantages.

Une mauvaise mise en œuvre, un lien inadéquat entre les services inclus dans le paquet ou l'omission de certaines interventions clés rendront les soins inefficaces <sup>24</sup>.

Lorsqu'intégré dans les prestations, le continuum offre des nombreux avantages qui partent des vies sauvées à l'amélioration de la santé et du bien-être des mères et des enfants. En plus, ces gains en matière de santé auront un large éventail d'avantages économique-sociaux <sup>25</sup>.

Une étude menée précédemment sur l'évaluation de la complétude des prestations des soins de santé de la mère et du nouveau-né au cours du continuum dans les services de PMI et maternité de l'Hôpital de Référence Kenya de Lubumbashi (RD Congo), a révélé que certains paramètres de ces prestations n'étaient mentionnés dans ce document. Il s'agissait par exemple de la provenance, l'occupation, la personne à prévenir en cas de danger et autres <sup>26</sup>. Or, se renseigner sur l'occupation ou la profession de la femme permet non seulement de déterminer s'il y a un lien entre celle-ci et le problème qu'elle peut poser, mais également d'avoir une idée sur son activité économique, du fait que la capacité à payer les soins est influencée par la profession de la mère <sup>27, 28, 29, 30, 31</sup>. Tandis que se renseigner sur la provenance de la femme permet de retrouver la femme

même dans le cas du post-partum, mais aussi de la situer dans son contexte social et que les renseignements sur la personne à prévenir en cas de danger, permettent éventuellement lorsqu'il y a problème d'entrer en contact avec cette dernière, afin de trouver des solutions ou un compromis <sup>26</sup>.

Au vu de ce qui précède, nous avons initié cette étude dans l'objectif d'identifier les raisons justifiant la non complétude des certains paramètres des dossiers des femmes (partogrammes et fiches de CPN) par les prestataires de soins, en vue de les sensibiliser sur l'importance de leur complétude.

## **II. Matériel Et méthodes**

**Milieu d'étude :** L'étude a été effectuée au sein de l'hôpital général de référence Kenya de Lubumbashi, situé dans la Zone de santé Kenya, Province du Haut-Katanga, RD Congo, précisément dans les services de PMI et de maternité.

**Type d'étude :** Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique effectuée sur une période allant du 26 juin au 28 Août 2019 dans ledit Hôpital.

**Population d'étude :** Notre population est constituée des prestataires de soins de santé maternelle et néonatale œuvrant à l'Hôpital Général de Référence Kenya, précisément aux services de PMI et de la maternité.

**Critères d'inclusion :** L'étude a inclus tous les prestataires de soins de santé maternelle et néonatale, ayant accepté volontairement à participer à la recherche et présents dans ledit hôpital et aux services précités, le jour de l'enquête.

**Critères d'exclusion :** Tout prestataire ne répondant pas aux critères cités ci-haut était exclus de l'étude.

**Techniques de collecte des données :** Les données ont été collectées à travers un entretien non structuré individuel face à face des prestataires de soins au sein de la structure précitée.

**Outils de collecte des données :** Les données ont été collectées au moyen d'un magnétophone qui permet l'enregistrement des réponses des participants à l'étude, puis retranscrites sur les supports papiers et informatique pour faciliter leur analyse.

**Taille de l'échantillon :** La taille de l'échantillon était de 9 prestataires de soins dont 5 à la maternité et 4 à la PMI. Leur sélection a été faite par échantillonnage raisonné.

**Procédés statistiques et analyses des données :** Les données ont été analysées grâce à l'analyse thématique et le logiciel Atlas.ti 8 a été utilisé à cette fin.

**Considérations éthiques :** Nous avons obtenu verbalement un consentement libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans notre étude. Les participantes ont été rassurées du caractère confidentiel et de l'anonymat dans le traitement des données recueillies.

## **III. Résultats Et Discussion**

### **I. Caractéristiques des enquêtées**

La totalité de nos enquêtées sont des femmes. Cela relève probablement de l'histoire et du caractère même du métier d'accoucheuse qui a été considéré comme un métier féminin. Leur expérience professionnelle varie de 4 mois à 19 ans pour la PMI et de 19 mois à 20 ans pour la maternité ; ce qui dénote une forte expérience. Toutes les enquêtées de la PMI sont des infirmières, 3 de la maternité sont des accoucheuses et 2 sont des infirmières. Par rapport à la spécialisation, toutes les enquêtées sont des Sciences Infirmières. Ceci peut se justifier par le fait que ce personnel est issu de l'ancien programme et qu'il y a peu seulement que la formation sous le label des sages-femmes a commencé en RD Congo et ses produits ne sont pas encore sur terrain.

### **II. Données de la CPN**

#### **2.1. Non mention de certaines informations sur la fiche de la CPN**

Les CPN ont pour objectif, d'effectuer un bilan simple de la santé de la mère et de dépister, de remédier ou de prendre en charge les problèmes de santé survenant pendant la grossesse et affectant la mère et l'enfant <sup>12, 32</sup>. De ce fait, les différents paramètres du paquet des soins prénatals devraient faire l'objet de promotion au niveau des professionnels de la santé <sup>32, 33</sup> et aucun ne peut être négligé.

Le constat fait lors de l'étude précédente avait montré que certains paramètres n'étaient pas remplis et/ou remplis partiellement, ou encore prévus sur la fiche de la patiente alors que ces derniers sont d'une grande importance dans le suivi des femmes au cours du continuum des SMN. C'était notamment <sup>26</sup> :

L'électrophorèse Hb, le Gs +RH, l'occupation ou la profession, N° de téléphone, la personne à contacter en cas d'urgence, la date de naissance, les antécédents familiaux, le motif de consultation, les antécédents médicaux, la recherche des vergetures, des œdèmes, des lésions de grattage, des varices, la mesure du poids, du périmètre branchial et de la taille.

Au cours de l'entretien avec les prestataires de soins pour déterminer ce qui justifiait cette situation, une infirmière la justifie par le coût élevé des examens, le manque de téléphone par les femmes, l'oubli et le manque du matériel, alors que les trois autres ne donnent aucune raison.

Elle déclare ceci :

*« Les femmes manquent de téléphones, elles n'ont pas assez des moyens pour faire d'autres examens qui coutent chers. Parfois c'est par oubli que cela n'a pas été mentionné sur les fiches ; pour la pesée, notre balance est en panne, il y a manque du matériel » [R1, 19 ans d'expérience]*

En décortiquant cette déclaration, nous remarquons que les raisons telles que le manque des téléphones par les femmes et le coût des examens ne tiennent pas du tout. En fait, les paramètres comme la personne à contacter en cas d'urgence, les antécédents familiaux et médicaux, l'occupation, etc. ne demandent ni téléphone, ni un coût supplémentaire pour qu'ils soient récoltés et remplis sur la fiche de la patiente comme elle le fait croire ; c'est juste par interrogatoire qu'on les obtient.

## 2.2. Importance des informations manquantes

Les soins prénataux constituent un maillon important du continuum des SMN<sup>12</sup>, ils sont le créneau pour sa maximisation et la porte d'entrée au système de santé pour bon nombre de femmes africaines<sup>34</sup>. Certaines interventions telles que la vaccination antitétanique, le traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH détiennent leur efficacité du nombre et du moment des visites prénatales<sup>12</sup>. De ce fait, au cours des CPN les examens biologiques tels que la détermination du groupe sanguin et du Rhésus et autres en fonction des facteurs de risque devaient systématiquement être prescrits et la recherche systématique des antécédents familiaux effectuée ; ce qui permet d'estimer le niveau de risque de la grossesse. De la même façon la présence de ces antécédents, notamment l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies génétiques, etc., pourrait avoir une influence sur la prise en charge de la femme<sup>35</sup>. Le poids et la taille, servant à calculer l'Indice de la Masse Corporelle (IMC), qui est un des indicateurs du bien être et du pronostic materno-fœtal, devait donc, être prélevé dès la première consultation, puis à chaque consultation<sup>36, 37, 38, 39, 40</sup>.

Pour notre étude, toutes nos enquêtées sont unanimes quant à l'importance de tous ces paramètres dans le suivi des femmes enceintes, mais à la question de savoir à quoi servent-ils lors de ce suivi, nos enquêtées ne savent pas du tout à quoi servent certains paramètres et leurs réponses sont diversifiées.

Une infirmière ne sait à quoi sert l'occupation, le N° de téléphone, les antécédents familiaux et médicaux, le motif de consultation, la recherche des vergetures, la recherche des lésions de grattage (bien que n'ayant pas du tout une incidence clinique), la mesure du poids et de la taille. [R2, 4 mois d'expérience]

Trois ne savent à quoi servent outre la recherche des vergetures et de lésions de grattage, la recherche des varices qui, pourtant, peuvent signifier un mauvais état veineux pouvant s'aggraver pendant la grossesse et aboutir une phlébite<sup>36</sup>[R1, 19 ans d'expérience, R3, 6 mois et R4, 9 mois ans d'expérience, ]. Trois ne savent à quoi sert la mesure de la taille [R2, 4 mois, R3, 6 mois et R4, 9 mois d'expérience].

Deux infirmières ne savent à quoi sert la mesure du périmètre brachial, elles déclarent ceci :  
**« Le périmètre brachial sert à rechercher la vaccination » ; [R2, 4 mois et 6mois d'expérience]**

## 2.3. Absence d'appréciation de l'état du col utérin

L'appréciation de l'état du col utérin est d'une importance capitale lors de la CPN. Sa négligence peut cacher des informations sur ce dernier, pourtant nécessaires pour évaluer la conduite à tenir durant la grossesse, mais également lors de l'accouchement<sup>35</sup>

A la question de savoir pourquoi cette appréciation manquait dans certains cas, trois de nos enquêtées ont donné des réponses qui semblent non convaincantes, tandis l'autre n'a rien dit à ce sujet. Elles parlent du manque de matériel et d'absence de plaintes de la part des femmes consultées, alors que cette appréciation ne demande pas un matériel particulier si ce n'est qu'un doigtier qu'il faut avoir et ne se fait pas seulement lorsqu'il y a une plainte quelconque. Ceci peut être relevé dans les déclarations ci-après :

*« Nous ne le faisons pas s'il n'y a pas des plaintes qui nécessitent cela » [R2, 4 mois d'expérience]*

*« Nous ne le faisons pas par manque de matériel, nous ne le faisons qu'en cas d'urgence » [R3, 6 mois d'expérience]*

*« Nous manquons le matériel pour apprécier l'état du col utérin ; donc insuffisance de matériel » ; [R1, 19 ans d'expérience]*

## 2.4. Absence d'examen complémentaires

Lors des CPN, le dépistage et la prise en charge des maladies comme les infections sexuellement transmissibles (la syphilis), l'anémie, le diabète, la tuberculose et le paludisme, les saignements vaginaux, la pré-éclampsie/éclampsie et la bactériurie<sup>37, 38, 39, 41</sup> constituent un atout majeur dans le suivi des femmes enceintes et doivent être complétés à chaque visite.

La question a été posée à nos enquêtées afin de savoir, pour quelle raison aucun de ces examens n'étaient mentionnés sur les dossiers des femmes. La réponse pour une infirmière est que ces examens ne sont pas demandés à toutes les femmes, tandis que pour les trois autres infirmières ils ne sont pas effectués par manque des moyens matériels. Ceci est illustré dans ces déclarations, nous citons :

« *Ces examens ne sont pas demandés à toutes les femmes sauf en cas d'œdèmes, d'ictère, etc.* » ; [R1, 19 ans d'expérience]

« *Nous ne faisons pas ces examens par manque de matériel, sauf en cas d'urgence* » ; [R3, 6 mois d'expérience]/

« *Nous ne les faisons pas par manque des moyens et s'il n'y a pas des signes en faveur de ces examens* » ; [R2e, 4 mois d'expérience].

## **2.5. Absence d'interventions préventives**

Outre les paramètres ci-haut, les CPN doivent fournir également d'interventions préventives comme la vaccination contre le tétanos et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la supplémentation (fer, acide folique et iode), le traitement vermifuge périodique, le traitement intermittent (TPI) du paludisme<sup>12</sup>. A la question de savoir ce qui justifie le fait que plusieurs femmes n'avaient pas bénéficié des mesures préventives lors de leurs CPN, toutes les enquêtées relèvent la rupture de stock, mais pour la Vat une infirmière ajoute que certaines femmes étaient complètement vaccinées, ce qui peut être plausible, alors qu'une autre dit que ce vaccin est toujours disponible. Les déclarations ci-après nous révèlent cela :

« *Cela est dû à la rupture de stock et d'autres femmes sont complètement vaccinées, en cas de rupture de stock, on prescrit les médicaments* » [R1, 19 ans d'expérience].

« *Les MILD, on les donne quand c'est disponible, mais les autres on prescrit et la Vat est toujours disponible* » [R2, 4 mois d'expérience]

Au vu de ces propos contradictoires, nous pouvons en quelque sorte penser à une négligence de leur part ou de l'incompréhension de ce qu'ils doivent faire.

## **III. Données de la maternité**

### **3.1. Non mention de certaines informations sur le partogramme**

En vue de garantir la survie maternelle et néonatale, une série d'interventions en termes des paquets sur le continuum des soins doit être mise en œuvre, parmi lesquelles, la surveillance de toutes les femmes à l'aide d'un partogramme pendant le travail, les soins à l'accouchement, les soins aux bébés<sup>13</sup> et le postpartum. Le partogramme constitue ainsi, un enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent, afin de prendre des décisions en cas d'anomalie<sup>42</sup>.

Il a été remarqué lors de notre étude précédente, que certaines informations n'étaient mentionnées dans ce document. Il s'agissait par exemple de la provenance, l'occupation ou la profession, la personne à prévenir en cas de danger et autres<sup>26</sup>. Or, se renseigner sur l'occupation ou la profession de la femme permet non seulement de déterminer s'il y a un lien entre celle-ci et le problème qu'elle peut poser, mais également d'avoir une idée sur son activité économique, du fait que la capacité à payer les soins est influencée par la profession de la mère<sup>27, 28, 29</sup>. Tandis que se renseigner sur la provenance de la femme permet de retrouver la femme même dans le cas du post-partum, mais aussi de la situer dans son contexte social et que ceux sur la personne à prévenir en cas de danger, permettent éventuellement lorsqu'il y a un problème d'entrer en contact avec cette dernière, afin de trouver des solutions ou un compromis.

Lors des entretiens, une question était posée aux enquêtées pour justifier cet état de chose.

La plupart des interviewées parlent de l'oubli du personnel soignant ou de la méconnaissance de la femme de certaines de ces informations.

Une de nos enquêtées déclare ceci :

« *Pour la provenance, il y a de dames qui ne connaissent que l'avenue et pas même le numéro. Elles disent souvent qu'elles viennent juste de déménager. Donc, c'est l'ignorance de l'adresse par la femme. Comment l'accoucheuse peut-elle savoir que la femme habite tel ou tel endroit, telle place. Elle vous dit seulement qu'elle habite « Kalebuka » qui est vague; comment allez-vous la chercher ? ; »* [R5, 6 ans d'expérience].

Une autre complète par :

« *C'est peut-être la personne qui l'a reçu qui n'a pas rempli, qui a oublié, mais souvent elles donnent (le nom du grand frère, de sa maman).* » [R6, 20 ans d'expérience].

Ces propos semblent corroborer les observations de Mathai, M. selon lesquelles les agents de santé de l'hôpital Charlotte Maxeke de Johannesburg en Afrique du Sud omettaient d'enregistrer dans le partogramme certains paramètres tels que l'état fœtal, l'examen vaginal<sup>43</sup>.

### **3.2. Importance des informations manquantes**

Voulant savoir si les éléments manquants dans la fiche étaient nécessaires pour le suivi de la parturiente en travail, les résultats de notre interview nous rapportent ceci :

#### **3.2.1. Personne à prévenir**

Les enquêtées (3/5) estiment qu'il est important de fournir des informations sur celui ou celle qui pourra être contacté. Elles avancent comme raison des complications qui peuvent survenir lors de l'intervention.

Ceci est illustré par les propos suivants :

*« Le cas peut se compliquer, on doit contacter la personne surtout si elle nous a laissé son N° de téléphone. Même si ça ne se complique pas, on aura toujours besoin de faire part à la personne, c'est pourquoi on parle de la personne à prévenir. » [R5, 6 ans d'expérience].*

Ceci rejoint en quelque sorte ce que nous avons relevé dans la précédente étude à savoir : « les renseignements sur la personne à prévenir en cas de danger, permettent éventuellement lorsqu'il y a un problème d'entrer en contact avec cette dernière, afin de trouver des solutions ou un compromis »<sup>26</sup>.

#### **3.2.2. Provenance**

Les renseignements sur la provenance de la femme sont très importants car ils permettent de retrouver la femme même dans le cas du post-partum, mais aussi de la situer dans son milieu social<sup>26</sup>.

Une interviewée a déclaré ceci :

*« En cas des problèmes vous la chercher ; si elle n'a pas donné l'adresse et qu'elle mourait par hasard ; vous allez la retrouver comment ? Ou si par exemple elle fuit, on peut la retrouver à partir de l'adresse. En plus, même si ce n'est pas institué, mais normalement, nous devons connaître l'adresse pour suivre la femme dans le post-partum. » [R6, 20 ans d'expérience].*

Une autre a ajouté :

*« Il faut connaître la provenance de la dame du fait qu'elle nous aide à dépister, à connaître là où la femme vient, voir comment des accouchements se sont passés là-bas. » [R5, 6 ans d'expérience].*

#### **3.2.3. Occupation**

L'information sur l'occupation ou la profession de la femme permet comme nous l'avons dit ci-haut, non seulement de déterminer s'il y a un lien entre celle-ci et le problème qu'elle peut poser, mais également d'avoir une idée sur son activité économique, du fait que la capacité à payer les soins est influencée par la profession de la mère<sup>27, 28, 29</sup> et que cette dernière ainsi que celle du mari influence les ressources financières disponibles d'un ménage qui peuvent engendrer une barrière financière à l'utilisation des services<sup>44</sup>. L'une de nos enquêtées déclare la même chose en ces termes :

*« Ça nous sert de connaître avant de prescrire même le médicament, on peut identifier facilement que ce médicament ici, elle peut l'acheter, ça elle ne peut pas l'acheter. C'est – à – dire connaître le niveau économique de la parturiente. » [R5, 6 ans d'expérience].*

### **3.3. Absence d'examen de laboratoire**

Il ressort du constat fait lors de l'étude précédente, qu'aucun examen de laboratoire n'était mentionné sur les partogrammes des parturientes<sup>26</sup>. Or, selon la charte de qualité 1.1a de l'OMS<sup>45</sup>, l'état de santé des femmes doit faire l'objet d'une évaluation systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé pendant le travail et l'accouchement, en vue de garantir des soins essentiels qui soient adaptés à leur état de santé, prévenir la survenue des complications et identifier les risques ou les complications qui requièrent une intervention urgente ou leur transfert vers un service spécialisé afin d'assurer de meilleurs résultats du travail d'accouchement et une issue plus favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né. D'où, la nécessité de passer à un examen complet du dossier prénatal de la mère, des antécédents de la grossesse et de travail, de mesurer les différents paramètres, de la réaliser et enregistrer les tests relatifs au groupe sanguin et facteur Rhésus, à l'hémoglobine, à la protéinurie et à la glycosurie, etc.

Pour justifier l'absence de ces examens sur les partogrammes lors de l'étude précédente<sup>26</sup>, les prestataires ont évoqué des raisons multiples. Ils évoquent par exemple le coût de ces examens que les femmes ont du mal à supporter.

Une enquêtée déclare ceci :

*« Les examens ici coutent l'argent, il faut payer. Elles n'en ont même pas pour acheter les gants pour l'évaluation, allez-vous leur demander de faire d'abord les examens ? Peut-être pendant la CPN on a demandé déjà ces examens, mais elles nous amènent la fiche de CPN sans examens oh non ! nous n'avons pas trouvé l'argent pour le faire. » [R5, 6 ans d'expérience].*

A une autre de renchéirir comme suit :

*« Parce que cela gonfle la facture que la femme pourra payer, mais aussi beaucoup des femmes n'ont pas de moyen pour faire ces examens. » [R7, 2 ans d'expérience].*

Une autre raison évoquée est l'erreur ou l'oubli du personnel soignant. Ceci est illustré par le propos suivant :

*« Je peux dire que par erreur de l'accoucheuse, elle n'a pas, elle a oublié eh ! parce que nos parturientes ici, elles amènent toujours leurs fiches de CPN là où il y a les examens que vous pouvez demander sur place. » [R8, 9 ans d'expérience].*

### **3.4. Absence d'éléments de surveillance de la phase de latence**

Au début du travail ou au cours de la phase de latence, il est reconnu que la surveillance de la dilatation cervicale aide à poser clairement le diagnostic de travail et d'écarter une dystocie de démarrage ou un faux travail. Celle des BCF aide à dépister tout risque d'hypoxie fœtale, apprécier le bien être fœtal et à détecter d'éventuelles anomalies<sup>46</sup>

Toujours pendant cette phase, la surveillance de paramètres maternels tels que la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque, l'évaluation de la douleur, ainsi que du ressenti de la parturiente via l'écoute du prestataire permet d'apprécier également son bien être<sup>47</sup> Le constat de notre étude évoquée ci-haut, faisait état d'aucun élément de surveillance de la phase de latence mentionné sur la plupart de ces partogrammes<sup>26</sup>.

A propos de ce constat, une des prestataires interviewées dit qu'elles attendaient souvent que la femme soit dans la phase active pour démarrer la surveillance comme nous pouvons le remarquer dans cette déclaration:

*« Cette année là puisque très souvent on change. En 2017 souvent on n'avait pas l'habitude d'écrire les données de la phase de latence sur le partogramme. On écrivait par exemple sur un bout de papier ; seulement si la femme arrivait à 4 cm alors vous remplissez maintenant le partogramme. » [R6, 20 ans d'expérience].*

D'autres parlent de l'ignorance, mais signalent cependant qu'il s'agit d'un comportement qu'ils tendent à améliorer par rapport au passé.

*« Il n'y a pas les éléments de surveillance de la parturiente, c'est – à – dire quoi ! nous ici auparavant, il y avait une petite difficulté pour bien prendre les éléments à mettre dans la phase de latence, mais pour le moment on écrit. Auparavant, il y avait une ignorance, on avait un déficit pour compléter la phase de latence. Par ignorance, nous nous intéressions toujours à la phase active. » [R8, 9 ans d'expérience].*

Une autre interviewée révèle qu'il s'agit aussi parfois de l'insuffisance de partogrammes qui conduisait à ne pas mentionner ces informations de la phase de latence. Elle déclare ceci :

*« Pour nous comme on n'avait pas assez des partogrammes, on pensait que c'est peut-être elle ne va pas accoucher, peut-être à quel moment on va transférer la dame, au lieu que le partogramme soit gaspillé inutilement, alors vous enregistrez la femme même sur un bout de papier pour la phase de latence. » [R5, 6 ans d'expérience].*

Ces résultats corroborent à ceux de Mukisa, J. et al, qui avaient trouvé que l'un des facteurs de la faible utilisation du partogramme à l'hôpital de Mulago à Kampala en Ouganda, était l'indisponibilité de ce dernier<sup>47</sup>, même constat pour l'étude de Magon, N.<sup>48</sup> cité par Engida, Y. et al<sup>49</sup>.

### **3.5. Préjudices causés par la non-mention des informations sur la phase de latence**

La phase de latence est marquée par l'apparition de contractions utérines, au moins deux sur dix minutes. Elle correspond à la période de maturation du tissu conjonctif du col qui s'assouplit, s'hydrate, qui se raccourcit jusqu'à son effacement, puis sa dilatation jusqu'à 3 centimètres<sup>50</sup>. La mention des éléments de surveillance de cette phase est donc, d'une importance non négligeable comme nous venons de le voir toute à l'heure.

Cependant, lors des interviews, il était question de savoir si les enquêtées pensent que le manque des informations sur la phase de latence pouvait causer préjudice au suivi de la parturiente et du nouveau-né. En cas de réponse positive, les répondantes devraient citer ces différents préjudices.

Le résultat de notre étude montre que toutes les interviewées pensent que la non-mention des informations de la phase de latence peut causer de préjudice au suivi de la parturiente et du nouveau-né. Les complications sont le préjudice principal évoqué par ces dernières, mais celles données n'ont rien à avoir avec cette phase comme vous allez le constater dans les propos suivants :

*« Par exemple elle vient avec l'hémorragie, toi tu n'as pas signifié ça ; il n'y avait pas même le globe de sûreté, tu n'as pas signifié ça sur le partogramme ; elle est partie, elle revient maintenant avec des problèmes d'hémorragie ; là on va te demander ! » [R8, 9 ans d'expérience].*

*« Très souvent n'est-ce pas il y a des femmes qui reviennent ici peut être anémiques, peut être avec une TA élevée, mais elle a accouché il y a deux semaines, elle est tombée, elle est en post-partum ? elle a des infections puerpérales, ou la femme n'a pas respecté la prescription médicale. » [R6, 20 ans d'expérience].*

Toutefois, une d'entre-elles évoque la non détection de la « *dystocie de démarrage* » [R7, 2 ans d'expérience].

### **3.6. Absence d'éléments d'examen de sortie**

Selon l'OMS, les mères et les nouveau-né devraient recevoir des « soins dans la maternité au moins <sup>24</sup> heures après la naissance » à la suite d'un accouchement eutocique au sein d'une formation sanitaire. En outre, le nouveau-né doit bénéficier non seulement d'une évaluation immédiate à la naissance, d'un examen clinique complet une heure après, mais aussi d'un autre examen complet avant la sortie <sup>51</sup>.

Le même constat dans l'étude précédente, fait état d'aucune femme et d'aucun nouveau-né ayant bénéficié de l'examen de sortie <sup>26</sup>. Les raisons évoquées par les interviewées sont diversifiées et semblent révéler la non connaissance de quoi s'agit-il pour certaines, qui le confondent même à la prescription des médicaments:

Une interviewée affirme que cela dépend de l'issue de l'accouchement. Ces examens étant souvent requis lorsque l'on constate des anomalies chez la parturiente et /ou chez le nouveau-né:

*« Par rapport à l'examen de sortie, nous avons toujours l'habitude de voir ce qui se passe lors de l'accouchement et après l'accouchement. S'il y a eu vraiment et l'accouchement s'est bien déroulé et la femme a bien accouché, on prescrit directement les produits qu'elle peut prendre elle et son bébé. S'il n'y a pas eu des complications, on ne prescrit rien du tout. Après avoir accouché, si on constate qu'il y a eu un problème, même les signes d'intolérance chez la mère, elle a perdu le sang lors de l'accouchement, on peut faire un examen de contrôle d'HB. Si on constate qu'elle est bien, on peut lui ajouter même un supplément et puis c'est tout. Mais les autres examens là, on prescrit souvent si l'accouchement ne s'est pas bien déroulé ou bien après l'accouchement on constate que le bébé ne va pas bien, la maman aussi ne va pas bien, c'est quand on prescrit les autres examens. » [R9, 19 mois d'expérience].*

Une autre interviewée estime que ces examens ne sont pas mentionnés car les femmes n'ont pas souvent les moyens pour se les payer, alors que cela ne demande pas du tout un frais quelconque.,

Elle a déclaré ceci :

*« Ces examens sont payables et souvent les femmes n'ont pas de moyens pour les faire. » [R7, 2 ans d'expérience].*

D'autres interviewées par contre estiment que ces éléments ne sont pas mentionnés, soit par négligence, soit par leur méconnaissance suite au faible niveau d'instruction du personnel soignant. Ces propos illustrés par les déclarations ci-dessous, rejoignent en quelque sorte ce que Engida, Y. et al déclarent dans leur étude à savoir ; « les soignants peuvent résister à l'utilisation de l'outil, s'ils ont des connaissances insuffisantes et ne comprennent pas pleinement pourquoi on leur a demandé de l'utiliser » <sup>49</sup> :

*« Il y a d'autres professionnels qui ne savent pas remplir le partogramme. C'est – à – dire le niveau d'étude. » [R8, 9 ans d'expérience].*

*« Je crois cette rubrique on ne la mentionnait pas par négligence. » [R6, 20 ans d'expérience].*

### **3.7. Préjudices causés par le manque d'examens de sortie**

Il a été demandé aux interviewées si le manque d'examens de sortie de la mère et du nouveau-né, pouvait avoir des préjudices chez la mère et chez l'enfant ?

Trois des enquêtées estiment qu'il y a des préjudices causés par le manque de ces examens, tandis que l'une trouve qu'il n'y en a pas « *estimant que la femme est en bon état* » [R9, 19 mois d'expérience] et l'autre s'abstient tout simplement [R7, 2 ans d'expérience].

Deux de celles qui estiment qu'il peut y avoir des préjudices évoquent le retour de la femme avec des problèmes tels que l'anémie, les infections puerpérales, le périnée non suturé, tandis que l'autre divague et ne donne pas du tout les préjudices en question. Ces affirmations sont reprises dans les propos ci-après :

« *Comme hier, il y avait une femme dont le périnée n'était pas suturé, elle a fait presque un mois, pour revenir afin de la suturer. Elle a dit ceci : si je dis à mon mari, il viendra ici faire des problèmes* ». [R8, 9 ans d'expérience].

« *La femme peut aller et revenir anémique, ou avec une infection puerpérale parce qu'on n'a pas fait les examens de sortie* ». [R6, 20 ans d'expérience].

« *Si on trouvait les éléments qui sont un peu flous qui nécessitaient l'intervention, on intervenait ; le problème c'est de ne pas mentionner puisque même si la dame nous revenait au 6<sup>ème</sup> jour post-partum, bon ! Juste après la sortie, on déclassait son partogramme ; son partogramme est déclassé, maintenant quand elle va nous revenir on aura un autre cas, là nous nous référons à notre registre de CPON en lui posant des questions telles que quand vous êtes sorties avec l'enfant, qu'est-ce qu'il y a eu ? s'il n'y a rien, maintenant on mentionne dans notre registre de CPON, même les interventions sont là-bas* » [R5, 6 ans d'expérience].

#### IV. Conclusion

Cette étude a révélé que, certains prestataires de soins maternels et néonataux n'évoquent aucune raison pour justifier la non complétude des paramètres des partogrammes et fiches de CPN. Celles qui en évoquent, leurs raisons sont parfois non fondées. Ceci nous laisse croire à leur méconnaissance du pourquoi de ces paramètres et démontre le manque d'intérêt quant à leur remplissage.

Toutes fois, toutes les prestataires reconnaissent la nécessité et/ou l'importance de la complétude de ces paramètres dans le suivi de la femme enceinte, bien que ne sachant pas du tout à quoi servent-ils.

Au vu de ce qui précède, une formation de mise à niveau de prestataires s'avère nécessaire quant à la complétude et l'importance des paramètres au cours du continuum de soins de santé de la mère et du nouveau-né, ce qui leur permettra à contribuer à l'effort de l'atteinte des ODD 3.1 et 3.2.

**Conflits d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

**Contribution des auteurs :** Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de cette étude. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

#### References

- [1]. Alkema L D, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A -B., and others. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." The Lancet. Epub November 13, 2015. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- [2]. WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, 2015. Geneve.
- [3]. UNICEF, WHO, World Bank, and United Nations 2013. Levels and Trends in Child Mortality—Report 2013. New York, New York: United Nations Children's Fund. [http://www.childinfo.org/files/Child\\_Mortality\\_Report\\_2013.pdf](http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf)(Consulté le 15 Novembre 2018).
- [4]. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C. Making health systems more equitable. Lancet 2004; 364: 1273–80.
- [5]. Mini Plan-RDC et UNICEF, Enquête par Grappes à Indicateurs multiples, MICS-2010 : Résultats préliminaires, 2010, p. 16-17. [https://www.unicef.org/drcongo/french/MICS\\_RDC\\_2010.pdf](https://www.unicef.org/drcongo/french/MICS_RDC_2010.pdf)(Consulté le 0/12/2018).
- [6]. Mini Plan et Mini Santé-RDC, Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo 2007, Marco International Inc., Calverton, Maryland, USA 2008 p. XXVI-XIX ; 200-04. [http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/images/4/46/RDC-EDS-RDC-2007-fr.pdf](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/4/46/RDC-EDS-RDC-2007-fr.pdf), (Consulté le 06/12/2018).
- [7]. Mini Plan et Mini Santé-RDC, Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC II 2013-2014), Measure DHS, ICF International, Rockville, Maryland, USA, 2014, p. 15-17, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf> (Consulté le 07/12/2018).
- [8]. Mini Santé -RDC, Cartographie des interventions et intervenants de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris la planification familiale en Rd Congo, 2012, p. 9-21
- [9]. PROJET APS/USAID/FHI, Atelier de concertation sur le renforcement du continuum de soins au niveau de Kédougou : Continuum de soins : Eléments de définition, typologie et enjeux, Avril 2015
- [10]. Healthy Newborn Partnership. HNP annual meeting, Ethiopia—Addis Ababa declaration for global newborn health. Washington, DC: Save the Children, April 12, 2004: <http://www.healthynewborns.com/content/article/detail/537> (Consulté le 12 Décembre 2018).
- [11]. Union Africaine, Rapport annuel sur la Situation de la santé Maternelle, néonatal et infantile en Afrique, 2013
- [12]. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh S, Gomez P, Munjanja S. Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Soins néonataux en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques : soins prénatal, Rapport sur la santé dans le monde. OMS ed, Genève, 2005.

- [13]. Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishael Shoo, DoyinOluwole, Joy Lawn, Continuum of Care for maternal, newborn, and child health: From Slogna to service delivery, *Lancet* 2007; 370: 1358-6
- [14]. WHO, World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
- [15]. OECD, The Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris, France: Organisation for Economic Cooperation and Development.2005<http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/FINALPARISDECLARATION.pdf>. (Consulté le 10 Octobre 2018).
- [16]. Lawn JE, Tinker A, Munjanja SP, Cousens S., Where is maternal and child health now? *Lancet*2006; 368: 1474–77.
- [17]. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva: United Nations, 1997
- [18]. PMNCH, Opportunities for Africa’s Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cape Town, South Africa: PMNCH, Save the Children, UNFPA, UNICEF, USAID, WHO, 2006. <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html> (Consulté le 12 Décembre 2018).
- [19]. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled\\_attendant.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf) (Consulté le 25 Février 2019)
- [20]. Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005: <http://image.thelancet.com/extras/1164web.pdf> (Consulté le 08 Février 2016).
- [21]. Lawn J. The price tag for newborn and child survival. Tracking progress in child survival: countdown to 2015. 13–14 December 2005.
- [22]. Beveridge Hall, Senate House, University of London; 2005. <http://cs.server2.textor.com/programme.html> (Consulté le 08 Février 2016).
- [23]. Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365: 2193–200.
- [24]. PMNCH Knowledge Summary 2, Enable the Continuum of care, 2010 Edition.
- [25]. Karin Stenberg, Kim Sweeny, HenrikAxelson, MarleenTemmerman, and Peter Sheehan,Chapter 16Returns on Investment in the Continuum of Care for Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health 2016 ISBN-13: 978-1-4648-0348-2 ISBN-13: 978-1-4648-0368-0.
- [26]. Jean Adelard Bukasa Kashala, et. al. “ Evaluation de la complétude des prestations des soins de santé maternelle et néonatale au cours du continuum à l’Hôpital Général de Référence Kenya/ Lubumbashi RD Congo.” *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(03), 2022, pp. 13-23
- [27]. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *SocSci Med* 1994; 388: 1091–110.).
- [28]. Addai, I., Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *Journal of Biosocial Science*, 2000. 32 (1): p. 1-15.
- [29]. Mekonnen, Y. and Mekonnen, A., Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. *J. Health Popul Nutr*, 2003. 21 (4): p. 374-82.
- [30]. Nwakoby, B.N., Use of obstetric services in rural Nigeria. *Journal of the Royal Society of Health*, 1994. 114 (3): p. 132-6.
- [31]. Stekelenburg, J., et al., Waiting too long: low use of maternal health services in Klabo, Zambia. *Tropical Medecine and international Health*, 2004. 9 (3): p. 390-8/
- [32]. Diallo S, Camara YB, Daffe M. Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l’Inse. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 233-5
- [33]. Khan M, Mwaku RM, McClamroch K, Kinkela DN, Van Rie A. Soins prénatals à Kinshasa (République démocratique du Congo) : croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Santé*2005 ; 15 : 93-7.
- [34]. Nikiema, B., Beninguisse, G., & Haggerty, J. L. (2009). Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: Unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 24(5), 367-376.
- [35]. Haute Autorité de la santé (HAS), comment mieux informer les femmes enceintes ?, Recommandations pour les professionnels de santé, Avril 2005, [https://prod-web.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](https://prod-web.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)(Consulté le 06 mars 2021)
- [36]. Sandrine Brandin, Consultation prénatale du premier trimestre : \_Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal. *Gynécologie et obstétrique*. 2011. <dumas-00617821> M [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617821\\_ary](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617821_ary) (Consulté le 06 mars 2021)
- [37]. Madelbrot, L., Ceccaldi, P.-F., Surveillance de la grossesse normale, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-10,2006.
- [38]. Aubard, Y. Decroisette, E., Epidémiologie et complications, dossier obésité et grossesse, *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, N° 131, Juin 2008.
- [39]. Ducarme, G. Rodrigues, A. Aissaoui, F. Davitian, C. Pharasien, I. Uzan, M., Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ?, *Elssevier Masson SAS*, 2006.
- [40]. Flori M., Le Goaziou M-F, Suivez-vous les grossesses ?, *La revue du praticien-Médecine générale*, Tome 20, N°740/741, Septembre 2006.
- [41]. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005 ; 115 : 519-617.
- [42]. World Health Organization. The partograph: a managerial tool for the prevention of prolonged labour. The principle and strategy. A user’ s manual. Facilitator’ s guide. Guidelines for perations research on the application of the partograph. WHO/MCH, 1989; Section 1; 2; 3; 4.
- [43]. Mathai M. The partograph for the prevention of obstructed labor. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(2):256–269. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181a4f163. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- [44]. Etienne Vincent (2014) , Déterminants et inégalité d’utilisation des services obstétricaux essentiels dans les pays à revenu faible et intermédiaires, Thèse doctorale, Faculté de médecine, Université de Montréal
- [45]. OMS, Standards pour l’amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities] 2017, ISBN 978-92-4-251121-5
- [46]. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Intérêt et indication des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l’accouchement normal. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rythme.card.rap.pdf>>. Consulté le 30/07/2021.
- [47]. Mukisa, J. et al., Level of Partograph completion and healthcare workers’ perspectives on its use in Mulago National Referral and teaching hospital, Kampala, Uganda, *BMC Health Services Research* (2019) 19:107 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3934-3>
- [48]. Magon N: Partograph Revisited. *Int J Clin Cases Investig*. 2011, 3: 1-2. Google Scholar

- [49]. Engida, Y. et al., Knowledge and utilization of partograph among obstetric care givers in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia
- [50]. Laura Louis. Prise en charge de la phase de latence du travail par les sages-femmes de Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2012. fthal-02093552ff
- [51]. World Health Organization, WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn 2013, WHO: Geneva. p. 59.

Jean Adelard Bukasa Kashala, et. al. "Continuum de soins maternels et néonataux : Raisons justifiant la non complétude de certains paramètres des dossiers des femmes à l'Hôpital Général de Référence Kenya/Lubumbashi RD Congo." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(4), 2022, pp. 24-34.