

Continuum de soins maternels et néonataux : Compétences des prestataires de soins sur le bon usage du partogramme à l'Hôpital Général de Référence Kenya/Lubumbashi RD Congo

Jean Adelard Bukasa Kashala¹, Eugénie Meta Luboya¹, Lyna Babidi Bakamona¹, Abel Ntambue Mukengeshayi² Marie Claire Omanyondo Ohambe³, Françoise Malonga Kaj².

Auteur correspondant : jeadelardbukasay@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'utilisation appropriée du partogramme pendant l'accouchement est l'une des compétences de base d'un prestataire et/ou accoucheuse qualifiés. Elle permet une standardisation des pratiques et une amélioration du pronostic des femmes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les compétences des prestataires de soins sur le bon usage du partogramme à travers leur capacité à identifier les renseignements mentionnés sur ce dernier au cours de la surveillance du travail d'accouchement.

Matériel et Méthodes : C'est une étude descriptive transversale menée auprès des prestataires de soins s'occupant 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 à la maternité, du 26 juin au 28 Août 2019. Elle fait suite à celle menée sur l'évaluation des prestations des soins de santé maternelle et néonatale au cours du continuum dans ledit hôpital. Une étude de cas sur l'utilisation du partogramme a été administrée à 5 prestataires de soins trouvés lors des nos enquêtes dans le service précité et ayant accepté volontairement à participer à notre étude. La sélection a été faite de manière exhaustive. Les données ont été analysées grâce au Microsoft Excel 2007 et au logiciel IBM SPSS statistics 23. L'indice d'acceptabilité de 80 % des bonnes réponses a été utilisé pour déterminer la compétence des prestataires.

Résultats : Tous nos enquêtés sont des femmes. Leur expérience professionnelle varie de 19 mois à 20 ans. 3 prestataires, soit 60 % sont des accoucheuses et 2, soit 40 % sont des infirmières. Aucun prestataire n'a atteint l'indice d'acceptabilité (80 %) des bonnes réponses. Un seul a obtenu 60 % des bonnes réponses, deux en ont obtenu 33,3 % et deux 26,7 % des bonnes réponses. Ceci met en doute leur compétence sur le bon usage du partogramme au cours du continuum et leur capacité à identifier les informations et/ ou renseignements y mentionnés, du fait qu'elles n'ont pu identifier la plupart de ces informations et/ou renseignements.

Conclusion : Par rapport à l'indice d'acceptabilité, l'étude a montré que les prestataires des soins de SMN, n'ont pas suffisamment des compétences sur le bon usage du partogramme. Ils ont une faible capacité et/ou la difficulté à identifier les informations et/ou renseignements déjà y mentionnés. Ceci ne peut leur permettre l'utilisation à bon escient de ces informations, afin de prodiguer des soins adaptés à chaque femme à leur disposition et d'éviter les bris dans le continuum de soins, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles ou inappropriés.

Mots clés : Continuum, Soins maternels et néonataux, Compétences, Prestataires de soins, Partogramme, Hôpital Général de Référence Kenya.

Date of Submission: 13-07-2022

Date of Acceptance: 27-07-2022

I. Introduction

Plus de la moitié de tous les décès du couple mère-enfant se produisent pendant l'accouchement et les premiers jours après la naissance¹, tout comme 30 %² de 3,2 millions d'autres mort-nés estimés chaque année¹.

Plus d'un tiers des décès maternels, de la moitié des mortinaissances et d'un quart des décès néonataux sont dus à des complications au cours du travail et de l'accouchement^{3,4}.

La répartition du fardeau de la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste disproportionnée dans les pays les plus pauvres du monde et dans 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 qualifiée plus bas pour ceux qui en ont le plus besoin⁵. La majorité de ces décès sont en grande partie évitables si l'on intervient à temps⁶.

En RD Congo, les stratégies diverses et variées pouvant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle sont nombreuses, notamment, les accouchements assistés dont le taux est relativement élevé, soit 74 %⁷. Par contre, le ratio de mortalité maternelle reste assez élevé, passant de 549 pour 100.000 naissances vivantes⁸, à 846 pour 100.000 naissances vivantes entre 2007 et 2014⁹. 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. Ce chiffre (846 pour 100.000 naissances vivantes) qui est assez élevé devait inciter le pays à mener des actions pour sauver la vie des mères. Malheureusement, la prestation de soins obstétricaux de qualité anténatals et néonataux et postnatals reste encore très insuffisante¹⁰.

L'approche du continuum des soins favorise 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^{11,12}.

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^{12,13}.

Se référant à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle¹⁴, le continuum pour les soins de santé maternelle, néonatal consiste donc, à l'accès à différents types de services et d'activités de santé, y compris la prévention, la promotion, les soins curatifs et palliatifs¹⁵. 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^{16,17}.

La continuité étant une façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps, les soins sont donc, le résultat d'un transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins. D'où il ne peut être atteint que lorsque des éléments de soins distincts et discrets sont reliés entre eux et lorsque ces derniers qui perdurent dans les temps, sont soutenus et maintenus¹⁸.

Ainsi, la disponibilité et l'utilisation de l'information sur les événements (renseignements) antérieurs ou provenant d'autres sources touchant la santé pour prodiguer des soins adaptés au patient, aux circonstances et à ses conditions actuelles en tenant compte de ce qui est connu du passé^{18,19}, permettent d'éviter les bris de continuité, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles²⁰.

La maternité et l'enfance ont droit à des soins et à une assistance spéciaux comme le stipule la déclaration universelle des droits de l'homme, ratifiée en 1948²¹.

Selon la charte de qualité 1.1a de l'OMS²², 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.

Il est prouvé que l'amélioration de la qualité des soins apportés pendant la période qui entoure la naissance est plus efficace pour réduire les mortinaissances, les décès maternels et néonataux, que les stratégies qui reposent sur les soins prénatals ou postnatals²³.

Une série d'interventions en termes des paquets sur le continuum des soins doit être donc, 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 et les soins aux bébés, en vue de garantir la survie maternelle et néonatale¹³.

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'anomalie²⁴.

Il est l'une de précieuses technologies appropriées pour un meilleur suivi de la progression du travail et du bien être maternel et fœtal et un outil important pour la gestion du travail. Il permet aux sages-femmes, aux infirmiers et aux médecins non seulement, d'enregistrer leurs résultats d'examen sur un formulaire standardisé, qui génère un aperçu illustré de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus, mais également d'identifier et de diagnostiquer précocement le travail pathologique²⁵.

De part les éléments qu'il renseigne et son aspect graphique, le partogramme permet une visualisation rapide, globale et synthétique de la progression du travail de chaque patiente. C'est un outil d'aide à la prise en charge, à la pose de conduite à tenir, gage de la qualité et garantissant la sécurité materno-fœtale²⁶.

Il est l'un des outils les plus puissants et les plus rentables pour éviter les retards inutiles et sert d'outil de base pour les soignants obstétricaux²⁷.

Son utilisation appropriée pendant l'accouchement est l'une des compétences de base d'un prestataire (accoucheuse) qualifié²⁸; elle permet une standardisation des pratiques, une amélioration du pronostic des femmes²⁹ et à obtenir une mère et un bébé en bonne santé avec le moins possible d'interventions, une détection précoce, une prise en charge des complications et une référence rapide³⁰.

Une étude précédente 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 certaines informations n'étaient mentionnées dans ce document. Il s'agissait par exemple de la provenance, l'occupation, la personne à prévenir en cas de danger et autres³¹. 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^{32, 33, 34, 35, 36}. 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 compromis³¹.

D'où l'intérêt pour les prestataires de soins œuvrant dans le domaine des soins maternels et néonataux d'avoir des compétences nécessaires sur le bon usage du partogramme et la capacité à identifier les différents renseignements couchés sur ce dernier, afin de s'en servir à bon escient dans la suite des événements et dans leur prise de décision pour le bien être maternel et fœtal.

Plusieurs études s'étant penchées uniquement à vérifier le remplissage des éléments constitutifs, laissant souvent de côté l'aspect compétence, cette étude se veut d'évaluer les compétences des prestataires de soins sur le bon usage du partogramme à travers leur capacité à identifier les renseignements notés sur ce dernier au cours de la surveillance du travail d'accouchement.

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 le service de maternité.

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

Population d'étude : Notre population est constituée des prestataires œuvrant à la maternité de l'Hôpital Général de Référence Kenya ville de Lubumbashi, durant la période de l'étude, soit, du 26 juin au 28 Août 2019.

Critères d'inclusion : L'étude a inclus tous les prestataires trouvés à la maternité dudit hôpital, pendant la période de nos enquêtes et ayant accepté volontairement à participer à notre recherche.

Critères d'exclusion : Tout prestataire ne répondant pas aux critères ci-haut était exclu de notre étude.

Techniques de collecte des données : Les données ont été collectées à l'aide un questionnaire portant sur une étude de cas, administré aux prestataires de soins au sein de la maternité de l'Hôpital Général de Référence Kenya au cours de la période de l'étude.

Outils de collecte des données : Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire auto-administré à partir d'une étude de cas à travers des questions ouvertes et fermées.

Taille de l'échantillon : La taille de l'échantillon était de 5 prestataires trouvés à la maternité lors de nos enquêtes. Leur sélection a été faite de manière exhaustive.

Procédés statistiques et analyses des données : Les données ont été analysées grâce au Microsoft Excel 2007 et au logiciel IBM SPSS statistics 23.

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

I. Caractéristiques des enquêtées

La totalité de nos enquêtés sont des femmes. L'expérience professionnelle des femmes interviewées varie de 19 mois à 20 ans. 3 prestataires, soit 60 % sont des accoucheuses et 2, soit 40 % sont des infirmières. Par rapport à la spécialisation, tous les enquêtés sont des Sciences Infirmières.

II. Données relatives au bon usage du partogramme

Tableau I : Répartition des prestataires en fonction de la compétence ou non par rapport à l'indice d'acceptabilité des directives pour l'évaluation des compétences des prestataires de SSMN.

Indice d'acceptabilité = 80 %	N = 5	%
OUI	0	00
NON	5	100

Par rapport à l'indice d'acceptabilité des directives pour l'évaluation des compétences des prestataires de SSMN, aucun prestataire n'a obtenu 80 % des bonnes réponses. Toutefois, un seul a obtenu 60 % (N= 15) des bonnes réponses, deux ont obtenu 33,3 % (N= 15) des bonnes réponses et deux 26,7 % (N= 15) des bonnes réponses.

Tableau II : Répartition des prestataires par rapport l'identification des BCF inscrits sur le partogramme lors de l'admission de la parturiente et une heure après.

Identification BCF	N = 5	%
A l'admission		
Oui	4	80
Non	1	20
Une heure après		
Oui	3	60
Non	2	40

Un prestataire, soit 20 % n'avait pu identifier les BCF inscrits sur le partogramme lors de l'admission de la parturiente, contre deux, soit 40 % de ceux qui n'avaient pas pu identifier les BCF y inscrits une heure après.

Tableau III : Répartition des prestataires par rapport à l'identification de l'heure de la rupture des membranes inscrite sur le partogramme.

Identification Heure	N = 5	%
Oui	0	00
Non	5	100

Aucun prestataire n'avait pu identifier l'heure de la rupture des membranes inscrite sur le partogramme.

Tableau IV : Répartition des prestataires par rapport l'identification de la condition du liquide amniotique et du degré de la descente de la tête inscrits sur le partogramme lors de l'admission.

Identification	N = 5	%
Condition liquide amniotique		
Oui		
Non	1	20
	4	80
Degré de modelage de la tête		
Oui	0	00
Non	5	100

Quatre prestataires, soit 80 % n'avaient pas pu identifier la condition du liquide amniotique inscrite sur le partogramme, et tous n'avaient pu constater que le degré de modelage de la tête n'était pas inscrit sur le partogramme.

Tableau V : Répartition des prestataires par rapport à la description des contractions utérines inscrites sur le partogramme à 9h.

Description contractions utérines	N = 5	%
Oui	1	20
Non	4	80

Quatre prestataires soit, 80 % n'avaient pas pu décrire les contractions inscrites sur le partogramme à 9h.

Tableau VI : Répartition des prestataires par rapport à la description des contractions utérines à 11h inscrites sur le partogramme et connaissance de l'intervention à proposer.

Description des contractions utérines	N = 5	%
Oui	1	20
Non	4	80

Un prestataire, soit 20 % avait décrit les contractions utérines à 11h et connaissait l'intervention à proposer, contre 4, soit 80 % de ceux qui n'avaient pas pu le faire.

Tableau VII : Répartition des prestataires par rapport à la lecture des signes vitaux et diurèse inscrits sur le partogramme lors de l'admission et signes non lus.

Lecture des signes vitaux	N = 5	%
Tous les signes	0	100
Trois/quatre	3	60
Deux/quatre	2	40
Signes non lu		
T°		
TA	3	60
	1	20
Diurèse	2	40

Aucun prestataire n'avait pu lire tous les signes vitaux inscrits sur le partogramme lors de l'admission de la parturiente; trois, soit 60 % avaient lu trois signes sur quatre et deux, soit 40 % deux signes sur quatre. Les signes non lus étaient : T° à 60 %, TA à 20 % et Diurèse à 40 %.

Tableau VII : Répartition des prestataires par rapport à l'identification de la dilatation du col et du degré de la descente de la tête inscrits sur le partogramme lors de l'admission.

Identification	N = 5	%
Dilatation du col		
Oui	5	100
Non	0	00
Degré de la descente de la tête		
Oui	5	100
Non	0	00

Tous les prestataires avaient pu identifier la dilatation du col et le degré de la descente de la tête inscrits sur le partogramme lors de l'admission.

Tableau IX: Répartition des prestataires par rapport l'identification de nombre d'examens effectué au cours du travail inscrits sur le partogramme.

Identification de nombre d'examens	N = 5	%
Oui	3	60
Non	2	40

Deux prestataires, soit 40 % n'avaient pas pu identifier le nombre exact des examens effectués au cours du travail inscrits sur le partogramme, contre trois soit 60 % de ceux qui avaient pu l'identifier.

Tableau X : Répartition des prestataires par rapport à l'indication de l'endroit où consigner le début de l'administration de l'ocytocine sur le partogramme.

Indication	N = 5	%
Oui	0	00
Non	5	100

Aucun prestataire n'avait pas pu indiquer exactement l'endroit où elles devraient consigner le début de l'administration de l'ocytocine.

Tableau XI : Répartition des prestataires par rapport à la connaissance de la conduite à tenir lorsque la dilatation cervicale dépasse la ligne d'alerte.

Connaissance	N = 5	%
Meilleure	1	20
Bonne	1	20
Aucune	3	60

Trois prestataires, soit 60 % n'avaient pas du tout de connaissance de la conduite à tenir lorsque la dilatation cervicale dépasse la ligne d'alerte.

Tableau XII : Répartition des prestataires par rapport à la connaissance de la conduite à tenir à proposer lorsque le partogramme a dépassé la ligne d'action.

Connaissance	N = 5	%
Assez bonne	1	20
Mauvaise	4	80

Un seul prestataire, soit 20 % avait une connaissance assez bonne de la conduite à tenir lorsque le partogramme a dépassé la ligne d'action et n'avait justifié cette dernière.

III. Discussion

Notre étude rapporte que la totalité de nos enquêtés sont des femmes. Cela peut être dû probablement à l'histoire et au caractère même du métier d'accoucheuse et/ou d'infirmière qui a été considéré comme un métier féminin. Leur expérience professionnelle varie de 19 mois à 20 ans ; ce qui dénote une forte expérience. Trois prestataires, soit 60 % sont des accoucheuses et deux, soit 40 % sont des infirmières.

Par rapport à la spécialisation, tous les enquêtés 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.

Selon la charte de qualité 1.1a de l'OMS ²², 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 etc.

D'où, une série d'interventions en termes des paquets sur le continuum des soins doit être donc, 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 et les soins aux bébés, en vue de garantir la survie maternelle et néonatale ¹³.

Ce partogramme permet non seulement aux sages-femmes, aux infirmiers et aux médecins, d'enregistrer leurs résultats d'examen sur un formulaire standardisé, qui génère un aperçu illustré de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus, mais également d'identifier et de diagnostiquer précocement le travail pathologique ²⁵.

En vue de garantir cet aperçu et la continuité des soins, l'enregistrement requière de la part de ces prestataires de soins, une capacité et/ou des compétences pour parvenir à identifier les résultats d'examen que les autres prestataires auraient mentionné sur le partogramme.

Or, en rapportant les résultats obtenus à l'indice d'acceptabilité des directives pour l'évaluation des compétences des prestataires de SSMN ³⁷, notre étude révèle qu'aucun prestataire n'a obtenu 80 % des bonnes réponses. Ceci peut nous amener à dire que les prestataires n'ont pas du tout de compétence sur le bon usage du partogramme au cours du continuum telle que le montre leur incapacité à identifier les informations y mentionnées. Alors que l'une des compétences de base d'un prestataire (accoucheuse) qualifié est l'utilisation

appropriée du partogramme pendant l'accouchement²⁸. Loin de nous l'intention de justifier ou d'interpréter les résultats de MARKOS J. qui avait trouvé dans une étude menée en Ethiopie en 2016, sur la connaissance et l'utilisation des partogrammes chez les professionnels de santé que, 39 % des prestataires n'avaient pas la maîtrise de remplissage du partogramme³⁸, nous pouvons toutefois dire qu'un prestataire qui est incapable d'identifier les informations ou renseignements mentionnés sur le partogramme, ne peut pas avoir également une maîtrise de son remplissage comme il l'avait constaté.

De façon concrète, nos résultats rapportent qu'un seul prestataire a obtenu 60 % des bonnes réponses, deux ont obtenu 33,3 % des bonnes réponses et deux 26,7 % des bonnes réponses. Cet état des choses pourrait présager une difficulté à utiliser l'information sur les événements (renseignements) antérieurs ou provenant d'autres sources touchant la santé, pour prodiguer des soins adaptés au patient, aux circonstances comme le souligne COMPAQH 2003¹⁹ et d'éviter les bris de la continuité, voir la duplication d'actes figurants déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles²⁰.

De part les éléments qu'il renseigne et son aspect graphique, le partogramme permet une visualisation rapide, globale et synthétique de la progression du travail de chaque patiente²⁶. Lorsqu'il est utilisé adéquatement, il permet une standardisation des pratiques, une amélioration du pronostic des femmes²⁹ et à obtenir une mère et un bébé en bonne santé avec le moins possible d'interventions, une détection précoce, une prise en charge des complications et une référence rapide³⁰.

Cependant, le remplissage adéquat passe d'abord par la capacité de chaque prestataire à identifier toutes les informations y mentionnées, en vue d'un bon suivi du bien être maternel et fœtal au cours du travail d'accouchement, ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

Ainsi, concernant chaque information devant être identifiée par les prestataires, notre étude, révèle que la plupart n'ont pu être identifiées par les prestataires.

Un prestataire, soit 20 % n'a pu identifier les BCF mentionnés sur le partogramme à l'admission de la parturiente et deux, soit 40 % n'ont pas pu le faire pour ceux mentionnés une heure après. Or la surveillance des BCF aide à dépister tout risque d'hypoxie fœtale, apprécier le bien être fœtal et à détecter d'éventuelles anomalies³⁹. Ne pas être à mesure d'identifier ce paramètre sur le partogramme pourrait compromettre ce bien être du bébé et contribuerait donc, à l'augmentation de la mortalité néonatale, faute de détection précoce d'une éventuelle souffrance fœtale.

Il est à noter que lors de la surveillance du travail, le moment et le moyen de la rupture des membranes sont des éléments essentiels à l'établissement du pronostic et de la prise en charge obstétricale⁴⁰. En plus, même chez une parturiente à faible risque, une rupture des membranes indique une notation de la fréquence cardiaque fœtale de façon régulière⁴¹, car un intervalle rupture-début du travail supérieur à 24 heures est l'un des facteurs prédictifs d'infection néonatale^{42, 43}.

Contrairement à cette exigence, notre étude révèle qu'aucun prestataire n'a pu identifier l'heure de la rupture des membranes qui était mentionnée sur le partogramme. Dès lors qu'ils ne sont pas capables de déceler les paramètres qui y sont inscrits par leurs prédécesseurs, nous sommes tentés d'insinuer que les prestataires à l'étude n'ont pas suffisamment de compétence sur le bon usage du partogramme, Or, leur capacité à déceler l'heure de la rupture des membranes mentionnée sur le partogramme, est un important indice qui va les aider à amorcer une action appropriée en vue de préserver le bien être maternel et fœtal.

Dans la même perspective, le liquide amniotique reflet du bien être fœtal⁴⁴, dont l'aspect doit être apprécié en vue de déceler précocement une souffrance fœtale et mettre en place une surveillance étroite et une éventuelle intervention pour sa prise en charge^{45, 46} lors de la surveillance du travail d'accouchement après la rupture des membranes, doit faire l'objet d'une bonne identification par le prestataire. Cela n'est pas du tout le cas dans notre étude qui montre que, 80 % des prestataires n'ont pas pu identifier la condition du liquide amniotique mentionnée sur le partogramme. De même, ils n'ont pas pu constater que le degré de modelage de la tête n'était pas mentionné sur le partogramme. Tous les confondant au degré de la descente de la tête, ont répondu : « mobile ». Or, la forme du crâne et le degré de chevauchement des os de la tête fœtale devaient être évalués à chaque fois que l'on effectue un examen vaginal pendant le travail⁴⁵ et la détection d'un modelage crânien de niveau +++ (sutures qui se chevauchent, mais chevauchement irréductible), ainsi que d'autres observations anormales peut être un signe de dystocie⁴⁶. Avec cette confusion, ces prestataires ne peuvent le rechercher lors de leur propre évaluation et mentionner les résultats corrects qui pourraient guider une prise de décision responsable pouvant sauver la vie de la mère et de son enfant. Notre constat peut rejoindre celui de Markos, D. et Bogale, D, qui avaient relevé dans leur étude que le non enregistrement de modelage de la tête fœtale, pourrait indiquer que le prestataire de soins de santé peut manquer de connaissances et de compétences ou qu'il néglige de l'évaluer et nécessite une formation préalable et en cours d'emploi intensive pour combler cette lacune⁴⁷.

La surveillance de la progression du travail suppose que le nombre absolu des contractions utérines est compté sur une période de 10 minutes et noté, ainsi que leur durée en secondes⁴⁵. Les contractions inefficaces et/ou courtes pourraient indiquer une activité utérine inadéquate tandis que plus de 5 contractions en 10 minutes⁴⁰ ou des contractions continuent sont des signes de dystocie^{46, 48}. De ce fait, chaque prestataire doit être non

seulement capable de les compter et de les noter, mais aussi d'identifier celles mentionnées par ses prédécesseurs sur le partogramme, afin de lancer l'alerte à temps pour des actions qui préserveront le bien être maternel et fœtal, ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

En effet, notre étude révèle que par rapport à la description des contractions utérines mentionnées sur le partogramme, un seul prestataire soit, 20 % a pu identifier que ce dernier ne faisait pas mention des contractions utérines à 9h00 ; il a en outre, identifié celles y mentionnées à 11 h00 et connaît l'intervention à proposer, alors que quatre, soit 80 % ont imaginé des contractions à 9h00, n'ont pas identifié celles mentionnées à 11 h00 et ne connaissent pas l'intervention à proposer. A en croire à ce résultat, nous pouvons insinuer encore une fois de plus, qu'il sera difficile pour qu'un prestataire qui ne sait pas identifier les renseignements mentionnés par un membre de l'équipe sur le partogramme d'en surveiller et/ou contrôler selon les normes requises. Ceci peut corroborer avec les résultats de Rashidi, A., E. qui avait trouvé dans une étude menée en RDC sur l'analyse de la qualité des soins offerts au couple mère et nouveau-né dans la Zone de santé de Gombe Matadi, que les contractions utérines n'étaient notifiées sur les partogrammes que dans 5 % des cas et ceux de Kitila, Sena Belina qui avait trouvé dans une étude menée en 2014 en Ethiopie sur l'utilisation du partogramme pendant le travail d'accouchement que les contractions utérines, leur intervalle, ainsi que leur durée n'étaient contrôlés de façon standard que dans 10,5 % des cas ^{49,50}.

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 non seulement son bien être ⁵¹, mais également celui du fœtus. D'où tout prestataire assurant le suivi du travail d'accouchement doit être à même, non seulement de les surveiller, mais aussi de lire ceux mentionnés par chaque membre de l'équipe sur le partogramme, ce qui n'est pas une fois de plus le cas pour notre étude.

En effet, notre étude révèle qu'aucun prestataire n'avait pu lire tous les signes vitaux mentionnés sur le partogramme lors de l'admission de la parturiente; trois, soit 60 % avaient lu trois signes sur quatre et deux, soit 40 % avaient lu deux signes sur quatre. Les signes non lus étaient : T° à 60 %, TA à 20 % et Diurèse à 40 %.

L'appréciation de la dilatation cervicale fait partie des paramètres de progression du travail qui doivent bénéficier d'une surveillance intermittente systématique. Pendant la première phase, elle doit être effectuée toutes les 4 heures, sauf indication contraire. Lorsque l'examen vaginal doit être effectué moins de 4 heures après l'évaluation précédente, le prestataire doit s'assurer que celui-ci apporte effectivement des renseignements importants qui contribueront à la prise de décision. L'alerte est donc, déclenchée quand le col reste dilaté au même niveau longtemps que la durée maximale prévue ⁴⁵. Comme tous les autres paramètres, le prestataire doit avoir des capacités pour identifier le nombre de fois que ces examens se sont effectués et en cas d'indice d'alerte, mettre en route une intervention appropriée.

Par rapport à cette exigence, notre étude révèle que tous les prestataires ont pu identifier la dilatation cervicale et le degré de la descente de la tête fœtale. Quant aux examens effectués et à la conduite à tenir lorsque la dilatation cervicale dépasse la ligne d'alerte et le partogramme la ligne d'action, deux prestataires soit, 40 % n'avaient pas pu l'identifier le nombre exact des examens effectués au cours du travail, 60 % des prestataires n'ont pas du tout de connaissance de la conduite à tenir lorsque la dilatation cervicale dépasse la ligne d'alerte. Aucun n'a pas pu indiquer exactement l'endroit où elles devraient consigner le début de l'administration de l'ocytocine. Un seul, soit 20 % avait une connaissance assez bonne de la conduite à tenir lorsque le partogramme a dépassé la ligne d'action, mais n'avait justifié cette dernière. Cette méconnaissance peut être un handicap pour la suite du travail et du bien être materno-fœtal, bien que pour l'OMS, une vitesse de dilatation de 1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes ; et n'est donc pas recommandée pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à une vitesse inférieure à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication systématique pour une intervention obstétricale pour accélérer le travail et l'accouchement (l'administration d'ocytocine ou césarienne), sauf si l'état de la mère et celui du fœtus ne sont pas rassurant ⁵². Cet état de chose et/ou incapacité à identifier ces éléments combien primordiaux ne peut favoriser le continuum pour les soins de la mère et du nouveau-né.

IV. Conclusion

Par rapport à l'indice d'acceptabilité, l'étude a montré que les prestataires des soins de SMN, n'ont pas suffisamment des compétences en rapport avec le bon usage du partogramme. Ils ont une faible capacité et/ou la difficulté à identifier les informations et/ou renseignements déjà y mentionnées. Ceci ne peut leur permettre l'utilisation à bon escient de ces informations, afin de prodiguer des soins adaptés à chaque femme à leur disposition et d'éviter les bris dans le continuum de soins, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles ou inappropriés. Néanmoins, l'étude a affiché des limites par rapport au moindre effectif des prestataires y ayant participé volontairement et du fait qu'elle s'est focalisée uniquement à cet Hôpital pour compléter les informations de l'étude précédente. D'où, en plus, d'une formation des prestataires et une actualisation individuelles pour les remettre à niveau et améliorer leurs compétences et

capacité, une étude approfondie incluant plusieurs maternités et un grand nombre des prestataires devrait être diligentée, afin de se faire une idée beaucoup plus large des compétences et capacité des ceux qui œuvrent dans le domaine de SSMN sur le bon usage du partogramme.

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.

Références

- [1]. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K., Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367: 1487–94.
- [2]. Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 409–17.
- [3]. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al., Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33
- [4]. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
- [5]. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C., Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364: 1273–80. Magon N: Partograph Revisited. *Int J Clin Cases Investig* 2011, 3:1–2.
- [6]. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. Contract No.: WHO/RHR/19.23.
- [7]. 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 (Consulté le 0/12/2018)
- [8]. 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.who.int/profiles_information/images/4/46/RDC-EDS-RDC-2007-fr.pdf, (Consulté le 06/12/2018).
- [9]. 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).
- [10]. 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
- [11]. 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).
- [12]. 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 (Consulté le 25 Février 2019)
- [13]. Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishael Shoo, Doyin Oluwole, Joy Lawn, Continuum of Care for maternal, newborn, and child health: From Slogna to service delivery, *Lancet* 2007; 370: 1358-6
- [14]. 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
- [15]. 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).
- [16]. 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).
- [17]. Lawn JE, Tinker A, Munjanja SP, Cousens S., Where is maternal and child health now? *Lancet* 2006; 368: 1474–77.
- [18]. Robert Reid, Jeannie Haggerty et Rachael McKendry, Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, CHSRF 2002, www.chsrf.ca (Consulté le 10 Janvier 2019).
- [19]. COMPAQH, Rapport d'étape. Institut National de la Santé et de la Recherche, 2003, http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/Rapport_d_etape_2003.pdf. (Consulté le 10 Janvier 2019).
- [20]. Margot Phaneuf., La qualité et la continuité des soins. Conférence prononcée dans le cadre du congrès de Coimbra, Portugal, février, 2005. http://www.infiressources.ca/bd/recherche/infiressources_documents/qualite_continuite_soins.pdf (Consulté le 10 Janvier 2019).
- [21]. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights., The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva: United Nations, 1997
- [22]. 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
- [23]. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al., Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70.
- [24]. 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.
- [25]. Fawole AO, Hunyinbo KI, Adekanle DA., Knowledge and Utilization of the Partograph among obstetric care givers in South West Nigeria. *Afr Reprod Health* 2008, 12:22–29
- [26]. Marion MOTTIER, Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme selon les recommandation de l'ANAES, Université d'Angers, UFR de médecine, Ecole de Sages-Femmes – René ROUCHY 2013
- [27]. Lavender T., Hart A., Smyth R. M. D., Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;4 doi: 10.1002/14651858.cd005461.pub3. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

- [28]. Barbara Kinzie et Patricia Gomez, Soins maternels et néonataux de base : Guide destiné au prestataire qualifié, JHPIEGO/Programme de Santé Maternelle et Néonatale. 2004, ISBN 0-929817-83-4 Pp 32
- [29]. 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 D'épidémiologie Santé Publique*.2012;60:265-74. PubMed | Google Scholar
- [30]. Mathai M., The partograph for the prevention of obstructed labor. *Clinical Obstetric Gynecology*. 2009;52(2):256–269. doi: 10.1097/grf.0b013e3181a4f163. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar],
- [31]. 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
- [32]. Thaddeus S, Maine D., Too far to walk: maternal mortality in context. *SocSci Med* 1994; 388: 1091–110.).
- [33]. Addai, I., Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *Journal of Biosocial Science*, 2000. 32 (1): p. 1-15.
- [34]. 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.
- [35]. Nwakoby, B.N., Use of obstetric services in rural Nigeria. *Journal of the Royal Society of Health*, 1994. 114 (3): p. 132-6.
- [36]. Stekelenburg, J., et al., Waiting too long: low use of maternal health services in Klabo, Zambia. *Tropical Medicine and international Health*, 2004. 9 (3): p. 390-8/
- [37]. Patricia Gomez, Barbara Kinzie, Travea Ghée et al., Directives pour l'évaluation des prestataires compétents après leur formation en soins de santé maternelle et infantile. JHPIEGO/Programme de Santé Maternelle et Néonatale. 2006.
- [38]. MARKOS J., Knowledge and utilisation of partograph among health care professionals in public health institutions of Bale zone, Southeast Ethiopia. *BALE: s.n.* 2016. Pp. 1-2.
- [39]. 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)
- [40]. UMVF, Le travail: mécanique obstétricale-surveillance-partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail), 2010-2011
- [41]. Robert Liston, Joan Crane et al, Surveillance du bien-être fœtal durant le travail, Directives cliniques de la SOGC N° 112, mars 2002.
- [42]. D. P. van der Ham, S. van Kuijk, B. C. Opmeer, C. Willekes, J. J. van Beek, A. L. M. Mulder, A. J. van Loon, M. Groenewout, G. D. Mantel, K. W. M. Bloemenkamp, M. Porath, A. Kwee, B. M.C. Akerboom, D. N. M. Papatsonis, G. C. H. Metz, J. G. Nijhuis, B. W. J. Mol, et PPROMEXIL trial group, « Can neonatal sepsis be predicted in late preterm premature rupture of membranes? Development of a prediction model », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 176, p. 90-95, my 2014.
- [43]. M. E. Hannah, A. Ohlsson, D. Farine, S. A. Hewson, E. D. Hodnett, T. L. Myhr, E. E. Wang, J. A. Weston, et A. R. Willan, « Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term
- [44]. Sokhoma Camara, Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Université de Bamako 2006-2007.
- [45]. OMS, HRP, Guide de gestion du travail d'accouchement de l'OMS: Manuel d'utilisation [WHO labour care guide : user's manual], Genève 2021.
- [46]. WHO, Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctor, 2nd ed. Geneva, 2017.
- [47]. Markos, D. et Bogale, D. Documentation status of the modified World Health Organization partograph in public health institutions of Bale zone, Ethiopia, *Reproductive Health* (2015) 12:81 DOI 10.1186/s12978-015-0074-z
- [48]. WHO, UNFPA, UNICEF, Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. Geneva 2015.
- [49]. Rashidi, Assani Emmanuel, Analyse de la qualité des soins offerts au couple mère et nouveau-né dans la Zone de santé de Gombé Matadi, « RIPSEC », Antenne de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, 2016
- [50]. KITILA, SENA BELINA, Utilization of Partograph during Labour and Birth Outcomes at Jimma University, Ethiopie s.n., 2014
- [51]. Pallikadavath, S., M. Foss, and R.W. Stones, Antenatal care : provision and inequality in rural north India. *Soc Sci Med*, 2004. 59 (6): p. 1147---58
- [52]. OMS, Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique; 2021.

Jean Adelard Bukasa Kashala, et. al. “Continuum de soins maternels et néonataux : Compétences des prestataires de soins sur le bon usage du partogramme à l'Hôpital Général de Référence Kenya/Lubumbashi RD Congo.” *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 11(4), 2022, pp. 35-44.