

# *Problématique Du Remplissage De Partogramme A L'Hôpital General De Bumba*

Aime-jospin MONGULU BILUKU<sup>1</sup>, jean-louis MAKOMBO LIHOKE<sup>2</sup>, Neper MOLEMBA BUNDA<sup>3</sup>,  
Alain LOBELA NGOITA<sup>4</sup>, Jean-faustin MOSOLI ALEKI ALEKA<sup>5</sup>, Peguy KALONDA BOLOBA<sup>6</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup> Assistant\_2 à l'ISTM-BUMBA

<sup>6</sup> Assistante\_1 à l'ISTM-BUMBA



**Résumé – le remplissage correcte du partogramme pose un problème sérieux dans nos maternités et surtout à l'hôpital général de Bumba.**

**Nous avons mené une étude prospective à l'hôpital général de référence de Bumba de janvier à juin 2023, couvrant ainsi une période de 6 mois. Nous avons trouvé 539 partogrammes et notre échantillon est constitué de la correction de 63 partogrammes déjà remplis et pris au hasard afin de connaître si celui-ci est bien rempli ou pas.**

**Mot clés – Problématique, Remplissage De Partogramme, L'Hôpital General De Bumba.**

## **I.PROBLEMATIQUE**

Le partogramme permet d'identifier précocement les anomalies du travail, il facilite la prise de décision et la communication entre les professionnels. À ce titre, il améliore la prise en charge maternelle et fœtale. Faisant partie intégrante du dossier médical, la qualité de sa tenue apparaît primordiale à la fois, pour les patientes et les professionnels eux-mêmes. Nombreux auteurs le considère comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ». L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est développée à partir des publications de Friedman en 1954. Le but étant de dépister précocement les anomalies du travail afin d'améliorer la prise en charge maternelle et fœtale (ANAES 2000, 56p.).

Le partogramme se compose d'une partie graphique comportant deux courbes : une représentant la dilatation cervicale et l'autre la progression du mobile fœtale dans le bassin maternel. Est associé au graphe, l'ensemble des paramètres de la surveillance de la mère et du fœtus ainsi que les thérapeutiques réalisés et les événements majeurs. L'OMS recommande de commencer le partogramme à partir de 3 cm (phase active du travail), au début du déclenchement artificiel du travail (RAM, ocytociques) ou au début de l'analgésie péridurale (Lancet 2002, P339).

Dans le monde selon l'UNICEF, 1000 femmes environ meurent chaque jour dans le monde des causes liées à la grossesse et à l'accouchement et 99% des décès maternels enregistrés en 2017 sont survenus dans les régions en développements, cependant l'Afrique subsaharienne représente à elle seule 66% des décès (201000), suivie de l'Asie du Sud (66000). Nous avons constaté que dans les pays en voie de développement où la santé des femmes dépend en 1er lieu de leur rôle de reproductrice, la grossesse et l'accouchement sont encore trop souvent des épreuves, parfois fatales ; Chaque jour, environs 830 femmes meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, dont 99% dans les pays en voie de développement (UNICEF,2017).

Dans le cadre de la présentation de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, l'OMS et la Banque mondiale ont élaboré une série de mesures sous forme d'un programme de maternité sécuritaire (Safe motherhood) dont l'une des

recommandations est : «enseignement d'un programme simplifié afin de reconnaître le travail dystocique et prolongé, basé sur le partogramme de Philpott».

Depuis, les recherches ont été menées pour étudier l'utilisation correcte du partogramme ; au Burundi, en rapportant dans une étude qualitative sur la perception du partogramme, un des médecins interviewé a répondu comme suit : «avec beaucoup d'années d'expérience on peut suivre un travail d'accouchement même si on ne le suit pas sur un partogramme» surtout dans les cliniques privées où le suivi est beaucoup plus personnalisé, et que, de toutes façons dans 80-90% des accouchements sont normaux (O.M.S,2018) .

Au Congo Brazzaville, l'étude menée par AKOUALA R.T.(2016) ; sur le niveau de la performance des personnels soignants au centre Hospitalier « Marieur GUABI » a révélé que 47% des accoucheuses de cette structure sanitaire n'ont pas atteint le niveau d'étude supérieur.

L'interprétation du partogramme n'est possible et correcte que si le début de la phase active qui conduit à la dilatation complète est bien repéré. Environ une demi – million des femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse, dont 80% ont lieu pendant le travail. Le partogramme permet une observation attentive de la marche du travail afin de détecter une anomalie autorisant la mise en œuvre des mesures prévention. De transfert de la patiente ou d'accélération ou de la terminaison du travail. Il permet de réduire sensiblement le risque des dystocies, de souffrance fœtale, de rupture utérine et les risque ultérieure d'hémorragie de la délivrance et de septicémies (AQUASOU F.E.,2017).

Dans la formation organisée par les hauts autorités de la santé (HAS), le 02 décembre 2018 pour tous les coordinateurs des accoucheurs (euses) des établissements volontaire repartis par région des 38 établissements ayant choisi le thème du partogramme. Parmi les quels ils avaient 79% des sage femmes, 11% des médecins, 5% des directeurs des soins et 5% des responsables qualité parmi cette formation sur le remplissage de partogramme dans le premier tour sur 72 participants, 55 ont réussi à faire une bonne évaluation.

Pendant la période de leurs études, ils avaient eu au total 157 accouchements, cent quatre – trois accouchement ont nécessité un suivi au partogramme repartir par cinq période d'étude. Ils ont notés que 38% des 143 partogrammes étaient bien ouverts, les taux s'améliorent rapidement pour atteindre 97% à la dernière période. Cette observation vous permet de conclure que, même si le partogramme est utilisé depuis décembre 2003, la qualité de son utilisation reste non satisfaisante, malgré la stratégie utilisée dans le cadre de partogramme qui montre son efficacité dans la capacitation du personnel sur l'utilisation de partogramme ([http:// : Www.has.santreprd.fr.org](http://www.has.santreprd.fr.org) 21/12/2019 12H49'32'').

Les accoucheurs ne cessent de déplorer sur leur déficit, de plus encore, ils ne cessent de rappeler la difficulté qu'ils ont à assumer conjointement le travail en salle d'accouchement. Les mêmes raisons expliquent le défaut de signalisation immédiate en cas de la traversée de la ligne d'alerte, le déficit en accoucheuses apparaît comme un obstacle majeur au bon usage du partogramme malgré une bonne formation. Selon étude sur le niveau de connaissance des personnels soignant KANTE O.T.(2003) au Mali a trouvé le partogramme incorrectement rempli à l'ordre de 21, 5% à la maternité centrale ; 35% au centre de référence ; et 51, 4% à la maternité de camps militaire.

De même à Diarra au Sénégal (étude sur le remplissage de partogramme en 2017) a retrouvé 18, 5% de partogramme sont incorrectement remplis.

En RDC en général, les études sur l'utilisation du partogramme sont encore rares.

Dans les études ultérieures faites sur l'évaluation sur le remplissage de partogramme en 2018 dans les hôpitaux généraux de la ville de Kisangani ; le taux d'utilisation de cet outil était de 77,6% puis par remplissage incorrecte était de 85%, Maintenant malgré le passage de groupe des formateurs de SONU (les soins obstétricaux métral et urgence) comment les sages-femmes n'ont pas pu maîtriser correctement cet outil de travail d'accouchement (BOLAMBA N , 2018).

Nous avons fait le même constat sur le mauvais remplissage de partogramme dans les structures sanitaires. Ce fait nous a motivé de mener une étude sur la problématique du remplissage du partogramme à la maternité de l'HGR de Bumba.

## II. MATERIEL ET METHODE

La population de notre étude est constituée des partogrammes remplis des gestantes qui ont accouché à l'HGR de Bumba durant la période de notre étude dont l'effectif s'élève à 539 partogrammes.

L'échantillon de notre étude est constitué de la correction de 63 partogrammes déjà remplis et pris au hasard afin de connaître si celui-ci est mal rempli ou pas.

Il s'agit d'une étude descriptive prospective. Pour recueillir les données de notre étude, nous avons recouru à la méthode d'observation indirecte et la technique d'analyse documentaire.

Nous avons utilisé le test statistique dont le calcul de pourcentage avec comme formule :

$$\% = \frac{f}{N} \times 100$$

## III. RESULTATS

### 3.1. Profil de prestataire

Tableau N° I: Répartition des enquêtées en fonction de profil de prestataire

Profil de prestataire	F	%
Sage-femme	12	19
Infirmier (ère)	48	76,2
Médecin	03	4,8
TOTAL	63	100

Il ressort de ce tableau que 76,2 % de partogrammes étaient remplis par les infirmières et 19% par une sage-femme.

### 3.2. Age des enquêtées

Tableau N°II : Répartition des enquêtées en fonction de leur tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	F	%
15-19	08	12,7
20- 24	03	4,8
25-29	14	22,2
30-34	06	9,5
≥35	32	50,8
TOTAL	63	100

A la lumière de ce tableau, nous remarquons que la majorité de nos enquêtées avait la tranche d'âge supérieure ou égale à 35 ans avec 50,8%, suivi de 25-29 ans, soit 22,2 %.

### 3.3. Parité

**Tableau N°III : Distribution des enquêtées en fonction de la parité**

Parité	F	%
Primipare	17	27
Multipare	39	61,9
Grande multipare	07	11,1
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Il ressort de ce paramètre que la majorité des enquêtées étaient des multipares avec 61,9% de cas, suivi des primipares soit 27%.

### 3.4. Motif d'admission

**Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de leur motif d'admission**

Motif d'admission	F	%
CUD sur grossesse	54	85,7
RPM	05	7,9
Souffrance fœtale aigue	03	4,8
Hémorragie au cours du travail	01	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

L'analyse de ce tableau nous montre que les CUD sur grossesse ont représenté 85,7% comme motif d'admission tandis que 7,9% de cas étaient dus à la rupture prématurée du travail.

### 3.5. Nombre de CPN

**Tableau N°V : Distribution des enquêtées en fonction de nombre de CPN suivi**

Nombre CPN	F	%
Aucune	04	6,3
1-3CPN	41	65,1
≥ 4CPN	18	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Il découle de ce paramètre que la majorité des enquêtées ont fait une à trois CPN soit 65,1% suivi de celles qui ont fait 4 CPN ou plus soit 28,6%.

### 3.6. Ouverture du partogramme

Tableau N°VI : Répartition des parturientes en fonction du moment de l'ouverture du partogramme

Ouverture du partogramme	F	%
Toutes les heures	42	66,7
Plus d'une heure	21	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

A la lumière de ce résultat, nous avons remarqué que le partogramme a été ouvert toutes les heures dans 66,7% et plus d'une dans 33,3% .

### 3.7. Décision si atteinte de la ligne d'action

Tableau N°VII : Répartition des parturientes en fonction de la décision si atteinte de la ligne d'action par le tracé

Décision si atteinte de la ligne d'action	F	%
Voie basse	33	52,4
Césarienne	30	47,6
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

A l'issu de ce paramètre, 52% de nos enquêtées avaient accouché par voie basse et 47,6% par césarienne.

### 3.8. Durée du travail

Tableau N°VIII : Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail

Durée du travail	F	%
< 12h	58	92,1
12 – 24 h	05	7,9
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Il découle de ce paramètre que 92,1% des parturientes ont accouché dans moins de 12heures et 7,9% au déla de 12 heures.

### 3.9. Qualité de remplissage du partogramme

Tableau N°IX : Répartition des parturientes en fonction de la qualité de remplissage du partogramme.

Qualité de remplissage du partogramme	F	%
Incomplètement rempli	57	90,5
Correctement rempli	06	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

A l'issu de ce paramètre nous avons constaté que les partogrammes incomplètement remplis ont représenté 90,5 % des cas et ceux qui étaient complètement remplis ont présenté que 9,5% des cas.

### 3.10. Zone du partogramme

Tableau N°X : Répartition des parturientes en fonction de la zone du partogramme

Moment d'accouchement	F	%
Avant la ligne d'alerte	55	87,3
Entre les lignes d'alerte et d'action	06	9,5
Après la ligne d'action	02	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

L'analyse de ce paramètre nous stipule que 87,3% des parturientes ont accouché avant la ligne d'alerte tandis que 9,5% avaient accouché entre les lignes d'alerte et d'action.

### 3.11. Score d'APGAR

Tableau N°XI : Répartition des enquêtées en fonction de score d'APGAR de leurs bébés

Score d'APGAR	F	%
8 à 10	54	85,7
4 à 7	05	7,9
0 à 3	04	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Il ressort de ce tableau que 85,7% des nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance de 8 à 10 et 7,9% d'eux avaient le score allant de 0 à 3.

## IV.DISCUSSION

### 1. Profil de prestataire

Il ressort de ce paramètre que 76,2 % de partogrammes étaient remplis par les infirmières.

Nous pensons que la fréquence élevée des infirmières pourraient être à la base de ce résultat.

### 2. Age des enquêtées

A la lumière de ce résultat, nous remarquons que la majorité de nos enquêtées avait l'âge supérieure ou égale à 35ans.

Ce résultat serait dû à leurs anciennetés dans le service.

### 3. Parité

Il ressort de ce paramètre que la majorité des enquêtées étaient des multipares avec 61,9% de cas.

Ce résultat se justifierait par le fait que la plupart des multipares s'inventent avoir l'expérience sur l'accouchement et elles arrivent à la maternité dans un stade avancé du travail ce qui pourrait empêcher un bon remplissage de partogramme par les accoucheurs.

### 4. Motif d'admission

L'analyse de ce paramètre nous montre que les CUD sur grossesse ont représenté 85,7% comme motif d'admission. Ce résultat serait dû au manque des complications lors de l'accouchement et à une bonne surveillance du travail qui aurait favorisé un bon déroulement de l'accouchement.

### 5. Nombre CPN

Il découle de ce paramètre que la majorité des enquêtées ont fait la CPN une à trois fois soit 65,1%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires prennent du temps de vérifier le nombre de CPN par les parturientes vu l'importance de CPN dans la conduite à tenir au cours du travail d'accouchement.

## **6. Ouverture du partogramme**

A la lumière de ce résultat, nous avons remarqué que le partogramme a été ouvert toutes les heures dans 66,7% des cas.

Nous pensons que les prestataires sont suffisamment formés et informés sur les différents moments du remplissage des partogrammes. Ce fait pourrait être à la base de ce résultat.

## **7. Décision si atteinte de la ligne d'action**

A l'issue de ce paramètre, 52% de nos enquêtées avaient accouché par voie basse.

Ce résultat se justifierait par le bon déroulement du travail d'accouchement et par une bonne présentation du fœtus.

## **8. Durée du travail**

Il découle de ce paramètre que 92,1% des parturientes ont accouché dans moins de 12heures.

Ce résultat ressemble à plusieurs auteurs qui stipulent qu'un bon travail d'accouchement ne dépasse 12 heures du temps.

## **9. Qualité de remplissage du partogramme**

A l'issue de ce paramètre nous avons constaté que les partogrammes sont incomplètement remplis dans 90,5 % des cas.

Cette disparité dans l'utilisation du partogramme dans nos différentes maternités pourrait s'expliquer d'une part par la négligence des agents impliqués dans l'utilisation de cet instrument de la surveillance d'accouchements et d'autre part par l'arrivée tardive des parturientes à la maternité.

## **10. Zone du partogramme**

L'analyse de ce paramètre nous stipule que 87,3% des parturientes ont accouché avant la ligne d'alerte.

Nous pensons que la majorité des parturientes avaient fréquenté la maternité dans un stade avancé du travail d'accouchement ce qui pourrait empêcher même le remplissage correct de partogrammes.

## **11. Score d'APGAR**

Il ressort de ce tableau que 85, 7% des nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance soit 8 à 10.

Ce résultat pourrait se justifier par le fait que la majorité des grossesses n'étaient pas accompagnées des anomalies et des complications d'une part et d'autre part, il y avait l'absence des obstacles liés aux fœtus durant l'accouchement.

## **V.CONCLUSION**

Nous voici au terme de notre travail de fin de cycle basé sur la problématique du remplissage correct du partogramme à l'HGR de Bumba de janvier à Juin 2023.

La population de notre étude est constituée de 539 partogrammes tandis que notre échantillon est constitué de la correction de 63 partogrammes déjà remplis et pris au hasard afin de connaître si celui-ci est bien rempli ou pas.

Nous avons mené une étude prospective, basée sur la méthode d'observation indirecte et la technique d'analyse documentaire.

Pour traiter les données de notre étude, nous avons recouru au test statistique dont le calcul de pourcentage.

Après analyse des résultats, nous avons abouti aux résultats suivants :

- ✓ 76,2 % de partogrammes étaient remplis par les infirmières .
- ✓ La tranche d'âge comprise allant de 3 ans ou plus était plus représentée avec 50,8%
- ✓ la majorité des enquêtées étaient des multipares avec 61,9% de cas
- ✓ les CUD sur grossesse ont été représentés dans 85,7% comme motif d'admission

- ✓ la majorité des enquêtées ont fait la CPN une à trois fois soit 65,1%.
- ✓ le partogramme a été ouvert toutes les heures dans 66,7% des cas.
- ✓ 52% de nos enquêtées avaient accouché par voie basse.
- ✓ 92,1% des parturientes ont accouché dans moins de 12heures.
- ✓ les partogrammes sont incomplètement remplis dans 90,5 % des cas.
- ✓ 87,3% des parturientes ont accouché avant la ligne d'alerte.
- ✓ 85, 7% des nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance.

**REFERENCES**

- [1]. AKOUALA R.T., accouchement à moindre risque, Bamako, 2016
- [2]. ANAES B, Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en sante (France), Service Evaluation en etablissements de sante 2000
- [3]. AQUOUSOUF E., Direction des Soins de Santé de Base. Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle. Tunis: Imprimerie officielle de la République Tunisienne. 2017.
- [4]. BOLAMBA N, Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, L1ISTM-KISANGANI, 2018
- [5]. [http// : W.w.w.has.santeprod/fr.org](http://W.w.w.has.santeprod/fr.org) 21/12/2019 12H49'32''
- [6]. KANTE O.T., Camara S, Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako. Université de Bamako. 2003
- [7]. LANCET, Evaluation des pratiques professionnelles: Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Paris: Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en sante. 2002
- [8]. World Health Organization. Monitoring Emergency Obstetric Care /Surveillance Des Soins Obstetricaux D'urgence Manuel D'utilisation. World Health Organization. 2018