RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

--*--

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

----**

UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI

----**

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

--*--**

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

Année : **2023** **N° 2713**

ÉVALUATION DE LA QUALITE DU PARTOGRAMME DANS DEUX MATERNITES DE REFERENCE A COTONOU EN 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE DIPLÔME D'ÉTAT

Par :

DEGBE-ABAGNON Samuel Pascal

Née le 12 Avril 1998 à Cotonou

Directeur de thèse

MCA O. Mathieu OGOUDJOBI

Co-directeurs de thèse

Pr Benjamin HOUNKPATIN

Dr Djotolé Arnette FIOGBE

Président du Jury

Pr Benjamin HOUNKPATIN

Membres du Jury

Pr Badirou AGUEMON

Pr Mathieu OGOUDJOBI

Pr Caroline PADONOU

ANNEE ACADEMIQUE 2022-2023

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kai Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

LE DOYEN

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

0.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
1.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
2.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
3.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
4.	Dr SOSSA Jean	Urologie
5.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
6.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1.	Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1.	Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2.	Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3.	Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4.	Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5.	Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6.	Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7.	Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8.	Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1.	Dr TOHON Gbédolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRÂCE

<< Recommande à l'Eternel tes œuvres, Et tes projets réussiront >> **Proverbes 16 : 3**

<< Mieux vaut la fin d'une chose que son commencement ; mieux vaut un esprit patient qu'un esprit hautin >>

Ecclésiaste 7 : 8

Gloire et honneur au DIEU TOUT PUISSANT pour sa bonté et sa fidélité qui m'ont accompagné durant tout ce parcours.

DEDICACES

- **A mon père Auguste DEGBE-ABAGNON**

  Il est bon d'être père mais il est encore meilleur d'être un père responsable ; et ça vous n'avez jamais cessez de l'être. Je rends grâce à Dieu qui a voulu que je sois le premier fils du médecin que vous êtes. Oui !!! Le fait que vous soyez médecin a influencé mon choix d'embrasser cette noble carrière et je prie Dieu de m'aider à vous rendre fière davantage en m'accordant la grâce de faire mieux que vous.

  Trouvez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

- **A ma mère Claudine GNIKPO**

  Vous avez été témoins des différents efforts qui ont été fournis années après années pour surmonter les différents défis qui se sont présentés pendant tout ce parcours. Vos prières, vos mots d'encouragement et toutes les autres choses que vous avez faites afin de me faciliter les études n'ont pas été vaines. Que ce modeste travail soit la concrétisation de votre souhait ardent de me voir réussir.

- **A mes frères et sœurs Christian, Charbel, Esline, Chancelle, Christelle DEGBE-ABAGNON**

  Je me demande ce que mes fins de journées auraient été sans vous. Rentrer à la maison après une journée ou une garde stressante et me retrouver entourer de votre amour a toujours été réconfortant pour moi. A travers ce travail qui est également le vôtre j'espère que vous poursuivrez vos rêves tout en comptant sur Dieu afin de rendre fière nos géniteurs.

- **A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines des familles DEGBE-ABAGNON et GNIKPO**

  Ce travail est le fruit de vos prières permanentes. Je ne peux que manifester envers vous de la reconnaissance pour tout le soutien et l'affection

manifestée à mon égard. Que Dieu m'accorde la grâce de contribuer à votre bien-être sanitaire à travers les compétences acquises au cours de ces sept dernières années.

- **A Emefa FANGBEDJI**

  Je t'ai connu pendant les derniers mois de ma sixième année en médecine et tout ce que tu m'as apporté en si peu de temps est inestimable. Déclarer son amour à la personne qu'on aime est une bonne chose mais le prouver par de réelles actions est encore mieux et tu n'as jamais cessé de le faire.

  Merci d'être mon aide, ma confidente, celle sur qui je peux compter à tout moment.

  Que Dieu nous unisse davantage et nous accorde la grâce d'accomplir le plan pour lequel il nous a réuni.

- **Aux enfants que Dieu me donnera**

  Vous aurez certainement l'occasion un jour de lire cette thèse. Souvenez-vous à travers ce travail qui est la résultante de sept années d'étude, que rien de beau ne peut se construire sans sacrifice et sans Dieu qui bénit nos efforts. J'espère par la grâce de Dieu que je serai pour vous un modèle de foi, d'amour et de service. Vous êtes bénis !!!

REMERCIEMENTS

- **À mon Père spirituel, le Pasteur Elvis DAGBA**

  Je rends grâce au Seigneur de vous avoir mis sur mon chemin. Durant toutes ces années vous m'avez accompagné aussi bien spirituellement de par vos prières que physiquement de par vos divers appels et messages. Que Dieu se souvienne de vous et maintienne votre cœur dans la simplicité.

- **A tous mes frères et sœurs du MEPS (Temple Palais de Gloire)**

  Je vous suis infiniment reconnaissant pour vos divers encouragements. Que Dieu nous unisse davantage et qu'il m'aide à vous servir encore plus.

- **A la Communauté pour le succès des Etudiants (COSE)**

  Vous êtes une bénédiction pour tous les étudiants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. A travers les différentes sessions hebdomadaires, vous nous avez permis de nous rappeler constamment que sans la grâce de Dieu nos efforts pour réussir seront stériles. Merci infiniment pour les sacrifices que vous ne cessez de consentir pour offrir une atmosphère favorable aux étudiants. Que Dieu bénisse davantage la communauté afin qu'elle impacte de plus en plus les étudiants de la faculté.

- **À mes amis Hubert ALADE ; Luc SOLEVO et Georgio CARRENA**

  Dieu m'a permis de vous rencontrer dès mes premiers pas à la faculté. Je me rappelle de toutes ces fois où nous avons échangé sur divers sujets notamment notre foi chrétienne et le football. Ce fut des moments agréables passés à vos côtés. Que Dieu nous garde et nous accorde une brillante carrière !

- **À ma chère amie Astride FINKPON**

  Plus qu'une amie, tu es devenue au fil des années une sœur pour moi. Malgré nos diverses occupations qui ont tendances à nous éloigner l'un de l'autre, nous arrivons toujours à communiquer comme si jamais nous n'avons été loin l'un de l'autre. Puisse Dieu renforcer davantage ce lien qui nous lie.

- **À Steeve KAHOUI, Shérif AHOYO, Jimmy ASSIONGBON, Amsath HAROUNA, Patrick TOKOUETE, Charbel GBAGUIDI, Vianney ZANNOU, Venance AHOUANSOU, Moïse ASSOHOUÏ**

  Avec vous, j'ai eu le privilège de servir les camarades au poste de responsable d'amphi respectivement en 4ème, 5ème et 6ème de médecine générale. Ce fut de très beaux moments qui nous ont permis d'acquérir de nombreuses aptitudes en rapport avec la gestion des Hommes, qui n'est pas chose facile. Que Dieu se souvienne de tous les efforts que nous avons fournis pour faciliter d'une manière ou d'une autre le cursus de nos camarades. Brillante carrière à vous !!!

- **À tous mes autres camarades de la 45ème promotion de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou :** Merci pour les différents moments partagés. Que Dieu vous guide selon ses projets pour vous !

- **A tout le personnel de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM et du service de maternité du CHU-MEL :** Merci pour votre accueil et pour tout ce que vous avez fait afin de me faciliter la tâche. Que Dieu vous protège !

HOMMAGES

À tous les enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Chers maîtres, vous nous avez enseigné durant toutes ces années « le savoir-être », « le savoir-vivre » et surtout le « savoir-faire ». Nous vous promettons que toutes ces compétences acquises seront mises au profit de la population.

Hommages respectueux.

À notre Directeur de thèse, Maître de Conférences Agrégé O. Mathieu OGOUDJOBI,

Votre simplicité et surtout votre ouverture d'esprit face aux étudiants ont toujours été des aspects de votre personne qui nous ont impressionnés. Tout le long de ce travail, pour lequel vous nous avez honoré en acceptant de le diriger, nous avons pu mieux apprécier ces différentes qualités qui vous distinguent. Merci pour votre disponibilité et votre désir de transmettre sans cesse ce que vous connaissez. Que Dieu vous assiste pour le reste de votre parcours sur terre en accomplissant vos désirs.

Hommages respectueux.

A notre co-directeur, Professeur Benjamin HOUNKPATIN, Ministre de la Santé du Bénin

C'est un immense honneur que vous nous faites en vous associant à ce travail malgré vos multiples occupations. Puisse le Seigneur vous assister dans tout ce que vous faites.

Hommages respectueux.

À notre co-Directrice de thèse, Docteur Arnette FIOGBE

Peu importe la grandeur d'une tâche, celle-ci devient facile et agréable lorsqu'on a la chance d'être entouré par les personnes qu'il faut. Chère Docteure, vous avez

été essentielle dans la réalisation de ce travail. Malgré vos nombreuses occupations vous avez su vous rendre disponible pour nous. Merci pour votre apport inestimable pour cette œuvre et que Dieu ne cesse de vous élever.

Hommages respectueux.

A notre Président de Jury

C'est un privilège que vous nous accordé en acceptant de présider le jury de cette thèse. Vos conseils et recommandations nous aideront à améliorer la qualité de ce travail.

Hommages respectueux.

Aux Honorables membres de jury

Nous vous adressons nos remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail en acceptant de le juger. Nous sommes convaincus que votre contribution nous aidera à parfaire ce travail. Chers Maîtres, recevez ici l'admiration et l'estime que nous vous portons ainsi que l'expression de notre reconnaissance.

Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET AREVIATIONS

Al : Collaborateurs

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

BDCF : Bruits du cœur fœtal

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CUGO : Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique

CHU-MEL : Centre Hospitalier et Universitaire de la mère et de l'enfant

CHUD-OP : Centre Hospitalier Universitaire Départemental de Ouémé-Plateau

CPN : Consultation prénatale

CsRef : Centre de Santé de référence

CU : Contraction utérine

CUD : Contraction utérine douloureuse

DLP : Douleur lombo pelvienne

DFP : Disproportion fœto-pelvienne

GEU : Grossesse extra-utérine

HU : Hauteur utérine

LA : Liquide amniotique

MAP : Menace d'accouchement prématuré

NV : Naissance vivante

Nné : Nouveau-Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDE : Poche des eaux

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

RPM : Rupture prématurée des membranes

RAM : Rupture artificielle des membranes

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des accouchées selon la profession…… 44

Tableau II : Répartition des accouchées en fonction de leurs antécédents médicaux et chirurgicaux…….. 45

Tableau III : Répartition des accouchées en fonction de leurs antécédents obstétricaux…… 46

Tableau IV : Répartition des accouchées selon le motif d'admission……. 47

Tableau V : Répartition des accouchées selon le motif de référence…….. 48

Tableau VI : Répartition des femmes selon leur température et leur tension artérielle à l'admission …..…… 49

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la HU et la fréquence des BDCF à l'entrée…… 50

Tableau VIII : Répartition des partogrammes en fonction de la qualification du prestataire……... 51

Tableau IX : Critères d'évaluation portant sur la présentation du partogramme des accouchées…….. 52

Tableau X : Critères d'évaluation portant sur la surveillance fœtale…… 53

Tableau XI : Critère d'évaluation portant sur la surveillance maternelle……..... 54

Tableau XII : Critère d'évaluation portant sur le traitement administré au cours de la surveillance du travail d'accouchement…….. 55

Tableau XIII : Critère d'évaluation portant sur les actions menées au cours de la surveillance du travail d'accouchement…… 56

Tableau XIV : Critères d'évaluation portant sur l'accouchement et le suivi immédiat…… 57

Tableau XV : Répartition des nouveau-nés issus d'une GMFE en fonction de leur score d'Apgar à la première et à la cinquième minute……. 58

Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés issus d'une GG en fonction de leur score d'Apgar à la première et à la cinquième minute (Jumeau 1)…… 58

Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés issus d'une GG en fonction de leur score d'Apgar à la première et à la cinquième année (Jumeau 2)…… 59

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état de santé…… 59

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction des résultats de l'examen sommaire……..…….. 60

Tableau XX : Répartition des accouchées selon leur état de santé dans les suites de couche immédiate…….. 61

Tableau XXI : Répartition des accouchés selon de la qualité du remplissage de leur partogramme……. 61

Tableau XXII : Distribution de la qualité du remplissage en fonction de la formation sanitaire……... …… 62

Tableau XXIII : Répartition de la qualité du remplissage du partogramme en fonction de la qualification du prestataire……..…….. 63

Tableau XXIV : Relation entre la voie d'accouchement et la qualité du remplissage partogramme et les anomalies …….. 63

Tableau XXV : Relation entre la qualité du partogramme et les anomalies objectivés dans les suites de couche…….. 64

LISTE DES FIGURES

Figure 1	:	Différents temps du travail de FRIEDMAN……...	13
Figure 2	:	Diagramme de LACOMME……..……	14
Figure 3	:	Monogramme à 2 lignes de PHILPOTT……	15
Figure 4	:	Partogramme modifiée de l'OMS……...	16
Figure 5	:	Répartition des parturientes par tranche d'âge……..	43

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION…… 1

1. GENERALITES……..... 6

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE……..... 28

3. RESULTATS……..... 42

4. DISCUSSION…….. 66

CONCLUSION……... 75

SUGGESTIONS…….. 77

REFERENCES…… 79

ANNEXES…… A

TABLE DES MATIERES…… a

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement heureux qui se déroule dans la plupart des cas dans une atmosphère de joie. Elle succède à neuf mois de gestation qui dans certains cas ne sont pas exempts d'imprévus comme un décès maternel et/ou néonatal. Dans le monde, on estime que près de 800 femmes par jour meurent de causes évitables liés à la grossesse et à l'accouchement en 2020 [1,2]. Environ 287 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement. En 2020, près de 95% des décès maternels, dont la plupart aurait pu être évité, surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avec un taux de 70% (202 000) en Afrique subsaharienne et un taux de 16% (47 000) en Asie du Sud [1]. Concernant les nouveau-nés, il a été enregistré dans le monde en 2019 environ 2,4 millions de décès néonataux selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4] avec un ratio de mortalité néonatale estimé à 18 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021 [19]. Plus des deux tiers des décès néonataux ont lieu au cours de la première semaine de vie et environ un million de nouveau-nés meurent dans les 24 premières heures [4]. La majorité de ces décès surviennent en Afrique Subsaharienne avec un taux moyen de mortalité maternelle de 534 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [3] pour 28 décès de nouveau-nés pour 1 000 naissances vivantes [19]

Au Bénin, selon la cinquième Enquête Démographique et de Santé (2017-2018), le ratio de mortalité maternelle est de 391 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) avec un ratio de mortalité néonatale de 30 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes [1,3]. La plupart de ces décès maternels sont causés par les hémorragies du post partum, les infections et les dystocies. Quant aux décès néonataux, ils sont essentiellement liés à l'asphyxie et aux infections néonatales.

Pour pallier à toutes ces causes, sources de décès chez la mère et/ou le nouveau-né, l'une des mesures adoptées par l'OMS fut l'adoption du Partogramme en 1994. Ce dernier est défini comme étant l'enregistrement graphique des données sur le progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus

[6]. Il permet de dépister précocement les anomalies susceptibles de conduire à une mort maternelle et/ou fœtale et à agir dans l'immédiat par des actions appropriées contribuant ainsi à la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale. En effet, une étude réalisée par Bamba M. au Mali a montré une diminution du taux de décès maternel passé de 131 à 106,6 pour 100.000 naissances vivantes de 1988 à 1994 prouvant ainsi l'efficacité de l'usage du partogramme dans le suivi du travail d'accouchement [7]. Cependant, il n'est pas rare de constater dans les différentes maternités que pour diverses raisons, le remplissage de cet outil de surveillance souffre d'énormes insuffisances réduisant ainsi son utilité dans la surveillance materno-fœtale.

Dans l'optique de favoriser une amélioration dans le remplissage du partogramme, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) basé en France, a établi des recommandations en Janvier 2000 [6]. En Europe, sur la base de ces recommandations, Assorin en 2012 à Grenoble dans son étude sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme note un mauvais remplissage avec 24 critères sur 36 non conformes à ceux de l'ANAES [8]. Par contre, Mottier retrouve une amélioration globale de la tenue du partogramme par les sages-femmes dans une étude identique en 2013 à Angers. [9]. En Afrique, au Mali, une étude réalisée par Samake D. au CSREF de la CVI de BAMAKO en 2016 retrouve un taux d'utilisation de 100% du partographe avec 90% de ces derniers qui étaient incomplètement remplis [10]. Au Bénin, les études réalisées par Tambaye en 1995 [11] et Testa et al [12] en 2004 portant respectivement sur « l'utilisation et apport du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement à la CUGO » et « l'évaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin » ont permis de retrouver un taux d'utilisation du partogramme à 56% à la CUGO pour Tambaye et à 98% pour Testa dans les zones rurales. La principale raison évoquée par le personnel soignant quant à ce taux

d'utilisation du partogramme dans l'étude réalisée par Tambaye était la difficulté à tracer le partogramme.

La dernière étude au Bénin sur le partogramme réalisée par Fiogbe en 2014 sur « Evaluation comparative de la qualité de la tenue du partogramme composite et du partogramme modifiée de l'OMS » à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune et au Centre Hospitalier départemental de l'Ouémé-Plateau (CHD-OP) a permis de noter une nette amélioration par rapport à la qualité de remplissage du partogramme avec comme embarras une difficulté de sa compréhension et une nécessité d'attention [13]. D'où elle suggérait entre autres une formation continue des prestataires notamment les sages-femmes, ce qui aiderait à la maitrise parfaite du remplissage du partogramme ; une évaluation périodique (tous les 3 mois) de la qualité du remplissage du partogramme dans les différentes formations sanitaires pour un meilleur contrôle ; un encouragement des prestataires pour une utilisation permanente du partogramme pendant le travail d'accouchement venant des autorités politico-administratives.

A la suite des différents travaux de Testa en 2004 et Fiogbé en 2014, la présente étude permettra d'évaluer d'une part la qualité du partogramme dans les maternités de référence nationale de Cotonou et proposer des axes d'amélioration de la qualité de sa tenue d'autre part.

Les hypothèses de cette étude étaient d'une part :

- La majorité des partogrammes serait de qualité acceptable et d'autre part ;
- La qualité du partogramme est liée à la qualification de l'agent de santé qui l'a rempli.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

Objectif général

Evaluer la qualité du remplissage du partogramme dans deux maternités de référence nationale de Cotonou.

Objectifs spécifiques

1- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ;

2- Déterminer la qualification des prestataires chargés de remplir les partogrammes dans les deux maternités ;

3- Apprécier la qualité du remplissage du partogramme conformément aux critères de l'ANAES ;

4- Identifier les facteurs associés à la qualité du remplissage du partogramme.

1. GENERALITES

1.1. Définition des concepts

- **Partographe**

  Le partographe est une fiche sur laquelle sont consignés en fonction du temps les différents paramètres nécessaires pour la surveillance d'un travail d'accouchement.

- **Partogramme**

  Selon l'OMS, le partogramme est l'enregistrement graphique des données sur le progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus [6].

- **Accouchement**

  C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles lorsque la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée soit six mois [23].

- **Evaluation**

  C'est l'acte par lequel, à propos d'un évènement, d'un individu ou d'un objet, on émet un jugement en se référant à un ou plusieurs critères [24].

- **Qualité**

  Il s'agit de la qualité des soins qui est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité [25].

- **Mortalité maternelle**

  Elle correspond au décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou

la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [14].

- **Mortalité néonatale**

  Elle correspond à l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie [4].

1.2. Revue de littérature

1.2.1. Rappel sur le mécanisme général de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- Effacement et dilatation du col ;

- Expulsion du fœtus ;

- Expulsion des annexes (placenta et membranes).

Ces trois périodes portent le nom de travail d'accouchement.

A- Première période de travail : effacement et dilatation

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine à la dilatation complète.

- **Caractères cliniques de la contraction utérine**

  Le début du travail est en général franc. Il est parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses surtout chez la multipare. La femme peut se croire en travail, mais ces modifications objectives du col font défaut : il ne s'agit que d'une phase préparatoire au travail. L'écoulement par la vulve de glaire épaisse et brunâtre parfois

sanguinolentes traduisant la perte du bouchon muqueux, est, lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

- **Les contractions utérines du travail :**

  Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers : elles sont involontaires. La femme les subit et ne peut les empêcher. Toutefois, certaines femmes étant émotionnels, peuvent les inhiber provisoirement. Elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes) puis de plus en plus court (2 à 3 minutes) à la fin de la période de dilatation. Elles sont progressives dans leur durée qui est de 15 à 20 seconde au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation. Elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa base. Elles sont douloureuses. On dit parfois que la douleur n'est que le fruit de la civilisation, qu'en fait la contraction devrait être indolore. C'est allé trop loin. Le vrai c'est d'abord que la douleur ne commence qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de la contraction. Elle disparaît complètement dans l'intervalle des contractions, c'est ensuite que la perception douloureuse subit des variations individuelles considérables en rapport avec et l'état psychique de la parturiente. Elle augmente avec la crainte et l'angoisse. Elle est dominée parfois complètement par un bon équilibre psychique. Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, la durée et l'intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaires au début du travail. La persistance de douleurs lombaires, plus pénibles et plus rebelles aux

actions antalgiques, est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical troublé. Le nombre de contractions pendant le travail varie beaucoup suivant le quantième de la grossesse, l'eutocie et la qualité du myomètre. Il va de 70 à 180. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère. Les bruits du cœur fœtal (BDCF) deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation. Cliniquement, les modifications du col utérin et du pole inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

- **Effacement du col**

  Le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourci progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse, sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre à bord mince et régulier.

- **Dilatation du col**

  Le col effacé s'ouvre peu à circulairement à la façon d'un diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm, dimension de la dilatation complète. Chez la primipare, effacement et dilatation du col sont successifs. La deuxième ne commence que quand la première est tout à fait terminée et dure en moyenne dans les cas non pathologiques 5 à 10 heures. Ainsi, le pourtour du col dilaté est toujours mince. Chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés au début et dure 3 à 6 heures. Ainsi au pourtour du col utérin reste un bourrelet épais jusqu'à un degré avancé de la dilatation.

- **POCHE DES EAUX**

  Portion membraneuse du pole inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. Les membranes (amnios et chorion) tendues par le liquide amniotique en regard de l'aire de dilatation font une saillie plus ou moins marqué presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante dans une mauvaise accommodation. La rupture à dilatation complète est dite tempestive, au cours de la dilatation, précoce ; avant tout début de travail, prématurée. La poche des eaux c'est -à–dire l'intégrité des membranes a pour rôle de protéger le fœtus contre le traumatisme par le maintien d'une quantité suffisante de liquide amniotique et de protéger l'œuf contre l'infection.

B- Deuxième période : Expulsion

Correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

➢ **Traversée de la filière génitale**

- **Engagement :** c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura ''orienté'' son plus grand axe et se sera ''amoindrie'' en se fléchissant à l'extrême.

- **Descente et rotation :** Au cours de sa descente dans l'excavation, la présentation doit faire une rotation telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand diamètre du détroit supérieur qui est médian.

- **Dégagement :** c'est le franchissement du détroit inférieur. Le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne, la présentation prenant alors l'inverse de celle qu'elle avait précédemment ; le sommet primitivement fléchi se défléchi. Chez la

primipare cette période était en moyenne pour les classiques d'une (1) à (2) heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser vingt minutes chez la primipare. Elle est plus rapide, excédant rarement quinze minutes chez la multipare.

C- Troisième période : Délivrance

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- décollement du placenta ;

- expulsion du placenta ;

- hémostase (formation du globe utérin).

1.2.2. Intérêt du tracé du partogramme

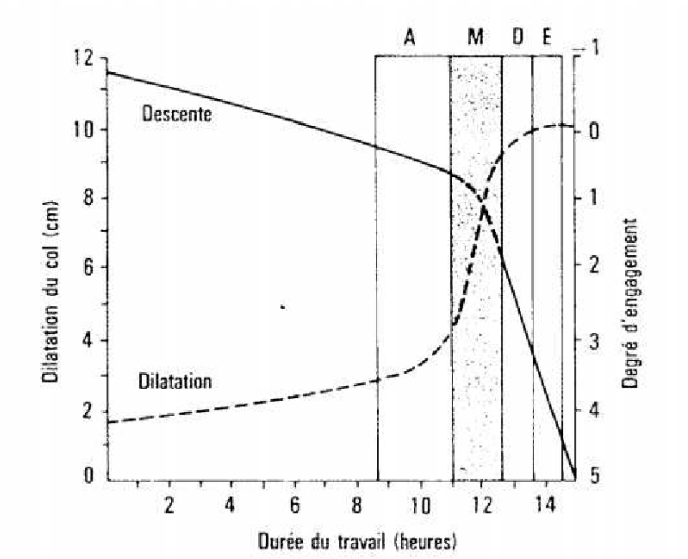
Le partogramme, support principal de l'expertise médico-légale du dossier obstétricale, est un outil de conduite du travail qui permet d'améliorer la qualité de la prise en charge materno-fœtale à partir de l'identification précoce des anomalies du travail d'accouchement. Il facilite la prise de décision et la communication entre les professionnels de la santé. Ainsi le partogramme permettra au plan :

- épidémiologique : de réduire le risque de dystocie, de souffrance fœtale et de complications de l'accouchement ;
- diagnostique : de reconnaître précocement une anomalie d'évolution du travail, fœtale et/ou maternelle ;
- thérapeutique : de mettre en place précocement un traitement adapté à chaque situation pathologique ;
- pronostique : d'améliorer la survie et la morbidité materno-fœtale liés à un travail dystocique.

Aussi, le partogramme est un instrument médico-légal.

1.2.3. Historique

En 1954, Friedman [15] a établi le schéma d'une dilatation normale du col de l'utérus appelé cervicographe suite à une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique (figure 1).



A : Accélération
M : Accélération maximale
D : Décélération
E : Expulsion

Figure 1 : Différents temps du travail de Friedman [28]

De façon fonctionnelle, il divisa le travail en deux phases :

- La première, dite phase de latence et qui correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 2-3 cm, dure 8 à 10 heures pour une primipare et 5-6 heures pour une multipare.
- La seconde, plus rapide, conduisant à la dilatation complète dure 5 heures plus ou moins 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 minutes plus ou moins 1 heure 30 minutes pour une multipare. Par la suite, en 1960, Lacomme [16] utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno-fœtale.

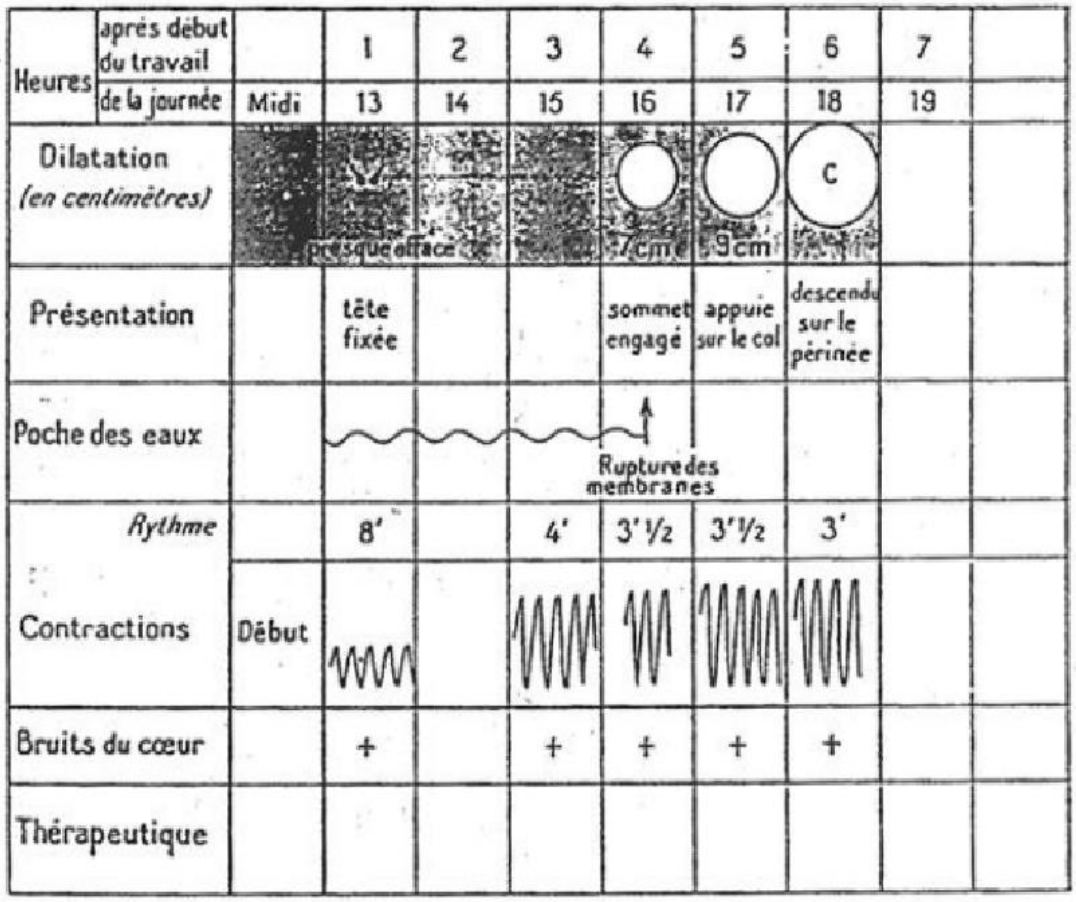


Figure 2 : Diagramme de LACOMME [16]

Dans le cadre d'étude extensive sur les primigestes en Afrique Centrale et en Afrique Méridonale, Philpott [17] a construit un monogramme de la dilatation du col (figure 3), dans la population observée. Ce dernier comprend deux lignes :

- La première dite ligne d'alerte, prévient les professionnels de santé des anomalies du travail et leur laisse un délai pour intervenir.
- La deuxième ligne dite ligne d'action est parallèle à la première et décalée de 4h sur le partogramme. Elle impose une intervention immédiate.

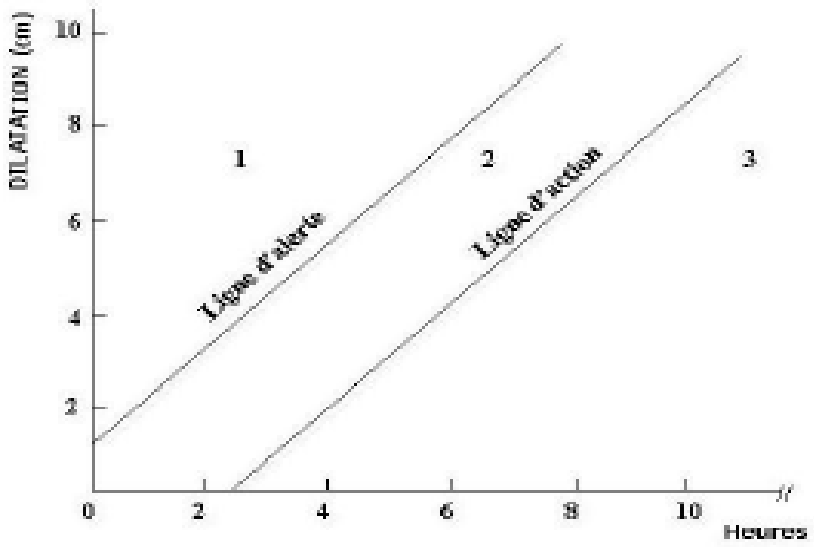


Figure 3 : Monogramme à 2 lignes de PHILPOTT [17]

En 1975, l'OMS s'inspire des travaux de Philpott pour élaborer son premier partogramme appelé « partogramme composite » avec phase de latence intervenant dans le programme de maternité sans risque en 1988. Ce partogramme a beaucoup contribué à l'amélioration de la mortinatalité dans divers pays du monde mais il demeure d'énormes imperfection en ce qui concerne la qualité de son remplissage. Ainsi afin d'encourager davantage le remplissage du partogramme, l'OMS simplifia le partogramme composite comportant la phase de latence en créant en 2003 le partogramme modifiée de l'OMS (figure 4) qui ne comporte pas de phase de latence (c'est le type de partogramme utilisé actuellement dans les maternités de référence nationale de Cotonou).

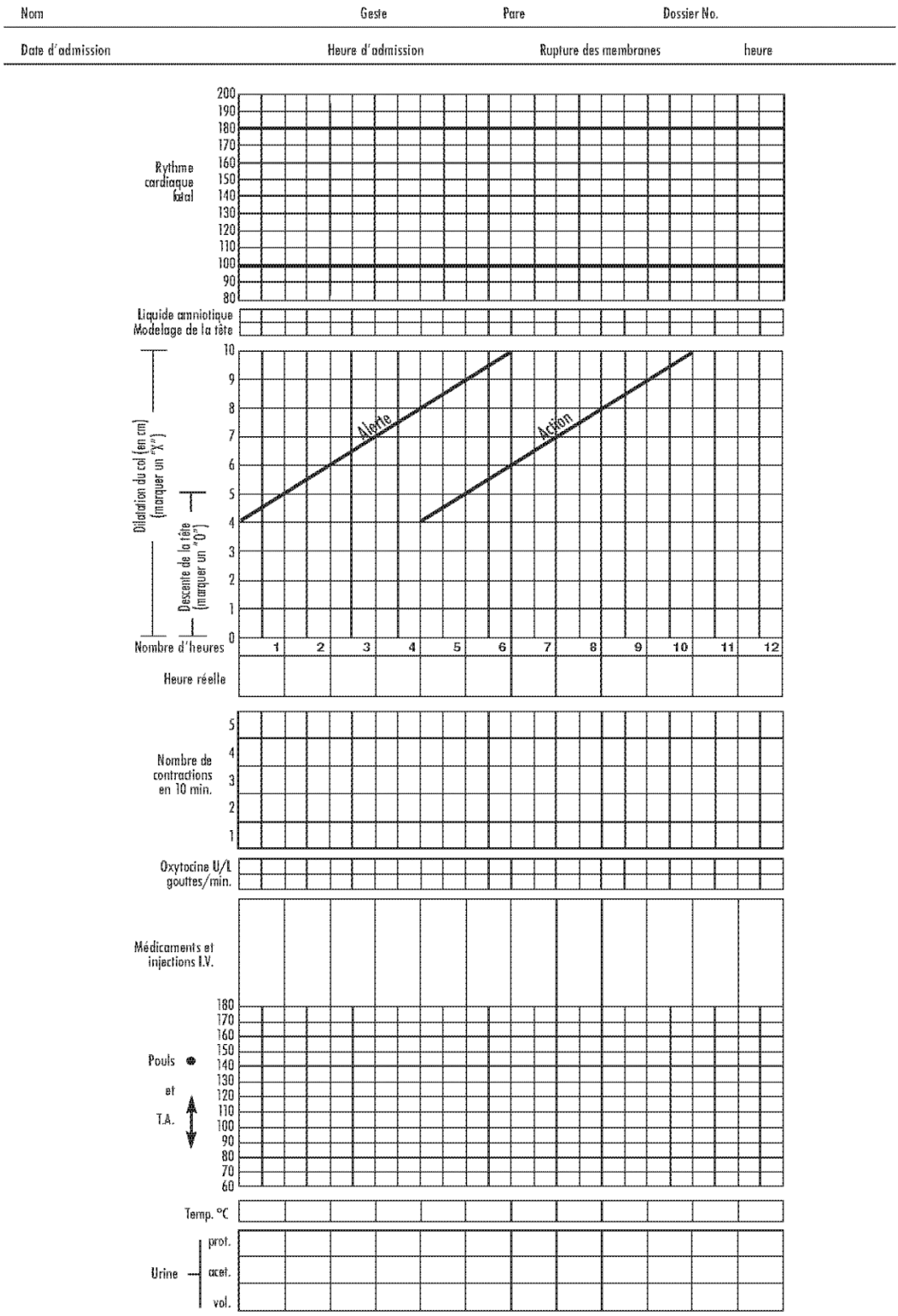


Figure 4 : Partogramme modifiée de l'OMS [29]

1.2.4. Principes du partogramme

- Le tracé du partogramme commence à la phase active ;
- Pendant la phase active, qui commence à 4 cm de dilatation et s'achève à 10 cm, la vitesse de dilatation ne devrait pas être inférieure à 1 cm par heure ;
- L'intervalle de 4h entre le ralentissement du travail et le moment où il est jugé nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger le fœtus ou la mère et évite les interventions injustifiées ;
- Il faudrait éviter de multiplier les touchers vaginaux en se limitant au minimum recommandé pour la sécurité (un toucher vaginal toutes les heures) ;
- Il faut toujours utiliser un partogramme dont les deux lignes d'alerte et d'action sont déjà tracées ;
- Si le travail est normal, la courbe de dilatation ne dépasse pas la ligne d'alerte.

1.2.5. Description du partogramme

Le partogramme est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comporte deux grandes parties à savoir : les renseignements généraux et les observations notées dans le partogramme.

Les renseignements généraux regroupent : l'identité de la parturiente (nom, prénom, âge), la gestité, la parité, l'hôpital d'admission et ou le numéro du dossier obstétrical, la date et l'heure d'admission puis le mode et l'heure de la rupture des membranes.

Les observations notées dans le partogramme sont subdivisées en trois parties :

- La première partie renseigne sur l'état du fœtus à travers le suivi du rythme cardiaque fœtal, la couleur du liquide amniotique et la déformation du crâne ;
- La deuxième partie renseigne sur la progression du travail à travers la dilatation cervicale, la descente fœtale et les contractions utérines ;
- La troisième partie renseigne d'une part sur l'administration d'ocytocine en perfusion et celle de d'autres médicaments puis d'autres part sur l'état de la mère avec : la prise des constantes vitales (température, pouls, tension artérielle), l'examen des urines (diurèse, albuminurie, acétonurie).

1.2.6. Remplissage du partogramme

- Renseignements généraux
  - Nom et prénom ;
  - Gestité, parité ;
  - Numéro du dossier obstétrical ;
  - Date et heure d'admission ;
  - Mode (spontanée ou artificielle) et heure de la rupture des membranes.

- Paramètres fœtaux
  - Rythme cardiaque fœtal

  Sur le partogramme, le rythme cardiaque fœtal est gradué de 100 à 180 et un petit carreau correspond à 10 battements. Les BDCF varient entre 120-160 bpm. La valeur notée à l'auscultation est marquée sur le partogramme par un point rouge. On ausculte les BDCF toutes les 30 minutes.

  - Etat des membranes et aspect du liquide amniotique

Le liquide amniotique aide à évaluer l'état du fœtus. La couleur du liquide amniotique est notée à chaque toucher vaginal lorsque la poche des eaux est rompue. Ainsi, on inscrit :

- Un I si les membranes sont intactes ;
- Un C si les membranes sont rompues et que le liquide est clair ;
- Un M si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- Un S si le liquide amniotique est teinté de sang ;
- Un **A** en cas d'absence de liquide.

- Déformation des os du crâne du fœtus

Les différentes observations sont notées sur le partogramme sous les symboles suivants :

- 0 : si les os sont séparés et les sutures aisément palpables ;
- 1+ : si les os se touchent justes ;
- 2+ : si les os se chevauchent avec un chevauchement réductible ;
- 3+ : si les os se chevauchent avec un chevauchement irréductible.

Il faut noter que l'appréciation des déformations des os du crâne peut être difficile du fait de l'existence d'une bosse séro-sanguine ou d'un céphalhématome qui doivent aussi faire penser à une disproportion céphalo-pelvienne.

➢ Paramètres de la progression du travail

Représentée par un graphique situé au centre du partogramme, elle évolue en deux phases :

- Une phase de latence durant au maximum 8 à 10 heures ;
- Une phase active avec deux lignes d'alerte et d'action délimitant trois zones : une zone de travail normal en avant de la ligne d'alerte, une zone d'attention entre la ligne d'alerte et la ligne d'action et une zone d'action ou de danger en arrière de la ligne d'action.

- Dilatation du col

Elle est lente pendant la phase de latence allant de 0 à 3 cm avec une diminution progressive de la longueur du col. Pendant la phase active la dilatation est plus

rapide et en moyenne un centimètre par heure. Elle est marquée par un 'X' et reportée sur un graphique. Sur ce graphique, on note à gauche une numérotation de 0 à 10 représentants chacun un centimètre de dilatation et en bas une numérotation de 0 à 24 correspondants chacune à une heure. Elle est évaluée toutes les 4h pendant la phase de latence et toutes les heures pendant la phase active.

- Descente de la présentation

Elle accompagne la dilation cervicale pour une bonne marche du travail. Elle est appréciée par la palpation de l'abdomen et notée en cinquième de hauteur mesurée par les cinq doigts de la main (serrés) placés sur à l'horizontale au-dessus de la symphyse pubienne. Il faut la marquer d'un rond « O » à chaque toucher vaginal. A mesure que la tête descend, le nombre de doigts correspondant à la partie qui reste au-dessus du bord du pelvis va en décroissant. Ainsi donc, on a :

- 5/5 = la tête est recouverte entièrement par les cinq doigts au-dessus du bord du pelvis (tête mobile)
- 4/5 = la tête est descendue à quatre doigts du bord du pelvis (tête amorcée)
- 3/5 = la tête est descendue à trois doigts du bord du pelvis (tête fixée)
- 2/5 = la tête est descendue à deux doigts du bord du pelvis (tête engagée)
- 1/5 = la tête est descendue à un doigt du bord du pelvis
- 0/5 = aucune partie de la tête n'est palpable au niveau du bord du pelvis

Par ailleurs, en présence d'une présentation vicieuse, la descente de la tête sera appréciée au toucher vaginal et lorsqu'il y a une bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par le toucher vaginal.

- Contractions utérines

Elles sont évaluées en 10 minutes ; toutes les heures pendant la phase de latence et toutes les demi-heures pendant la phase active. La durée des contractions est mesurée en nombre de seconde à partir du moment où la contraction commence à être ressentie au palper abdominal jusqu'au moment où elle passe.

La partie en dessous de la ligne horizontale prévue pour l'enregistrement du temps renferme une grille de cinq cases de haut sur toute la longueur de la page au regard de laquelle on peut lire, à gauche « Nombres de contractions en 10 minutes ». Chacune des cases correspond à une contraction. Si une contraction est ressentie en espace de 10 minutes, il faut utiliser une case pour l'enregistrer ; si deux contractions sont ressenties en espace de 10 minutes, il faut utiliser deux cases pour les enregistrer ; ainsi de suite.

Ainsi donc dans les cases correspondantes au nombre de CU ;

- Si elles durent moins de 20 secondes on met des pointillés ;
- Si elles durent entre 20 et 40 secondes on hachure par des traits non gras ;
- Si elles durent plus de 40 secondes on fait des traits pleins.

- Administration d'ocytocine et de d'autres médicaments

  - L'administration d'ocytocine doit être marquée à l'endroit prévu (sous les cases de contractions utérines) s'il y a eu lieu en précisant la quantité d'ocytocine utilisée et le nombre de gouttes/minutes.
  - Les médicaments et injections intraveineuses administrés à la parturiente doivent être minutieusement marqués dans l'espace prévu avec une précision du nom des médicaments, la posologie et la voie d'administration.

➢ Paramètres de la mère

Les renseignements sont fournis dans la partie basse du partogramme. Il s'agit notamment de :

- La tension artérielle : elle est prise toutes les quatre heures et marquée par une double flèche en rouge ;
- Le pouls : marqué par un point rouge, il est pris toutes les 30 minutes ;
- La température : elle est prise toutes les quatre heures et marqué en bleu ;
- L'examen des urines à la bandelette urinaire : il se fait à chaque miction à la recherche de protéines, d'acétone et de nitrites. Il est également important d'apprécier le volume des urines et d'encourager la gestante à uriner toutes les deux heures voir quatre heures.

1.2.7. Recommandations de l'ANAES sur le partogramme

Juridiquement, aucun texte ne définit les éléments de surveillance qui doivent figurer sur le partogramme. Pour combler ce manque, l'ANAES a établi, en Janvier 2000, des recommandations précises [6]. Trente-six critères ont été identifiés et classés en six items (Annexe1) comme suit :

1.2.7.1. Présentation du partogramme

Critères 1, 2, 3

Ils évaluent l'état du partogramme et sa lisibilité. Les écrits sont effectués à l'encre indélébile, il n'y a pas de trace de camouflage.

Critère 4

Si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier, il ne doit pas être une simple feuille volante, mais être fixé solidement et comporter l'identité de la mère (cf. critère 4 bis).

Critère 4 bis

L'identité de la mère comporte son nom de jeune fille, son nom marital, sa date de naissance ou son âge. Une étiquette administrative d'identité peut être utilisée.

Critère 5

Le partogramme doit permettre de retrouver tous les intervenants (y compris lors des changements d'équipes) qui se sont succédés pour faciliter une éventuelle recherche de responsabilité.

Critère 6

Il est utile de faire figurer les modalités de déclenchement (spontané ou artificiel) sur le partogramme, car l'allure du graphique peut s'en trouver modifiée. La date de début du travail figure aussi sur le partogramme.

Critère 7

L'horaire de chaque examen doit être noté avec précision.

Critère 8

Des erreurs d'interprétation de la progression du travail peuvent être dues à une mauvaise construction du partogramme. L'annotation de l'heure d'examen doit donc bien correspondre à la durée écoulée depuis le dernier report sur les courbes. L'axe horizontal doit comporter 12 graduations minimum. En cas de déclenchement avec un score de Bishop défavorable, l'ensemble de la surveillance doit pouvoir figurer sur le partogramme**.**

1.2.7.2. Surveillance fœtale

Critères 9 à 12 :

La surveillance fœtale pendant le travail est centrée sur la progression de la présentation et la vérification de la bonne vitalité fœtale.

La progression de la présentation est visualisée sur le graphe.

La variété de la présentation, son degré de flexion et d'asynclitisme, éléments importants à prendre en compte, sont eux aussi mentionnés sur le partogramme.

Un schéma représentant la variété de présentation est accepté.

La vitalité fœtale est objectivée par l'analyse du rythme cardiaque fœtal et par les caractéristiques du liquide amniotique.

Les critères d'analyse du rythme cardiaque fœtal (RCF) sont :

• le rythme de base ;

• la tachycardie ou la bradycardie ;

• les accélérations ;

• les ralentissements et leurs caractéristiques (précoces, tardifs ou variables) ;

• l'amplitude des oscillations.

À chaque examen, le partogramme mentionne la normalité de ce tracé ou les anomalies trouvées. Il faut souligner ici que l'objectif de l'évaluation de la tenue du partogramme n'est pas de juger le bien-fondé des décisions prises face à une anomalie constatée, mais de vérifier la présence de l'information sur le dossier.

Le liquide amniotique se qualifie par son abondance, sa couleur et éventuellement son odeur. D'autres paramètres de surveillance peuvent aussi être mentionnés dans les actes réalisés (pH in utero, oxymétrie de pouls fœtal).

1.2.7.3. Surveillance maternelle

Critères 13 à 20

Il s'agit ici d'avoir des informations sur l'état physique et psychologique de la mère.

Les données cliniques comprennent :

• l'état général avec la prise de la température, du pouls, de la pression artérielle et l'existence de métrorragies (couleur et volume) ;

• l'analyse des contractions utérines : fréquence, intensité, durée, relâchement utérin

• l'appréciation du col : dilatation, mais aussi position, degré d'effacement et consistance.

La tolérance maternelle à la douleur ainsi que son anxiété et son inconfort doivent apparaître sur le partogramme. Le mode de préparation à la naissance, ainsi que le type d'analgésie proposée sont des éléments intéressants à noter dans le cadre de la prise en charge de la mère.

1.2.7.4. Traitement

Critères 21 à 25

Toute prescription doit être signée, et la signature authentifiable [décret n° 91-779

du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes]. La sage-femme, principale responsable du remplissage du partogramme, est autorisée à prescrire certains médicaments.

L'ANAES précise que les abréviations, usuellement utilisées dans le service, peuvent être inscrite sur le partogramme.

L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique doit y être aussi mentionnée.

1.2.7.5. Actes et marqueurs d'évènements

Critères 26, 27

Les actes éventuellement réalisés et les moyens de surveillance utilisés sont consignés :

• le sondage urinaire ;

• la rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle) ;

• les modalités de l'analgésie (péridurale, anesthésie générale, autres...) ;

• l'amnio-infusion ;

• le pH in utero ;

• l'oxymétrie de pouls fœtal.

Les heures d'appels et d'arrivées des médecins, l'heure de décision et l'indication de la césarienne puis l'heure de transfert au bloc opératoire doivent être notées.

1.2.7.6. Naissance et surveillance immédiate

Critères 28 à 36

Concernant la naissance, le partogramme enregistre les données principales permettant de retracer le déroulement précis de l'accouchement proprement dit :

• l'heure de début des efforts expulsifs ;

• la date, l'heure et le mode d'accouchement, avec indications des interventions et manœuvres ;

• le mode de délivrance (avec indications de la délivrance artificielle ou de la révision utérine) ;

• l'état du périnée ;

• le sexe, le poids et le score d'Apgar du nouveau-né ;

• la surveillance de l'accouchée (globe utérin, volume des pertes).

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans deux maternités de référence de Cotonou : le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) et la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM).

2.1.1. CHU-MEL

Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou. Il constitue le centre de référence de la zone sanitaire de Cotonou 1 et 4. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un Hôpital de référence dans les domaines de la Gynécologie, de l'Obstétrique et de la Pédiatrie. On y distingue le service administratif, les services techniques et les services médicaux. Ces derniers sont : le service de gynécologie obstétrique, le service de pédiatrie médicale, le service de chirurgie pédiatrique et les services transversaux.

- **Le service de gynécologie obstétrique** est subdivisé en plusieurs secteurs. On distingue :
  - Le secteur des consultations externes : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale ;
  - Le bloc obstétrical d'urgence regroupant les urgences, la salle de dilatation, la salle d'accouchement, les suites de couches précoces et le bloc opératoire :

    a- Le secteur de réception des urgences : Il accueille toutes les urgences obstétricales et gynécologiques. Les patientes sont mises en condition puis adressées dans les autres secteurs selon leur tableau clinique. Il est doté de trois (03) tables d'examen et de deux (02) lits pour les hospitalisations de jour. Les activités sont assurées par deux (02) sages-

femmes, des étudiants en formation et par deux (02) aides-soignantes, sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

b- Le bloc salle de dilatation-salle d'accouchement : il dispose d'une salle de dilatation et d'une salle d'accouchement. La salle de dilatation, d'une capacité de dix (10) lits accueille les femmes en travail d'accouchement. Elles viennent de la consultation prénatale (CPN), du service des urgences (référées, venues de leur domicile) et du secteur d'hospitalisation. L'activité essentielle à la salle de dilatation consiste en la surveillance maternelle et fœtale puis la gestante passe en salle d'accouchement lorsqu'elle atteint la phase active du travail d'accouchement.

La salle d'accouchement dispose de sept (07) tables d'accouchement, d'un (01) lit réservé aux accouchements humanisés et de huit (08) tables pour l'examen des nouveau-nés munies de matériel de réanimation néonatale. Les activités de la maternité sont assurées chaque jour par : un médecin gynécologue de garde, deux (02) équipes de cinq (05) sages-femmes, une équipe de huit (08) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins stagiaires en étude de spécialisation et les étudiants en médecine générale.

- Le secteur des hospitalisations des mères : bâtiments D et G ;
- Les soins intensifs ;
- Le service d'oncologie gynécologique et mammaire ;
- La vaccination (au service de la mère et de l'enfant)

➢ **Le service de pédiatrie médicale** regroupe :

- Le secteur de néonatologie disposant d'une unité de réanimation néonatale ;
- Le secteur de pédiatrie générale.

Les ressources humaines du service de gynécologie obstétrique.

Le personnel est constitué de :

- Un Professeur Titulaire de gynécologie obstétrique, chef de service
- Un Maitre de Conférence Agrégé de gynécologie obstétrique
- Un maitre-assistant de gynécologie obstétrique
- Six médecins gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers
- Quatre anesthésistes
- Trente-six sages-femmes diplômées d'Etat
- Neuf infirmiers
- Des instrumentistes
- Trente-huit aides-soignants
- Une secrétaire

Le personnel est aidé dans ses fonctions par les internes des hôpitaux, les médecins en cours de spécialisation, les étudiants en médecine, les étudiantes sages-femmes, les étudiants(es) infirmiers (ères).

2.1.2. CNHU-HKM

Le CNHU-HKM est l'hôpital de référence nationale dans la pyramide sanitaire du pays. Il est situé dans la capitale économique de la République du Bénin. Il a été créé le 30 octobre 1962 par la loi N°62-36 sous le nom « hôpital Hubert Koutoukou Maga » ou vulgairement appelé « Hôpital 350 lits ». Il change de statut et devient le Centre National Hospitalier le 21 Décembre 1966. Avec la création de l'Université Nationale du Bénin en 1970, il devient Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) afin de permettre aux étudiants de médecine d'y faire leur stage pratique.

Notre collecte s'était déroulée à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO)

❖ **CUGO**

La CUGO est l'une des grandes entités du CNHU-HKM appartenant au département de la santé maternelle et infantile. Elle a ouvert ses portes le 1er Juin 1978.

➢ **Les infrastructures**

La CUGO comporte 3 secteurs :

a. Le bloc technique

- Une salle de réception des urgences ;
- Trois salles d'opération dont un réservé aux interventions septiques ;
- Une salle de réveil à cinq lits ;
- Une salle de dilatation à sept lits ;
- Une salle de dystocie à cinq lits ;
- Une salle d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra-Utérine) ;
- Une salle d'accouchement avec cinq box.

Ce bloc comprend en plus un bureau pour la maitresse sage-femme, des salles de garde des sages- femmes, des infirmiers du bloc opératoire, des anesthésistes et des aides-soignants.

b. Le secteur de consultation est fait de :

- Une salle abritant le service d'accueil, où se font également l'IEC et la vaccination ;
- Six cabines de consultations (prénatales, postnatales, gynécologiques) ;
- Une salle de PTME (salle de prise en charge initiale de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA) ;
- Un couloir servant de hall d'attente ;
- Deux salles d'échographie ;
- Une salle de colposcopie ;

- Une salle de planning familial et d'orthogénie ;
- Une salle de cours et de staff.

c. Le secteur d'hospitalisation qui comprend :

- Une unité de soins intensifs avec 13 lits ;
- Trois pavillons d'hospitalisation ;
- Une salle de pansement.

➢ **Les ressources humaines**

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux Professeurs Titulaires de gynécologie et d'obstétrique ;
- Un Maître de Conférence Agrégé de gynécologie et d'obstétrique ;
- Un maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique ;
- Sept praticiens hospitaliers gynécologues-obstétriciens ;
- Trente-sept sages-femmes diplômées d'état ;
- Vingt-sept infirmiers et infirmières diplômés d'état ;
- Vingt-cinq aides-soignants et aides-soignantes ;
- Une secrétaire ;
- Cinq agents administratifs.

Le personnel est aidé dans ses fonctions par des étudiantes sages-femmes, des étudiants infirmières et infirmiers, des étudiants en médecine et des médecins en spécialisation.

➢ **Les activités**

La CUGO assure les activités suivantes

- Les prestations de soins
  - Les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques ;
  - Les accouchements ;
  - Les interventions chirurgicales ;
  - La vaccination ;
  - Le planning familial,

- Le dépistage du cancer du col,
- Les activités de la PTME chez les PVVIH.

- Les activités de formation (stage pratique pour les étudiantes sages-femmes, les infirmières et infirmiers, les étudiants en médecine et les médecins en spécialisation).
- Des travaux de recherches à travers des thèses de doctorat d'état en médecine, des mémoires de fin de formation et d'autres publications médicales.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visée évaluative qui a porté sur les données de remplissage du partogramme et qui s'est déroulée sur une période de trois (03) mois allant du 1er avril au 30 Juin 2023.

2.2.2. Population d'étude

Pour l'étude, nous avons exploité l'ensemble des partogrammes des femmes ayant accouché dans les centres suscités pendant la période d'étude.

2.2.2.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes qui ont accouché dans les maternités du CHU-MEL et du CNHU-HKM pendant la période d'étude et dont le travail a été suivi à l'aide du partogramme modifié de l'OMS.

2.2.2.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- les patientes ayant bénéficiées d'une césarienne prophylactique ou en début de travail ;
- les parturientes ayant accouché en dehors de la maternité et admises pour une urgence du post-partum.

2.2.2.3. Critères d'exclusion

- les femmes admises avec une dilatation du col ≥ à 8 cm ;
- les dossiers incomplets ou illisibles ont été exclus de l'étude.

2.2.3. Échantillonnage

2.2.3.1. Méthode et technique d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste avec un recrutement exhaustif de tous les cas répondant aux critères de sélection.

2.2.3.2. Taille de l'échantillon

Compte tenu du caractère exhaustif du recrutement, le calcul de la taille de l'échantillon n'a pas été fait. Toutes les femmes accouchées dont les dossiers respectaient les critères de sélection ont été prises en compte dans l'étude.

2.2.4. Variables

2.2.4.1. Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude est la qualité du remplissage du partogramme dans les deux maternités.

Pour l'évaluation de la qualité du remplissage du partogramme, nous avons utilisé une grille d'évaluation (Annexe1) dont les critères ont été élaborées en suivant ceux émis par Testa et Al au Bénin et ceux de l'ANAES [6], notamment:

- La présentation du partogramme
  - Le support papier est en bon état ;
  - Le partogramme est fixé dans le dossier ;
  - Identité civile de la mère notée (nom, âge, profession, gestité, parité) ;
  - Nom et qualité du prestataire noté ;
  - Date et heure d'admission notées ;
  - Nom du centre d'admission ou numéro de dossier obstétrical précisé ;
  - Horaire de chaque examen précisé ;
  - Remplissage partogramme respecte le rythme horaire de chaque phase.
- La surveillance du fœtus
  - BDCF notés à chaque examen ;

- Déformation crânienne notée à chaque examen ;
- Descente fœtale précisée à chaque examen.

- La surveillance de la mère et déroulement du travail
  - Analyse des contractions utérines à chaque examen ;
  - Dilatation cervicale notée suivant le rythme horaire de chaque phase ;
  - Etat PDE noté à chaque examen ;
  - Heure et type (RPM, RAM, précoce) de la rupture des membranes précisés ;
  - Aspect du LA à chaque examen ;
  - Prise des constantes vitales notée (température, pouls, TA) ;
  - Examen des urines noté (albuminurie, acétonurie, diurèse).
- Traitement
  - Heure de pose d'une voie veineuse notée ;
  - Nom des médicaments utilisés précisé ;
  - Voie d'administration des médicaments précisée ;
  - Posologie des médicaments précisée.
- Actions menées
  - Rupture artificielle des membranes ;
  - Utilisation d'analgésie précisée ;
  - Utilisation d'ocytocique précisée ;
  - Heure de décision de césarienne notée ;
- Accouchement et suivi immédiat
  - Mode d'accouchement précisé ;
    + Spontanée (naturelle ou dirigée)
    + Instrumentale (forceps ou ventouse)
    + Césarienne
    + Manœuvres (précisé)
  - Etat du périnée précisé ;

- Date et heure d'accouchement précisées ;
- Etat du nouveau-né précisé (sexe, poids, Apgar) ;
- Heure et mode de délivrance

  + Si délivrance artificielle (DA) + RU

- Révision utérine (RU) isolée ;
- Surveillance de l'accouchée (globe de sécurité ; pouls, TA, température).

2.2.4.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes ont été :

➢ Variables sociodémographiques :

- Age : tranche d'âge < 20 ans, de 20-29 ans, ≥30 ans ;
- Profession : élève, étudiante, artisane (coiffeuse, couturière, tisserande), ménagère, ouvrières agricoles, fonctionnaire etc…

➢ Variables liées à la clinique :

- Antécédents médicaux : HTA, diabète etc… ;
- Antécédents chirurgicaux : Myomectomie, césarienne etc… ;
- Gestité : primigeste (1ère grossesse), paucigeste (2-3 grossesses), multigeste (4-6 grossesses), grande multigeste (>6) ;
- Parité : nullipare (aucun enfant vivant), primipare (1 enfant accouché), paucipare (2-3 enfants accouchés), multipare (4-6 enfants accouchés), grande multipare (>6) ;
- Mode d'admission : venue d'elle-même/référée suivi du motif d'admission/ de référence ;
- Température : 36.5-37°C: température normale ; ≥ 38°C : Hyperthermie
- Tension artérielle : TA normale (TAS ≤135 mmHg et TAD ≤85 mmHg), HTA modérée (TAS entre 14-16 cmHg et TAD entre 9-10 cmHg), HTA sévère (TAS > 16 cmhg et TAD > à 10 cmHg) ;

- Hauteur utérine (en cm) : < 32, 32-36, ≥36 ;
- Contractions utérines : Oui/non ; Si oui avec précision du nombre de CU en 10 min ;
- Présentation (type) : céphalique, siège, transversale ;
- BDCF : <120, 120-160, >160 ;
- Dilatation cervicale à l'entrée (en cm) : phase de latence (< 4cm), phase active (> ou égale à 4cm) ;

➢ Variables liées au pronostic materno-fœtal :

- Anomalies objectivées pendant le travail : Oui ou non, si oui avec précision du type ;
- Extraction instrumentale : oui ou non, si oui avec précision du type (ventouse, forceps) ;
- Césarienne : Oui ou non, si oui avec précision de l'indication ;
- Examen des suites de couches immédiates (dans les 6 h après accouchement) : Oui ou non, si oui avec précision des anomalies objectivées ;
- Mère vivante : Oui ou non, si non avec précision de la cause du décès ;
- Chez le nouveau-né :
  - Apgar à la première minute : < 7 et > 7 ;
  - Apgar à la cinquième minute : < 7 et > 7 ;
  - Nouveau-né vivant : Oui ou non, si oui avec précision du résultat de l'examen sommaire (Nouveau-né sain, à risque, malade) ;
  - Transféré à la néonatologie : Oui ou non, si oui avec précision du motif du transfert et devenir dans les 7 jours (Vivant ou décédé, avec précision de la durée de vie et de la cause du décès si décédé).

2.2.5. Critères de jugement [6]

La conformité de chaque critère du partogramme a été analysé par rapport au référentiel de l'ANAES. Pour chaque critère présent, la mention « Oui » a été attribué avec un score de 1 point. Lorsque le critère était absent, la mention « Non » fut attribué avec un score de 0 point et un critère ne pouvant être évalué était qualifié de « Non adapté » ou « Non applicable ». Ainsi, un critère était déclaré conforme lorsque sa fréquence de notation sur le partogramme était comprise entre 80 et 100%.

A la fin de l'évaluation, un point était fait sur l'ensemble des critères bien renseignés et ceux mal renseignés au niveau de chaque parturiente. Ceci permettait d'apprécier subjectivement la qualité bonne (entre 24 et 33 critères conformes soit [72,7% - 100%]), acceptable (entre 16 et 23 critères conformes soit [48,5% - 72,7% [) ou mauvaise (moins de 16 critères conformes soit < 48,5%)) du remplissage du partogramme.

2.2.6. Collecte de données

2.2.6.1. Equipe de collecte

La collecte des données a été effectué par nous-mêmes.

- **Sources de collecte**

Les sources de collecte des données étaient le registre de la salle d'accouchement et les dossiers obstétricaux des accouchées y compris les partogrammes.

- **Technique et outils de collecte**

La collecte des données a été faite par dépouillement des dossiers obstétricaux et des partogrammes des femmes à l'aide d'une fiche d'enquête sur kobocollect. **Cette fiche de dépouillement a été testé pour la rendre opérationnelle avant le démarrage de l'étude proprement dite.**

2.2.6.2. Déroulement de la collecte

Après avoir obtenu l'autorisation des responsables du CHU-MEL et du CNHU-HKM ainsi que des chefs de leur service de gynécologie obstétrique, nous avons récupéré les registres des salles d'accouchement au niveau des deux maternités. Ces registres nous ont permis de relever le numéro de dossiers des patientes ayant accouché pendant la période du 1er avril au 30 juin 2023. Nous avions par la suite recherché chaque dossier à partir d'une liste que nous avions préalablement conçue. Après avoir réunis tous les dossiers disponibles, nous avions identifiés ceux qui répondaient aux critères d'inclusion de notre étude et avions procédé au remplissage des fiches d'enquête kobocollect.

2.2.7. Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, celles-ci ont été importées dans Excel Microsoft 365. Après épuration de la base, l'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Python.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne accompagnée de l'écart-type ou de médiane avec intervalle interquartile, selon leur distribution (normale ou non). Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre d'occurrences et en pourcentage.

Les tableaux et graphes ont été conçus avec le logiciel Excel 2013 et les textes rédigés dans Word.

2.2.8. Considérations éthiques et déontologiques

L'accord des autorités compétentes à divers niveaux a été obtenu avant la collecte des données en occurrence celui des autorités compétentes du CHU-MEL et du CNHU-HKM ainsi que de leurs médecins chefs de services de gynécologie obstétrique. La confidentialité des données a été également assurée.

3. RESULTATS

Les résultats de notre étude qui a duré trois mois allant du 01er avril au 30 juin 2023 ont concerné 386 partogrammes dont 251 (65,0%) provenant du CHU-MEL et 135 (35,0%) du CNHU-HKM.

3.1. Caractéristiques socio-démographiques (selon l'âge et la profession)

3.1.1. Age (en année)

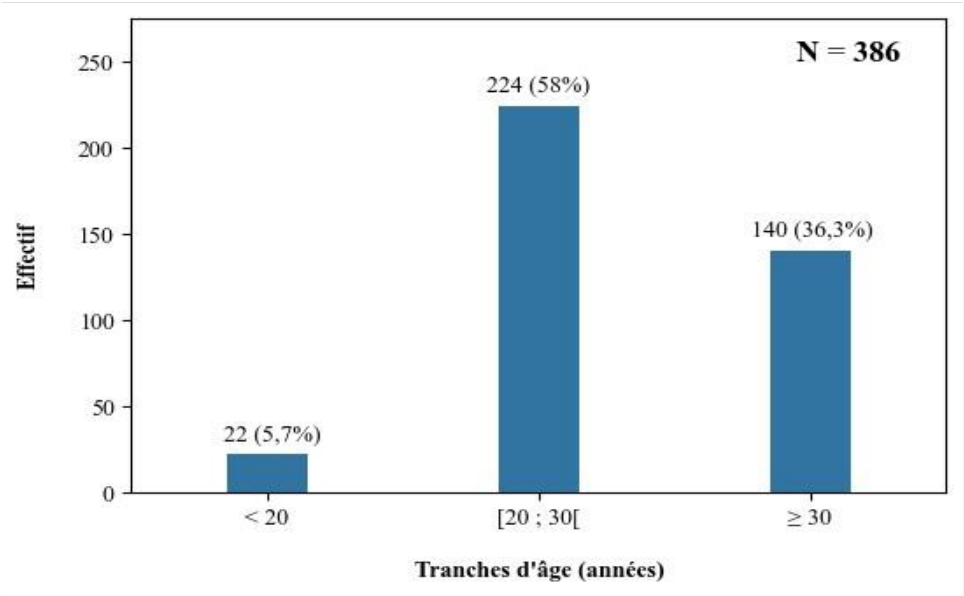


Figure 5 : Répartition des parturientes par tranche d'âge (N= 386)

Le graphe ci-dessus montre que la classe d'âge la plus représentée au cours de cette étude était celle de 20 à 29 ans (**58% ; n=224**). L'âge moyen était de 27,79 ± 5,87 ans. Les accouchées de l'étude avaient entre 14 et 45 ans.

3.1.2. Profession

Tableau I : Répartition des accouchées selon la profession

	Effectif	Pourcentage
Artisane (coiffeuse, couturière, tisserande)	102	26,4
Ouvrière agricole	71	18,4
Fonctionnaire	50	13,0
Commerçante	47	12,2
Ménagère	38	9,8
Elève/étudiante	33	8,5
Autre	45	11,7
Total	386	100

L'artisanat (coiffeuse, couturière, tisserande) était le corps professionnel le plus représenté (26,4%) suivi des ouvrières (18,4%).

3.2. Caractéristiques cliniques des accouchées

3.2.1. Antécédents

Tableau II : Répartition des accouchées en fonction des antécédents médicaux et chirurgicaux

	Effectif (n=386)	Pourcentage
Médicaux		
HTA	2	0,5
Drépanocytose	4	1,0
HIV	3	0,8
Aucun	377	97,7
Chirurgicaux		
Césarienne	37	9,6
*GEU	2	0,5
Aucun	347	89,9

*GEU : Grossesse extra-utérine

Les antécédents médicaux et chirurgicaux étaient sans particularité chez plus de 85% des patientes de notre échantillon.

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leurs antécédents obstétricaux (Gestité, parité)

	Effectif (n=386)	Pourcentage
Gestité		
Primigeste	118	30,6
Paucigeste	163	42,2
Multigeste	81	21,0
Grande multigeste	24	6,2
Parité		
Nullipare	151	39,1
Primipare	83	21,5
Paucipare	102	26,4
Multipare	46	11,9
Grande multipare	4	1,0

L'analyse du tableau montre une prédominance des paucigestes (**42,2%**) et des nullipares (**39,1%**) dans notre échantillon.

3.2.2 Mode et motifs d'admission

3.2.2.1. Mode d'admission

Sur les 386 accouchées de notre série, 247 soit 89,4% étaient venues d'elles-mêmes et 139 soit 10,6% étaient référées.

3.2.2.2 Motif d'admission et de référence

- **Pour les patientes venues d'elles-mêmes**

Les motifs de leurs admissions sont présentés dans le tableau suivant

Tableau IV : Répartition des accouchées selon le motif d'admission

	Effectif (N=386)	Pourcentage
CU* ou DLP sur grossesse*	168	81,6
RPM*	32	15,5
Perte liquidienne autre que saignement	24	11,7
Saignement génital	11	5,3
Autre	10	4,9

*DLP : douleur lombo-pelvienne

*RPM : rupture prématurée des membranes

*CU : contraction utérine douloureuse

L'analyse du tableau montre que la plupart des gestantes ont consulté pour des contractions utérines douloureuses ou des douleurs lombo-pelviennes (**81,6%**).

- **Pour les patientes référées**

Parmi les 386 accouchées, 139 (36%) étaient référées. Les motifs de référence sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau V : Répartition des accouchées selon le motif de référence

	Effectif (N=386)	Pourcentage
MAP*	**25**	**18,0**
RPM*	19	13,7
Travail d'accouchement	18	12,9
Anomalie de progression du travail	15	10,8
ARCF*	12	8,6
HTA sur grossesse	10	7,2
Anémie sur grossesse	8	5,8
HU* excessive	7	5,0
Dépassement de terme	5	3,6
Présentation dystocique	4	2,9
Autres	16	11,5

*MAP : Menace d'accouchement prématuré

*ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

*HU : Hauteur utérine

3.3. Données cliniques à l'admission

3.3.1. Paramètres vitaux

Les paramètres vitaux recueillis dans notre étude étaient la température et la tension artérielle. Les résultats obtenus pour ceux-ci sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau VI : Répartition des femmes selon température et la tension artérielle à l'admission

	Effectif	Pourcentage
Température (°C)		
Normale	**377**	**97,7**
Hyperthermie	9	2,3
Tension artérielle		
Normale	273	70,7
Elevée		
HTA sévère	88	22,8
HTA modérée	25	6,5

Le tableau ci-dessus montre que la quasi-totalité des parturientes avaient une température normale (**97,7%**) et plus de la majorité, une tension artérielle normale (**70,7%**)

3.3.2. Données obstétricales

3.3.2.1. Type de grossesse

Sur les 386 cas de notre échantillon, 351 soit 80,9% étaient des grossesses monofoetale et 35 (9,1%) des grossesses gémellaires.

3.3.2.2. Hauteur utérine et bruit du cœur fœtal

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine et la fréquence des BDCF et la dilation cervicale de leur col à l'entrée

	Effectif	Pourcentage
HU (cm)		
< 32	95	24,6
[32 ; 36[	221	57,3
≥ 36	70	18,1
BDC		
Absents	**7**	2,0
Présents	344	98,0
[120 ; 160[	342	99,4
> 160	2	0,6
Dilatation cervicale (cm)		
< 4 (phase de latence)	286	74
≥ 4 (phase active)	100	26

3.4. Analyse du remplissage du partogramme

3.4.1. Qualification du prestataire

Tableau VIII : Répartition des partogrammes en fonction de la qualification du prestataire

	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	202	52,3
Médecin	44	11,4
Non renseigné	140	36,3
Total	386	100

Sur les 386 partogrammes de notre étude, environ la moitié (52,3%) était remplie par les sages-femmes et sur 140 soit 36,3% la qualification du prestataire n'était pas renseignée.

3.4.2. Evaluation du partogramme

Nous présenterons dans l'ordre, les résultats de l'évaluation du partogramme selon les critères évaluant la présentation du partogramme, la surveillance fœtale, la surveillance maternelle, le traitement, les actes et marqueurs d'évènements, la naissance et la surveillance immédiate. Cette dernière s'est faite suivant la grille d'évaluation de l'ANAES.

Tableau IX : Critères d'évaluation portant sur la présentation du partogramme des accouchées

	Effectif	Pourcentage
Support papier en bon état		
Oui	372	96,4
Non	14	3,6
Partogramme fixé dans le dossier		
Oui	386	100
Non	0	0
Identité civile de la mère notée		
Oui	383	99,2
Non	3	0,8
Nom et la qualité du prestataire notées		
Oui	248	64,2
Non	138	35,8
Nom du centre ou le numéro du dossier précisées		
Oui	384	99,5
Non	2	0,5
Date et heure d'admission notées		
Oui	367	95,1
Non	19	4,9
Horaire de chaque examen précisé		
Oui	382	99,0
Non	4	1,0
Remplissage du partogramme respecte rythme horaire		
Oui	373	96,6
Non	13	3,4
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	2895/3088	93,8%
Qualité		Bonne

Tous les critères ayant permis l'évaluation de la présentation du partogramme étaient conformes avec des taux de conformité allant de **95,1% à 100%** sauf le critère 4 dont le taux de conformité était de **64,2%.**

Tableau X : Critères d'évaluation de la surveillance fœtale

	Effectif	Pourcentage
BDC* notés à chaque examen		
Oui	358	92,7
Non	21	5,4
NA*	7	1,8
Déformation crânienne notée à chaque examen		
Oui	227	58,8
Non	147	38,1
NA	12	3,1
Descente fœtale précisée à chaque examen		
Oui	338	87,6
Non	42	10,9
NA	6	1,6
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	923/1133	81,46%
Qualité		Bonne

***Bruit du cœur fœtal *Non applicable**

Tableau XI : Critères d'évaluation portant sur la surveillance maternelle

	Effectif	Pourcentage
Analyse des contractions utérines à chaque examen		
Oui	371	96,1
Non	15	3,9
Dilatation cervicale notée suivant le rythme horaire de chaque phase		
Oui	369	95,6
Non	17	4,4
Etat de la PDE* noté à chaque examen		
Oui	92	23,8
Non	288	74,6
NA	6	1,6
Heure et type de la rupture des membranes précisés		
Oui	64	16,6
Non	308	79,8
NA	14	3,6
Aspect du LA* noté à chaque examen		
Oui	302	78,2
Non	81	21,0
NA	3	0,8
Prise des constantes vitales notées (température, pouls, TA)		
Oui	368	95,3
Non	18	4,7
Examen des urines notée (albuminurie, acétonurie, diurèse)		
Oui	167	43,3
Non	219	56,7
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	1733/2679	64,68%
Qualité		Acceptable

*PDE : poche des eaux
*LA : liquide amniotique

Tableau XII : Critères d'évaluation portant sur le traitement administré au cours de la surveillance du travail d'accouchement

	Effectif	Pourcentage
Heure de pose d'une voie veineuse notée		
Oui	100	25,9
Non	266	68,9
NA	20	5,2
Noms des médicaments précisés		
Oui	40	10,4
Non	171	44,3
NA	175	45,3
Voie d'administration des médicaments		
Oui	25	6,5
Non	185	47,9
NA	176	45,6
Posologie des médicaments précisée		
Oui	11	2,8
Non	198	51,3
NA	177	45,9
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	176/996	17,67%
Qualité		Mauvaise

Tableau XIII : Critères d'évaluation portant sur les actions menées au cours de la surveillance du travail d'accouchement

	Effectif	Pourcentage
Rupture artificielle des membranes		
Oui	21	5,4
Non	103	26,7
NA	262	67,9
Utilisation d'analgésie notée		
Oui	33	8,5
Non	63	16,3
NA	290	75,1
Utilisation d'ocytocine précisée		
Oui	144	37,3
Non	61	15,8
NA	181	46,9
Heure de décision de Césarienne notée		
Oui	6	1,6
Non	47	12,2
NA	333	86,3
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	204/478	42,67%
Qualité		Mauvaise

Tableau XIV : Critères d'évaluation portant sur l'accouchement et le suivi immédiat

	Effectif	Pourcentage
Mode d'accouchement précisé		
Oui	162	42,0
Non	224	58,0
Etat du périnée précisé		
Oui	1	0,3
Non	385	99,7
Date et heure d'accouchement précisées		
Oui	352	91,2
Non	34	8,8
Paramètre du nouveau-né précisé (sexe, poids, Apgar)		
Oui	130	33,7
Non	256	66,3
Heure et mode de délivrance		
Oui	62	16,1
Non	324	83,9
Délivrance artificielle + Révision utérine		
Oui	10	2,6
Non	68	17,6
NA	308	79,8
RU isolée		
Oui	11	2,8
Non	42	10,9
NA	333	86,3
Surveillance de l'accouchée (globe de sécurité, pouls, TA, température)		
Oui	6	1,6
Non	365	94,6
NA	15	3,9
Appréciation		
Score obtenu/score attendu	734/2432	30,18%
Qualité		Mauvaise

3.5. Données de l'accouchement

3.5.1. Score Apgar des nouveau-nés à la première et à la cinquième minute

Tableaux XV : Répartition des nouveau-nés issus d'une grossesse monofoetale en fonction de leur score Apgar à la première et à la cinquième minute

	Effectif	Pourcentage
Apgar à la 1ère minute		
Sup à 7	310	91,2
Inf à 7	30	8,8
Apgar à la 5ème minute		
Sup à 7	326	95,9
Inf à 7	14	4,1

Tableaux XVI : Répartition des nouveau-nés issus d'une grossesse gémellaire en fonction de leur score Apgar à la première et à la cinquième minute (Jumeau 1)

	Effectif	Pourcentage
Apgar à la 1ère minute Jumeau 1		
Sup à 7	28	80,0
Inf à 7	7	20,0
Apgar à la 5ème minute Jumeau 1		
Sup à 7	31	88,6
Inf à 7	4	11,4

Tableaux XVII : Répartition des nouveau-nés issus d'une grossesse gémellaire en fonction de leur score Apgar à la première et à la cinquième minute (Jumeau 2)

	Effectif	Pourcentage
Apgar à la 1ère minute Jumeau 2		
Sup à 7	28	84,8
Inf à 7	5	15,2
Apgar à la 5ème minute Jumeau 2		
Sup à 7	31	93,9
Inf à 7	2	6,1

3.5.2. Etat de santé des nouveau-nés

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état de santé

	Effectif	Pourcentage
Nouveau-né vivant		
Oui	339	96,6
Non	12	3,4
Jumeau 1 vivant		
Oui	34	97,1
Non	1	2,9
Jumeau 2 vivant		
Oui	33	94,3
Non	2	5,7

3.5.3. Examen sommaire des nouveau-nés

Tableau XVIX : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction des résultats de l'examen sommaire

	Effectif	Pourcentage
Résultat de l'examen sommaire		
Nné sain	224	82,7
Nné à risque infectieux	27	10,0
Nné malade	20	7,4
Résultat de l'examen sommaire J1		
Nné sain	10	47,6
Nné à risque infectieux	7	33,3
Nné malade	4	19,0
Résultat de l'examen sommaire J2		
Nné sain	10	52,6
Nné à risque infectieux	7	36,8
Nné malade	2	10,5

3.5.4. Etat des accouchées dans les suites de couche immédiate (six premières heures après accouchement)

Tableau XX : Répartition des accouchées selon leur état de santé dans les suites de couche immédiate

	Effectif	Pourcentage
Réalisation d'un examen des suites de couches immédiates		
Oui	318	82,4
Non	68	17,6
Anomalies des suites de couches		
HTA	20	6,3
Traumatisme obstétrical	8	2,5
Atonie utérine	2	0,6
Aucune	288	90,6

Toutes les femmes étaient vivantes dans les suites de couche immédiate. Parmi elles, **90%** ne présentaient aucune anomalie dans les suites de couche immédiate.

3.6. Appréciation globale de la qualité du remplissage

3.6.1. Qualité du remplissage du partogramme

Tableau XXI : Répartition des accouchées selon la qualité du remplissage de leurs partogrammes

	Effectif	Pourcentage (IC95%)
Bonne	3	0,8 [0 - 1,7]
Acceptable	307	79,5 [75,5 - 83,5]
Mauvaise	76	19,7 [15,7 - 23,7]

Ce tableau montre que la qualité du partogramme n'était bonne que dans **0,8%** des cas.

3.6.2. Qualité du remplissage du partogramme selon la formation sanitaire et la qualification du prestataire

Le tableau suivant présente la distribution de la qualité de remplissage en fonction de l'hôpital.

Tableau XXII : Distribution de la qualité du remplissage en fonction de la formation sanitaire

	Qualité du remplissage			p-value
	Bonne n (%)	Acceptable n (%)	Mauvaise n (%)	
Formation sanitaire				**< 0,005**
CNHU-HKM (135)	2 (1,5)	129 (95,5)	4 (3)	
CHU-MEL (251)	1 (0,4)	178 (70,9)	72 (28,7)	

Le tableau ci-dessus révèle qu'il y a une différence significative ($p < 0,005$) en ce qui concerne le remplissage du partogramme au niveau du CNHU-HKM et du CHU-MEL. En effet, la qualité du remplissage du partogramme était plus acceptable (95,5% vs 70,9%) ou bonne (1,5% vs 0,4%) au CNHU-HKM qu'au CHU-MEL où elle en était plus mauvaise (3% vs 28,7%).

Le tableau XXIII présente la qualité du remplissage du partogramme en fonction de la qualification du prestataire.

Tableau XXIII : Répartition de la qualité du remplissage du partogramme en fonction de la qualification du prestataire

	Qualification du prestataire			
	Médecin	**SFE***	**NR***	**p-value**
Qualité du remplissage				**< 0,005**
Acceptable n (%)	31 (70,5%)	146 (72,3%)	130 (92,9%)	
Bonne n (%)	1 (2,3%)	0	2 (1,4%)	
Mauvaise n (%)	12 (27,3%)	56 (27,7%)	8 (5,7%)	

*SFE : Sage-femme ; NR : Non renseigné

3.6.3. Qualité du remplissage du partogramme et impact sur l'évolution de l'accouchement

3.6.3.1. Qualité du remplissage du partogramme et voie d'accouchement

Tableau XXIV : Relation entre la voie d'accouchement et la qualité du remplissage du partogramme

	Voie d'accouchement		
	Césarienne	**Voie basse**	p-value
Acceptable (307)	33 (10,7)	274 (89,3)	>0,05
Bonne (3)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Mauvaise (76)	9 (11,8)	67 (88,2)	

p >0,05 **:** il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la voie d'accouchement et la qualité du partogramme.

3.6.3.2. Qualité du remplissage et anomalies

3.6.3.2.1. Qualité du remplissage et anomalies objectivées dans les suites de couche immédiate.

Tableau XXV : Relation entre la qualité du partogramme et les anomalies objectivées dans les suites de couche immédiate

	Qualité de remplissage		
	Acceptable	**Bonne**	**Mauvaise**
Anomalies survenues dans les suites de couches immédiates			
HTA	18 (90%)	0	2 (10%)
Traumatisme obstetrical	7 (87,5%)	0	1 (12,5%)
Atonie uterine	2 (100%)	0	0
Aucune	229 (79,5%)	2 (0,7%)	57 (19,8%)

3.6.4. Qualité du partogramme et Pronostic fœtal

Tableau XXVI : Relation entre la qualité du remplissage du partogramme et le pronostic fœtal

	Décès durant l'accouchement		p-value
	Non, n=371	Oui, n=15	
Qualité de remplissage du partogramme			**< 0,005**
Acceptable	302 (98,4%)	5 (1,6%)	
Bonne	3 (100%)	0	
Mauvaise	66 (86,8%)	10 (13,2%)	

L'analyse de ce tableau nous montre que la qualité du partogramme est significativement associée à la survenue de décès périnatal durant l'accouchement.

Le tableau suivant présente les résultats d'une analyse de régression logistique simple où la force de l'association entre la qualité du partographe est évaluée en terme d'Odds Ratios (OR) pour le décès périnatal durant l'accouchement.

	OR[1]	**95% CI[1]**	**p-value**
Qualité de remplissage du partogramme			**< 0,005**
Acceptable	1,00	—	
Bonne	0,00		
Mauvaise	9,15	3,03 ; 27,66	

[1]OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Il ressort que l'issue fatale d'un nouveau-né est 9,15 fois plus élevée lorsque le partographe est mauvais que quand il est acceptable.

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de cette étude s'articulera autour de trois (03) axes :

L'atteinte des objectifs ;

La validité de l'étude ;

La comparaison des résultats avec ceux de la littérature.

4.1. Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, les objectifs assignés ont été atteints. En effet, cette étude nous a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes, de déterminer la qualification des prestataires chargés de remplir les partogrammes et enfin d'apprécier la qualité du remplissage du partogramme conformément aux critères de l'ANAES.

4.2. Validité et limites de l'étude

Nous avons évalué la qualité de remplissage du partogramme dans deux maternités de référence de la ville de Cotonou à partir de différents critères qui ont été élaborés en suivant ceux émis par Testa et al au Bénin et ceux de l'ANAES. Conformément aux recommandations de l'ANAES, le recueil des données a été fait de façon rétrospective. Ce qui implique que les professionnels n'ont pas pu modifier leurs pratiques spécialement au moment de l'audit des dossiers, ce qui aurait pu être le cas dans une démarche avec un recueil prospectif des données et aurait ainsi entraîné un biais. Etant seul juge dans l'appréciation des dossiers, l'interprétation des différents critères conserve une certaine cohérence. Néanmoins, il faut noter que l'évaluation rétrospective du partogramme entraîne un biais de mesure car l'absence d'un critère de remplissage du partogramme peut-être due soit à un défaut d'action ou à un défaut de traçabilité.

4.3. Comparaison des résultats avec ceux de la littérature

La comparaison des données avec celles d'autres auteurs sera abordées suivant le plan ci-après :

Les caractéristiques sociodémographiques ;
La qualification des prestataires ;
L'analyse du remplissage du partogramme par son évaluation et l'appréciation de la qualité de son remplissage.

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

4.3.1.1. Age

Dans notre étude, l'âge médian des accouchées était de 27 ans avec un âge moyen de 27,79 ± 5,87. Cette moyenne d'âge est similaire à celle trouvée dans les études de Fiogbé et al. [13] dans deux hôpitaux universitaires du Bénin en 2014, de kome [20] au Centre de santé de référence (CsRef) de la Commune II du district de BAMAKO en 2015, de Samake [10] au CsRéf de la Commune VI du district de BAMAKO en 2016.

La tranche d'âge la plus représentée de notre série était celle de 20 à 29 ans avec 224 patientes (58%). Ce résultat est similaire à celui de Fiogbé et al qui retrouvait que 48,87% des patientes avaient entre 22 à 30 ans.

4.3.1.2. Profession

Les résultats obtenus indiquent que la catégorie professionnelle la plus représentée était celle des artisanes avec 102 patientes (26,4%), suivi de celle des ouvrières agricoles 71 patientes (18,4%). Ces résultats ne sont pas superposables avec ceux de Testa et al en 2004 [12] et de Fiogbé et al qui ont retrouvé une prédominance des ouvrières (37,10%) suivi de celle des artisanes (24,89%). Cette observation pourrait s'expliquer par la zone (rurale) de recrutement des patientes.

4.3.2. Qualification des prestataires

Sur l'ensemble des trois cent quatre-vingt-six (386) partogrammes évalués dans notre étude, deux cents cinquante et un (251) provenaient du CHU-MEL et cent trente-cinq (135) du CNHU-HKM. La qualification du prestataire ayant rempli le partogramme a été notifié dans 246 cas soit un taux de 63,7% tandis qu'elle ne l'était pas dans les 140 cas restants soit un taux de 36,3%.

Parmi ces 140 partogrammes sur lesquels ne figuraient pas la qualification du prestataire, il faut préciser que 134 provenaient du CNHU-HKM. Cela est dû au fait que sur le partogramme du CNHU-HKM, il n'existe pas de rubrique permettant aux prestataires d'inscrire leurs noms et leurs qualifications comme tel est le cas sur le partogramme du CHU-MEL. Néanmoins, bien qu'étant absent sur le partogramme, notons que le nom et la qualification du prestataire ayant surveillé l'accouché durant son travail figure dans le dossier obstétrical de cette dernière.

Les 246 partogrammes sur lesquels figurait la qualification du prestataire étaient remplis par 44 médecins (11,4%) et par 202 sages-femmes (52,3%). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les sages-femmes sont les premières responsables de la salle d'accouchement ayant pour rôle de remplir les partographes et de surveiller les parturientes dès leurs admissions jusqu'à leurs sorties. Ce résultat est conforme à ceux trouvés par Kome [20] et Touré [21] selon lesquels 69,2% et 74% des partographes ont été remplies par les sages-femmes.

Parmi les 44 partographes remplis par des médecins, 70,5% étaient d'une qualité acceptable, 2,3% d'une bonne qualité et 27,3% de mauvaise qualité. Quant aux partographes (202) remplis par les sages-femmes, aucune n'était d'une bonne qualité. 72,3% étaient d'une qualité acceptable et 27,7% de mauvaise qualité. Ces résultats prouvent que la plupart des prestataires chargés de remplir le

partogramme dans les salles d'accouchement ont un niveau satisfaisant permettant d'obtenir une qualité acceptable du partogramme. Néanmoins, un renforcement de leurs connaissances permettra d'obtenir un pourcentage beaucoup plus élevé de partogramme avec une bonne qualité.

4.3.3. Analyse du remplissage

4.3.3.1. Evaluation du remplissage

A- Présentation du partogramme

La présentation du partogramme constituait la première rubrique de l'évaluation. Elle est d'une importance capitale car les différents critères qu'elle contient permettent de bien attribuer le partogramme à une patiente, d'assurer l'identification du prestataire ayant assuré la prise en charge et l'identification horaire de la surveillance du travail qui est d'une importance médico-légale essentielle. Tous les critères d'évaluation étudiés dans cette rubrique étaient conformes à ceux de l'ANAES (avec des taux de conformité allant de 95,1% à 100%) sauf le critère 4 concernant le nom et la qualité des différents prestataires qui se sont occupés de chaque parturiente en particulier celui qui avait suivi le travail et l'accoucheur dont le taux de conformité était de 64,2%. Contrairement à notre étude, Fiogbé et al [13] retrouvaient un taux de conformité plus faible de 14,93% concernant le même critère. Cette observation pourrait s'expliquer par l'absence d'une place prévue sur le partogramme concernant ce critère. Quant à Assorin à Grenoble [8], il notait dans son étude un taux de 73%. En 2022, dans leur étude, Mikoka et al ont retrouvé un taux largement supérieur (82,5%) en RDC, toujours en rapport avec le critère concernant l'identité des prestataires [27].

Notons que généralement, le renseignement de critère figurait par contre dans tous les dossiers des accouchées de notre série.

B- Surveillance du fœtus

La surveillance de l'état du fœtus, deuxième rubrique, était évalué par trois (3) critères (9,10,11). Parmi ces critères, nous avons constaté que les critères 9 et 11 qui concernaient la précision des bruits du cœur fœtal et la descente fœtale étaient conforme aux critères de l'ANAES avec respectivement des taux de conformité de 92,7% et 87,6%. Fiogbé et al [13] au Bénin en 2014 ainsi que de nombreux auteurs retrouvaient un taux de conformité semblable au nôtre concernant le critère 9. Fiogbé [13], Mottier et al [9], Friha et al [22] retrouvaient respectivement un taux de conformité de 95,48%, 95% et 94%. Notons que l'OMS recommande une auscultation intermittente avec un appareil à ultrasons Doppler ou un stéthoscope de Pinard pendant le travail. [26]

Quant au critère 10 qui concernait la déformation crânienne ; il n'était renseigné que dans 58,8% des cas ; or c'est un critère qui permet de détecter les cas de disproportion fœtale voire de souffrance fœtale. L'insuffisance de renseignement sur ce critère pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'appréciation des sutures du crâne fœtal lors des touchers vaginaux en particulier en cas de bosse séro-sanguine.

C- Surveillance maternelle

Pour ce qui concerne la surveillance maternelle, sept (07) critères (12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18) étaient concernés. Parmi eux, seuls trois critères étaient conformes. Il s'agissait des critères concernant l'analyse des contractions utérines (critère 12), la dilatation cervicale (critère 13) et la prise des constantes vitales (critère 17) qui avaient respectivement des taux de conformité de 96,1%, 95,6% et 95,3%. Ces observations sont superposables à celles de Fiogbé et al [13] qui avaient retrouvés respectivement des taux de 94,12%, de 100% et 96,83% pour chacun des critères sus-cités. Assorin par contre retrouvait dans son étude à Grenoble, un taux de

conformité largement inférieur au nôtre pour ce qui concerne le critère 12 avec un taux de conformité de 38% [8].

L'état de la poche des eaux (critère 14) n'était renseigné que dans 23,8% des cas, l'heure et le type de la rupture des membranes (critère 15) dans 16,6% des cas. Notons que ces informations étaient souvent absentes sur le partogramme mais étaient toujours présentes dans les dossiers des parturientes. L'aspect du liquide amniotique (critère 16) était notifié dans 78,2% des cas. Cette observation s'éloigne de celle trouvée dans l'étude de Fiogbé et al qui ont retrouvé un taux de conformité de 52,94% pour ce dernier.

Le dernier critère (critère 18) de cette rubrique, l'examen des urines n'était renseigné que dans 43,3% des cas de notre série. Sa non-conformité aux recommandations de l'ANAES pourrait s'expliquer d'une part par le défaut de bandelette urinaire quelques fois en salle d'accouchement et d'autre part par le manque de sensibilisation des prestataires envers les parturientes pour des mictions fréquentes.

D- Traitement administrés au cours du travail d'accouchement

Les critères 19, 20, 21 et 22 ont servis à l'évaluation de cette rubrique. Le critère 19 ayant rapport à l'heure de pose d'une voie veineuse périphérique était conforme dans 25,9% des cas. Ce taux de conformité pourrait s'expliquer par le fait que la pose de voie veineuse s'est faite bien avant le démarrage du tracé du partogramme (en occurrence avant la phase active) dans la plupart des cas de notre série. Nos résultats sont largement supérieurs à ceux de Assorin et Fiogbé et al qui retrouvaient respectivement pour ce même critère des taux de conformité de 13% et 2,71% dans leurs études.

Quant aux critères 20, 21 et 22 qui concernaient respectivement le nom des médicaments, leurs voies d'administration et leurs posologies, ils étaient aussi non conformes avec des taux de conformité de 10,4%, 6,5% et 2,8%. Ces faibles taux de notification de ces différents critères sur le partogramme s'explique d'une part par le fait que la plupart des médicaments administrés et leurs voies d'administration puis posologie sont notés dans les dossiers des parturientes. D'autre part cela est dû au fait que chez la plupart des accouchés de notre série, ces critères étaient non applicables. En effet, ces critères ne pouvaient qu'être appliqués chez les parturientes ayant bénéficiés de traitement médicamenteux au cours de la surveillance du travail d'accouchement.

Fiogbé et al rapportaient des taux de conformité largement supérieur aux nôtres.

E- Actions menées

De façon générale, dans notre étude, les actions menées au cours du travail d'accouchement étaient soit renseigné dans les dossiers obstétricaux et pas sur le partogrammes des patientes soit elles n'étaient pas applicables.

La rupture artificielle des membranes, l'utilisation d'analgésie, d'ocytocine et l'heure de décision de césarienne étaient des critères non applicables respectivement dans 262 cas soit 67,9%, 290 cas soit 75,1%, 181 cas soit 46,9% et 333 cas soit 86,3%. Ces taux sont dus au fait que la plupart des accouchés de notre série n'ont bénéficiés d'aucune de ces actions au cours de la phase active du travail d'accouchement (phase au cours de laquelle le tracé du partogramme commence).

Ainsi aucun de ces critères n'étaient conformes aux recommandations de l'ANAES car lorsque les actions qu'elles évaluaient étaient menées, cela était beaucoup plus notifié dans les dossiers que sur les partogrammes.

F- Accouchement et suivi immédiat

Sur l'ensemble des huit (08) critères permettant d'évaluer l'accouchement et le suivi immédiat, seul le critère 29 concernant la date et l'heure d'accouchement était conformes aux recommandations de l'ANAES avec un taux de conformité de 91,2%. Le mode d'accouchement (critère 27), l'état du périnée (critère 28), les paramètres du nouveau-né (critère 30), l'heure et le mode de délivrance (critère 31) et la surveillance de l'accouchée (critère 33) n'étaient que renseignés respectivement dans 42% ; 0,3% ; 33,7% ; 16,1% et 1,6% des cas. L'absence de notification de tous ces critères sur le partogramme est en grande partie due au fait que toutes ces informations sont toujours inscrites dans le dossier des patientes et quelques fois aussi bien dans le dossier que sur le partogramme.

Quant aux deux critères restants notamment les critères 31 bis et 32 qui concernaient respectivement la pratique d'une délivrance artificielle associée à une révision utérine et celle d'une révision utérine isolée ; ils étaient non applicables dans notre étude chez la plupart des accouchés de notre série car elles ont bénéficié pour la plupart d'une délivrance assistée GATPA.

4.3.3.2. Appréciation de la qualité de remplissage du partogramme

Globalement, sur les 386 partogrammes analysés : la qualité de remplissage de 307 (79,5%) partogrammes était acceptable; celle de 76 (19,7%) partogrammes était mauvaise et seulement celle de 3 étaient bonne (0,8%). Ces observations diffèrent un peu de celles de fiogbé et al [13] qui retrouvaient dans leur étude 72,4% de partogramme avec une qualité acceptable, 15,38% de mauvaise qualité et 12,22% de bonne qualité.

CONCLUSION

Conclusion

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visé évaluative portant sur les données de remplissage du partogramme sur une période de trois (03) mois allant du 1er avril au 30 juin 2023 au CHU-MEL et au CNHU-HKM de Cotonou en République du Bénin. Cette dernière nous a permis de faire plusieurs observations :

- Sur les 33 critères évalués pour le remplissage du partogramme, **treize (13) étaient conformes** aux recommandations de l'ANAES c'est-à-dire avec un taux de conformité compris entre 80% et 100% ; **quatorze (14) étaient non conformes** avec de variation dans la tenue du partogramme entre le CHU-MEL et le CNHU-HKM.
- Les partogrammes sont essentiellement remplis par les premières responsables de la salle d'accouchement, en occurrence les sages-femmes.
- **Seulement 0,8%** des partogrammes étaient de bonne qualité c'est-à-dire ayant entre 24 et 33 critères conformes aux recommandation de l'ANAES.
- L'issue fatale d'un nouveau-né est 9,15 fois plus élevé lorsque le remplissage du partogramme est de mauvaise qualité que lorsqu'il est de qualité acceptable.

-

SUGGESTIONS

A l'issue de notre travail, nous formulons les suggestions suivantes :

Aux gestantes :

- ✓ Suivre la grossesse par le biais de visites prénatales régulière depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement ;
- ✓ Recourir immédiatement aux centres de santé dès le début du travail d'accouchement

Aux prestataires de la salle d'accouchement :

- ✓ Remplir chaque rubrique du partographe avec soins ;
- ✓ Faire des réunions quotidiennes afin de corriger les insuffisances dans le remplissage du partographe ;
- ✓ Permettre également aux stagiaires internés d'assurer la surveillance des parturientes via le tracé du partogramme.

Au ministère de la Santé :

- ✓ Rendre uniforme le modèle de partogramme utilisé dans les maternités de référence à Cotonou en insérant toutes les rubriques proposées par l'ANAES ;
- ✓ Augmenter le nombre de sages-femmes prestataires à la salle d'accouchement en vue d'assurer une prise en charge complète de chaque parturiente ;
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correcte du partographe par le e-learnig ;
- ✓ Favoriser la digitalisation du tracé du partogramme à partir du **« e-partogramme »**

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle : Principaux faits 2023. Centre des médias, Principaux repères, OMS 2023 : 1-6 **https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality**

2. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Lancet Global Health [En ligne]. 2019 sept [Cité le 23 Janvier 2020] ; 102(6) : 1p. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

3. Institut National de la statistique et de l'analyse économique ; Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou et Rockville : 185-92.

4. Organisation mondiale de la santé. Nouveau-né : améliorer leur survie et leur bien-être. Centre des médias ; Principaux repères OMS 2020 :3p https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality

5. Ministère de la santé du Bénin : Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin (PO-RMMN) 2018 ; Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME):109p https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/ben-cc-10-03-plan-strategy-2018-fra-operational-plan-reduction-maternal-neonatal-mortality-2018-2022.pdf

6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de Santé. Service évaluation en établissements de santé, Service Communication et Diffusion ANAES Paris 2000 :1-42

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf

7. Bamba M. Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de référence de la commune V de BAMAKO à propos de 3827 cas [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Ondonto-stomatologie du Mail, Thèse de médecine n°52/1998, Bibliosante 2016 :1-59 https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/10161

8. Assorin L. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE Grenoble [Mémoire]. Médecine : Grenoble ; 2012. 47 p

9. Mottier M. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme selon les recommandations de l'ANAES [mémoire]. Médecine : Angers ; 2013. 62p

10. Samake D. : Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la commune VI de BAMAKO. [Thèse de médecine, BAMAKO 2016]

11. Tambaye A. Le partogramme : utilisation et apport dans la surveillance du travail d'accouchement à propos de 50 cas à la C.U.G.O [Thèse]. Médecine : Cotonou ; 1995

12. Testa J, Azandegbé N, Makoutodé M. Evaluation de la qualité de l'utilisation du partogramme au Bénin. Cahier d'études et de recherche francophones / Santé. 2004

13. Fiogbé A. Evaluation comparative de la qualité de la tenue du partogramme

composite et du partogramme modifié de l'OMS. [Mémoire pour la validation de la 3ème année du diplôme d'études spécialisés de Gynécologie-Obstétrique ; Cotonou 2014]

14. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème révision ; Vol1. Genève 1993 ; 1330.

15. Friedman . The graphieanalusis of labor.An J ObsteGynecol 1954; 68: P.1568-75.

16. Lacomme M. L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricole. Paris: Masson; 1960. P. 202-7.

17. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour. J Obstet. Gynecol. 1972; 79: P.599-602.

18. OMS. Programme Santé Maternelle et Maternité sous risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la dure du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.8.

19. Nations Unies. Groupe inter institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UNICEF, OMS, Banque Mondiale et Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies). www.childmortality.org

20. Komé CH. Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOM de la CII du district de Bamako. Thèse Med ; Bamako 2015 N°89 : 107p

21. Touré O. Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso. Thèse Med ; Bamako 2009, N°126 : 89p

22. Soraya F. Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil [mémoire]. Université de VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN Yveline, Mémoire n°18/2014 France 2014 : 90p.
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01099788/document

23. Merger R, Lery J, Melchior J. Précis d'obstétrique, Paris Masson 2001 : P471

24. Luc Bonnet. L'évaluation. Stage initial MF1 Novembre 2006 : 1p
http://codep01.ffessm.fr/IMG/pdf/lb-evaluer.pdf

25. OMS. Qualité des soins. Thèmes de santé OMS 2023 :1p
https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

26. OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins intra partum pour une expérience positive de l'accouchement. Bureau régional de l'Afrique 2021 : 4p
https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-18.12

27. Mikoka et al. Evolution de la Qualité du Partogramme dans 96 Formations Sanitaires de 3 Divisions Provinciales de Santé en République Démocratique du Congo. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie 2023 : P2 https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=130012

28. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris : SIMEP ; 1992.

29.Medecins sans frontière. Accouchement normal et procédures en cas d'incidents. Soins obstétricaux et néonatals essentiels 2024

https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/ONC/francais/chapitre-5-accouchement-normal-et-procedures-en-cas-dincidents-51416874.html

ANNEXES

Annexe 1

FICHE DE COLLECTE

EVALUATION DE LA QUALITE DU PARTOGRAMME DANS LES MATERNITES DE REFERENCE NATIONALE DE COTONOU DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 2023

Numéro de la fiche : **Dossier n° :**

N°	Question	Codes	Réponses
Q0	**Nom du centre hospitalier**	1- CHU-MEL 2- CNHU-HKM	
I- Identification			
Q1-	**Profil du prestataire ayant rempli le partogramme**	1- Médecin 2- Sage-femme 3- Interne 4- Autre (à préciser)	
Q2-	**Age de la patiente (…ans)**	-	
Q3-	**Profession de la parturiente**	1-Elève/étudiante 2- Artisane (coiffeuse, couturière, tisserande) 3- Ménagère 4- Ouvrières agricoles 5- Fonctionnaires 6- Commerçantes 7- Autres (à préciser)	
II- Admission			
Q4-	**Mode d'admission**	1- Venue d'elle-même 2- Référée 3- Adressée de la consultation	
Q5-	**Motif d'admission si venue d'elle-même (Question à choix multiples)**	1- CUD/DLP sur grossesse 2- RPM 3- Saignement génital 4- Autres (à préciser)	
Q6-	**Motif de référence si référé (Question à choix multiples)**	1- Hémorragie au cours du travail 2- Disproportion foeto-pelvienne 3- Dystocie de démarrage 4- Dilatation stationnaire 5- Souffrance fœtale aigue 6- HTA sur grossesse 7- Pré-éclampsie 8- Eclampsie 9- Syndrome de pré-rupture ou rupture utérine	

		10- Autres (à préciser)	
Q7-	**Référée avec un partogramme ?**	1-Oui 2- Non	
Q8-	**Si Oui à Q7**	Courbe de dilatation 1- A la phase de latence 2- A la phase active	
		Si phase active : a- Zone de travail normal b- Zone d'alerte c- Zone rouge	
Q9-	**Prise de tisane traditionnelle pendant la grossesse**	1-Non 2-Oui 3- Non renseigné Si oui, préciser a- la plante utilisée b- à quel mois de grossesse c- la durée de la prise (en jour)	
Q10-	**Si Oui à Q9, Est-ce une tisane à but ocytocique ?**	1-Oui 2-Non	
III- Antécédents			
Q11-	**Médicaux (Question à choix multiples)**	1- HTA 2- Diabète 3- Autre (à préciser) 4- Aucun	
Q12-	**Chirurgicaux (Questions à choix multiples)**	1- Myomectomie 2- Césarienne 3- Autre (à préciser) 4- Aucun	
Q13-	**Obstétricaux**	Gestité	
		Parité	
IV- Examen général à l'entrée			
Q14-	**Température en degré Celsius**	°C	
Q15-	**Pression artérielle systolique**	mm Hg	

Q16-	**Pression artérielle diastolique**	mm Hg	
Q17-	**Pouls**	puls/min	
Q18-	**Muqueuses**	1- Bien ou normo-colorées 2- Moyennement colorées 3- pâles	
Q19-	**N'test : albuminurie, glucose, nitrites**	1-A ;S ; N 2-Non renseigné	
V- Examen obstétrical à l'entrée			
Q20-	**Grossesse gémellaire**	1-Oui 2-Non	
Q21-	**Hauteur utérine**	(en cm)	
Q22-	**Aspect de l'utérus : contractions utérines (CU)**	1-Oui 2-Non Si oui, préciser le nombre de CU en 10 min et la durée	
Q23-	**Présentation**	1- Céphalique 2- Siège 3- Transversale	
Q24-	**Bruits du cœur fœtal**	1-Oui 2-Non Si oui, préciser la valeur	
Q25-	**Dilatation cervicale à l'entrée**	Col : …cm 1-Fermé 2-Déhiscent 3- 1 à 3 cm 4- 4 à 7 cm 5- Sup à 7 cm	
Q26-	**Préciser le diagnostic retenu à l'entrée**		
Q27-	**Contexte de survenue du travail**	1-Travail spontané 2-Travail provoqué par perfusion de syntocinon 3-Travail provoqué par maturation cervicale	

		4- Maturation cervicale suivie de perfusion de syntocinon	

EVALUATION DU REMPLISSAGE DU PARTOGRAMME

CRITERE D'EVALUATION	Présent (oui = 1)	Absent (non = 2)	NA	Score
I- Présentation du partogramme				
1- Le support papier est en bon état				
2- Le partogramme est fixé dans le dossier				
3- Identité civile de la mère noté (nom, âge, profession, gestité, parité)				
4- Nom et qualité du prestataire notés				
5- Date et heure d'admission notées				
6- Nom du centre d'admission ou numéro de dossier obstétrical précisé				
7- Horaire de chaque examen précisé				
8- Remplissage partogramme respecte le rythme horaire de chaque phase				
II- Fœtus				
9- BDC notés à chaque examen				
10- Déformation crânienne notée à chaque examen				
11- Descente fœtale précisée à chaque examen				
III-Mère				
12- Analyse des contractions utérines à chaque examen				
13- Dilatation cervicale notée suivant le rythme horaire de chaque phase				
14- Etat PDE noté à chaque examen				
15- Heure et type (RPM, RAM, précoce) de la rupture des membranes précisés				
16- Aspect du LA à chaque examen				
17- Prise des constantes vitales notée (température, pouls, TA)				
18- Examen des urines noté (albuminurie, acétonurie, diurèse)				
IV-Traitement				
19- Heure de pose d'une voie veineuse notée				
20- Nom des médicaments utilisés précisés				
21- Voie d'administration des médicaments précisés				
22- Posologie des médicaments précisée				
V- Actions menées				
23- Rupture artificielle des membranes				
24- Utilisation d'analgésie précisée				
25- Utilisation d'ocytocine précisée				
26- Heure de décision de césarienne notée				
VI-Accouchement et suivi immédiat				

27- Mode d'accouchement précisé - Spontanée (naturelle ou dirigée) - Instrumental (forceps ou ventouse) - Césarienne - Manœuvres (précisé)				
28- Etat du périnée précisé				
29- Date et heure d'accouchement précisées				
30- Paramètres du nouveau-né précisé (sexe, poids, Apgar)				
Sexe				
Poids				
Apgar				
31- Heure et mode de délivrance				
31 bis- Si délivrance artificielle (DA) + RU				
32- Révision utérine (RU) isolée				
33- Surveillance de l'accouchée (globe de sécurité, pouls, TA, température)				

Résumé de l'évaluation :

1- Point des scores pour chaque item

- Présentation du partogramme (8) :
- Surveillance du fœtus (3) :
- Surveillance de la mère (7) :
- Traitement (4) :
- Actions menées (4) :
- Accouchement et suivi immédiat (7) :

Score total obtenu sur 33 :

2- Appréciation de la qualité du remplissage

Bonne : ☐ Acceptable : ☐ Mauvaise : ☐

PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

Q28-	**Anomalies objectivées pendant le travail**	1-Oui 2-Non Si oui, préciser	
Q29-	**Extraction instrumentale**	1-Oui 2-Non Si oui, préciser a- Ventouse b- Forceps	
Q30-	**Césarienne**	1-Oui 2-Non 3-Si oui, préciser l'indication	
Q31-	**Y'a-t-il eu un examen des suites de couches immédiates (dans les 6h après accouchement) ?**	1-Oui 2-Non Si oui, préciser les anomalies décelées	
Q32-	**Mère vivante**	1-Oui 2-Non	
Q33-	**Si non, cause du décès (Question à choix unique)**	1-Hémorragie du post-partum immédiat 2-Infection du post-partum immédiat 3-Prééclampsie ou éclampsie 4-Autre (à préciser)	
Q34-	**Apgar à la 1ère minute**	1-Inf à 7 2-Sup à 7	
Q35-	**Apgar à la 5ème minute**	1-Inf à 7 2-Sup à 7	
Q36-	**Nouveau-né vivant**	1-Oui 2-Non	

Q37-	**Si Nouveau-né vivant, résultat de l'examen sommaire**	1-Nné sain 2-Nné à risque infectieux 3-Nné malade	
Q38-	**Nouveau-né transféré en néonatologie**	1-Oui 2-Non Si oui, motif du transfert à préciser	
		Si transféré en néonatalogie, devenir dans les 7 jours ? 1-Vivant 2-Décédé Si décédé, préciser durée de vie (en heure) et cause	

Annexe 2 : autorisation de collecte du CHU-MEL



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

DIRECTION GENERALE

N° _____2023/DG/DAF/SRH/DGPFE/SA Cotonou, le

AUTORISATION DE COLLECTE DE DONNEES

****

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), soussigné, autorise le nommé **DEGBE-ABAGNON Samuel Pascal,** Etudiant en septième (07) année de médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi (FSS), à collecter des données au Service Mère dudit Centre, dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat portant sur le thème « **EVALUATION DE LA QUALITE DU PARTOGRAMME DANS LES MATERNITES DE REFERENCE NATIONALE DE COTONOU DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 2023** ».

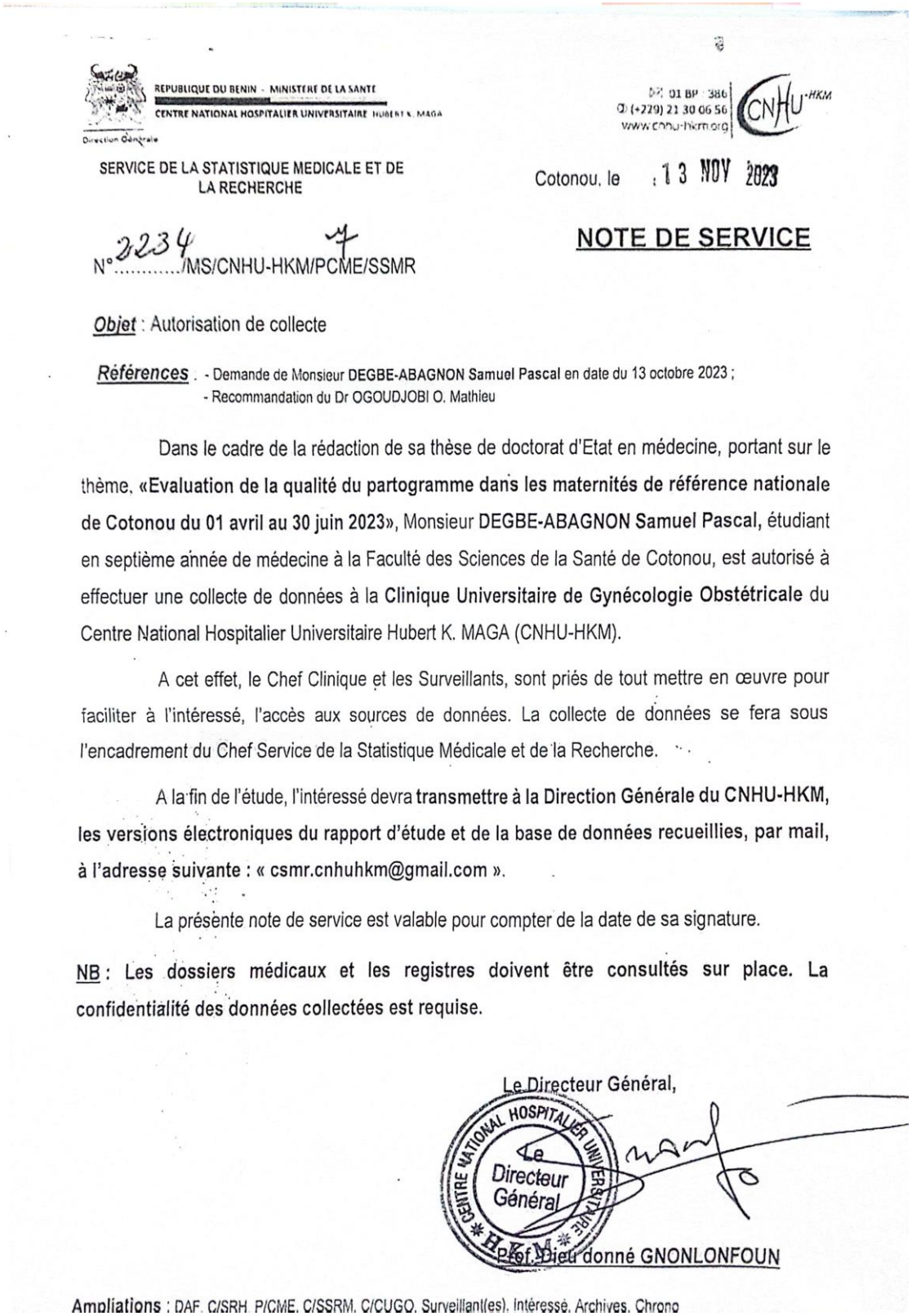
En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Sourou Raymond KINTOMONHO

AMPLIATIONS
Commission Médicale d'Établissement
Service concerné
Intéressé
Chrono/Archives

Annexe 3 : autorisation de collecte du CNHU-HKM



REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 13 NOV 2023

N° 2234 /MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références . - Demande de Monsieur **DEGBE-ABAGNON Samuel Pascal** en date du 13 octobre 2023 ;
- Recommandation du Dr OGOUDJOBI O. Mathieu

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat d'Etat en médecine, portant sur le thème, **«Evaluation de la qualité du partogramme dans les maternités de référence nationale de Cotonou du 01 avril au 30 juin 2023»**, Monsieur **DEGBE-ABAGNON Samuel Pascal,** étudiant en septième année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données à la **Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétricale** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, le Chef Clinique et les Surveillants, sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».**

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

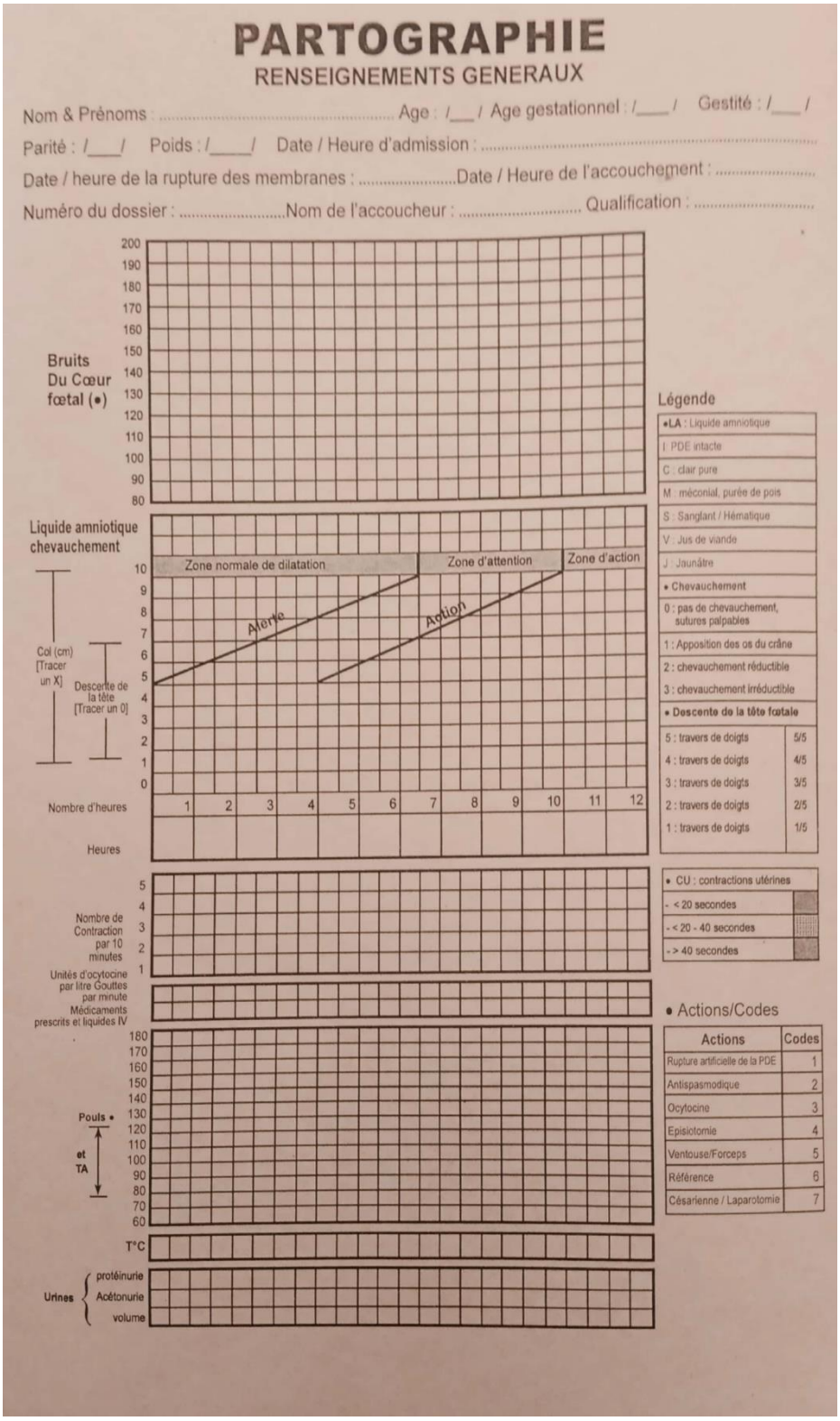
Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE * H K M * Le Directeur Général

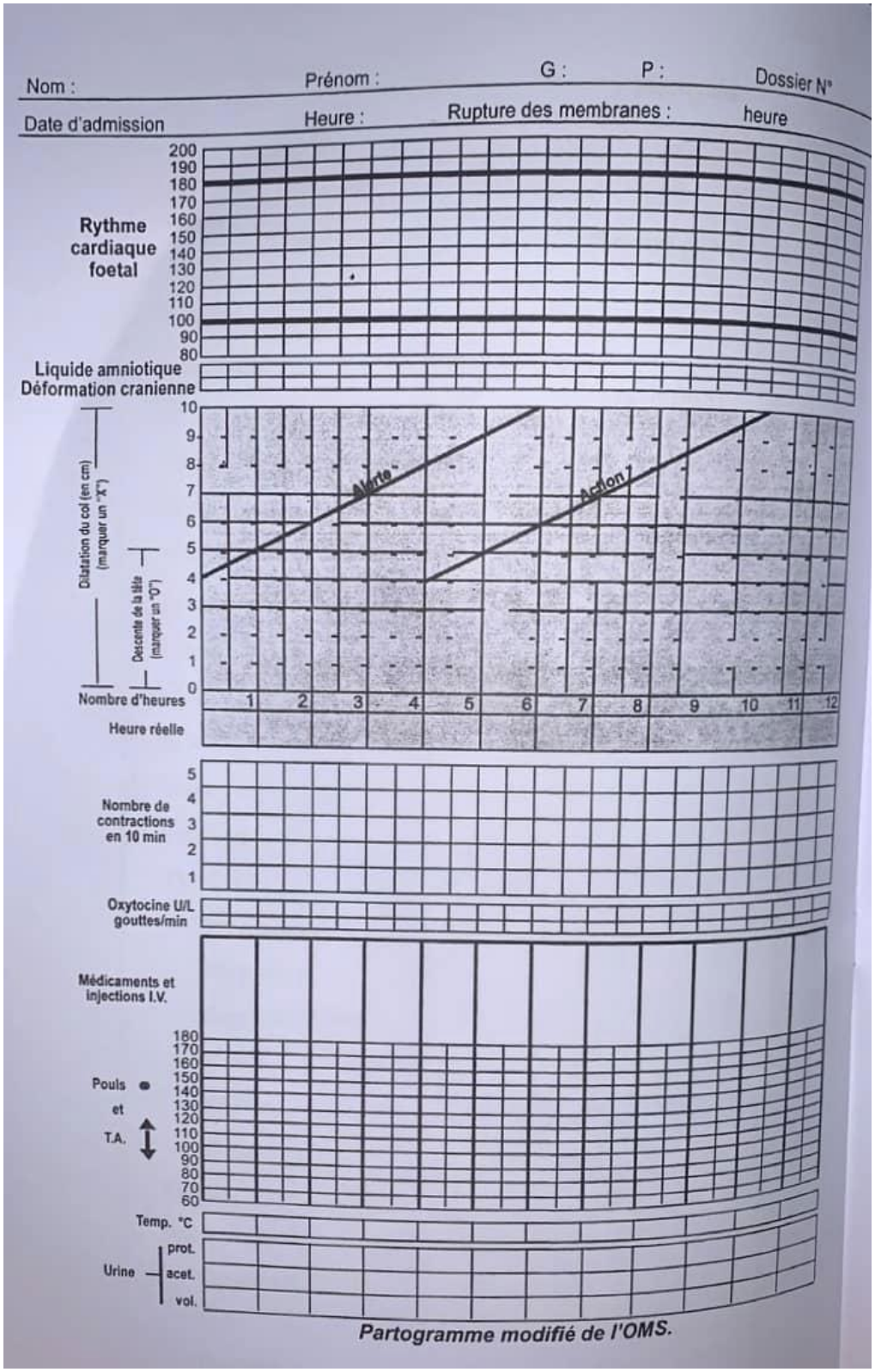
Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations : DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM, C/CUGO, Surveillant(es), Intéressé, Archives, Chrono

ANNEXE 4 : Partogramme du CHU-MEL



Annexe 5 : Partogramme de la CUGO



Annexe 6 : certificat de non plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 29/02/2024
Compte évaluateur: DEGBE-ABAGNON Samuel

AUTEUR DU DOCUMENT : DEGBE-ABAGNON Samuel Pascal
TITRE DU DOCUMENT : EVALUATION DE LA QUALITE DU PARTOGRAMME DANS 2 MATERNITES DE REFERENCE A COTONOU EN 2023

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	20000	80	5.17%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié
Le fichier est l'original électronique de ce rapport
probatoire, il est enregistré sous la référence suivante

7ed7bdb3683a621b9c326c0fb97514b83b5f

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

Table des matières

ACTION DE GRÂCE……..... i
DEDICACES……..... iii
REMERCIEMENTS……. vi
HOMMAGES……. ix
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS……..... xii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES……..... xv
SOMMAIRE……. xx
INTRODUCTION……. 1
1. GENERALITES……..... 6
1.1. Définitions de concepts……..... 7
1.2. Revue de littérature……..... 8
1.2.1. Rappel sur le mécanisme de l'accouchement……..... 8
1.2.2. Intérêt du tracé du partogramme……..... 12
1.2.3. Historique……..……. 13
1.2.4. Principes du partogramme……... 17
1.2.5. Description du partogramme……... 17
1-2-6. Remplissage du partogramme……. 18
1.2.7. Recommandations de l'ANAES sur le partogramme……..... 23
1.2.7.1. Présentation du partogramme……... 23
1.2.7.2. Surveillance fœtale……... 24
1.2.7.3. Surveillance maternelle……..... 25
1.2.7.4. Traitement……..... 25
1.2.7.5. Actes et marqueurs d'évènements…… 26
1.2.7.6. Naissance et surveillance immédiate…… 26
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE……..... 28
2.1. Cadre d'étude……..... 29
2.1.1. CHU-MEL……..... 29
2.1.2. CNHU-HKM……..... 31
2.2. Méthode d'étude……. 35
2.2.1. Type et période d'étude……..... 35
2.2.2. Population d'étude……... 35

2.2.2.1. Critères d'inclusions…… 35
2.2.2.2. Critères de non inclusion……..... 35
2.2.2.3. Critères d'exclusion……..... 35
2.2.3. Echantillonnage…….. 35
2.2.3.1. Méthode et technique d'échantillonnage……..... 35
2.2.3.2. Taille de l'échantillon…….. 36
2.2.4. Variables……..... 36
2.2.4.1. Variable dépendante…… 36
2.2.4.2. Variables indépendante……..... 38
2.2.5. Critères de jugement…… 40
2.2.6. Collecte de données…… 40
2.2.6.1. Equipe de collecte……..... 40
2.2.6.2. Déroulement de la collecte…….. 41
2.2.7. Traitement et analyse des données……..... 41
2.2.8. Considérations éthiques et déontologiques……..... 41
3. RESULTATS……..... 42
3.1. Caractéristiques sociodémographique……..... 43
3.1.1. Age (en année)…… 43
3.1.2. Profession……..... 44
3.2. Caractéristiques cliniques des accouchées…… 45
3.2.1. Antécédent……..... 45
3.2.2. Mode et Motif d'admission…… 46
3.2.2.1. Mode d'admission…… 46
3.2.2.2. Motif d'admission et de référence…… 47
3.3. Données cliniques à l'admission…… 48
3.3.1. Paramètres vitaux…… 48
3.3.2. Données obstétricales……..... 49
3.3.2.1. Type de grossesse…… 49
3.3.2.2. Hauteur utérine et BDCF……..... 50
3.3.2.3. Dilatation cervicale…….. 50
3.4. Analyse du remplissage du partogramme……..... 51
3.4.1. Qualification du prestataire……..... 51

3.4.2. Evaluation du partogramme……..... 51
3.5. Données de l'accouchement…….... 58
3.5.1. Score d'Apgar des Nnés à la première et à la cinquième minutes.. 58
3.5.2. Etat de santé des Nnés…… 59
3.5.3. Examen sommaire des Nnés……..... 60
3.5.4. Etat des accouchées dans les SDC immédiates……... 61
3.6. Appréciation globale de la qualité du remplissage……..... 61
3.6.1. Qualité du remplissage du partogramme……. 61
3.6.2. Qualité du remplissage du partogramme selon la formation sanitaires et la qualification du prestataire…… 62
3.6.3. Qualité du remplissage du partogramme et impact sur l'évolution de l'accouchement……. 63
3.6.3.1 Qualité du remplissage du partogramme et voie d'accouchement……. 63
3.6.3.2. Qualité du remplissage et anomalies…… 64
3.6.3.2.1. Qualité du partogramme et anomalies survenues au cours du travail d'accouchement…….. 64
3.6.4. Qualité du partogramme et pronostic fœtal……. 64
4. Discussion……. 66
4.1. Atteinte des objectifs…….. 67
4.2. Validité et limite de l'étude…… 67
4.3. Comparaison des résultats avec ceux de la littérature……..... 68
4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques……... 68
4.3.1.1. Age…… 68
4.3.1.2. Profession……. 68
4.3.2. Qualification des prestataires…….. 69
4.3.3. Analyse du remplissage…….. 70
4.3.3.1. Evaluation du partogramme…… 70
4.3.3.2. Appréciation de la qualité du remplissage du partogramme……..... 74
CONCLUSION …… 75
SUGGESTIONS……..... 77

REFERENCE…… 79
ANNEXES…… A
TABLE DES MATIERES……..... a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Le partogramme est un outil indispensable dans le suivi du travail d'accouchement. Il permet de dépister précocement les anomalies du travail afin d'améliorer la prise en charge maternelle et fœtale lorsque la qualité de son remplissage ne souffre d'aucun défaut. Cependant, il n'est pas rare de constater dans les différentes maternités que pour diverses raisons le remplissage de cet outil de surveillance souffre d'énormes insuffisances réduisant ainsi son utilité dans la surveillance materno-fœtale. **Objectif :** Evaluer la qualité de remplissage du partogramme dans deux maternités de référence de Cotonou. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative ayant porté sur des données de remplissage du partogramme sur une période de 03 mois allant du 1er Avril au 30 Juin 2023 dans les services de gynécologie et d'obstétrique de deux hôpitaux de références du Bénin. **Résultats :** 386 parturientes ont constitué notre échantillon à raison de 251 (65%) provenant du CHU-MEL et 135 (35%) du CNHU-HKM. Les partogrammes ont été remplis par les prestataires de la salle d'accouchement, notamment les Sages-femmes (52,3% ; n = 202), les médecins (11,4% ; n = 44) ; la qualification du prestataire n'a pas été précisée sur 140 partogrammes soit dans 36,3% des cas. L'âge moyen des accouchées était de 27 ans avec des extrêmes de 14 ans et 45 ans. L'artisanat (coiffeuse, couturière, tisserande) était le corps professionnel le plus représenté (26,4% ; n = 102). Sur 33 critères évalués pour le remplissage du partogramme, treize (13) étaient conformes avec un taux compris entre 80% et 100%, 14 non conformes et 9 non applicables selon le cas. Globalement, sur les 386 partogrammes analysés : la qualité de remplissage de 307 (79,5%) partogrammes étaient acceptable; celle de 76 (19,7%) partogrammes étaient mauvaise et seulement celle de 3 étaient bonne (0,8%). Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude. Néanmoins il en ressort que l'issue fatale d'un nouveau-né est 9,15 fois plus élevé lorsque le remplissage du partogramme est de mauvaise qualité que lorsqu'il est de qualité acceptable. **Conclusion :** Cette étude a révélé des dysfonctionnements dans la qualité du remplissage du partogramme dans les deux services de maternité. Une sensibilisation et une mise à niveau des prestataires est donc nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins per partum dans les deux maternités de référence nationale.

MOTS CLÉS : partogramme, qualité de remplissage, ANAES, Cotonou (République du Bénin)

SUMMARY

Introduction: The partograph is an essential tool in monitoring childbirth. It makes it possible to detect labor anomalies early in order to improve maternal and fetal care when the quality of its filling does not suffer from any defect. However, it is not uncommon to note in different maternity wards that for various reasons the filling of this monitoring tool suffers from enormous inadequacies, thus reducing its usefulness in maternal-fetal monitoring. **Objective**: To evaluate the quality of partogram filling in two reference maternity wards in Cotonou. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study with an evaluative aim which focused on partograph filling data over a period of 3 months from April 1 to June 30, 2023 in the gynecology and obstetrics departments of two hospitals. references from Benin. **Results:** 386 parturients constituted our sample, 251 (65%) coming from the CHU-MEL and 135 (35%) from the CNHU-HKM. The partograms were completed by delivery room providers, notably midwives (52.3%; n = 202), doctors (11.4%; n = 44); the qualification of the service provider was not specified in 140 partograms, i.e. in 36.3% of cases. The average age of those giving birth was 27 years with extremes of 14 and 45 years. The craft profession (hairdresser, seamstress, weaver) was the most represented professional body (26.4%; n = 102). Out of 33 criteria evaluated for filling out the partogram, thirteen (13) were compliant with a rate between 80% and 100%, 14 non-compliant and 9 not applicable depending on the case. Overall, of the 386 partograms analyzed: the filling quality of 307 (79.5%) partograms was acceptable; that of 76 (19.7%) partograms were bad and only that of 3 were good (0.8%). No maternal deaths were reported during our study. However, it appears that the fatal outcome of a newborn is 9.15 times higher when the filling of the partogram is of poor quality than when it is of acceptable quality. Conclusion: This study revealed dysfunctions in the quality of filling out the partogram in the two maternity services. Raising awareness and upgrading providers is therefore necessary to improve the quality of perpartum care in the two national reference maternity hospitals.

KEY WORDS: partogram, filling quality, ANAES, Cotonou (Republic of Benin)