

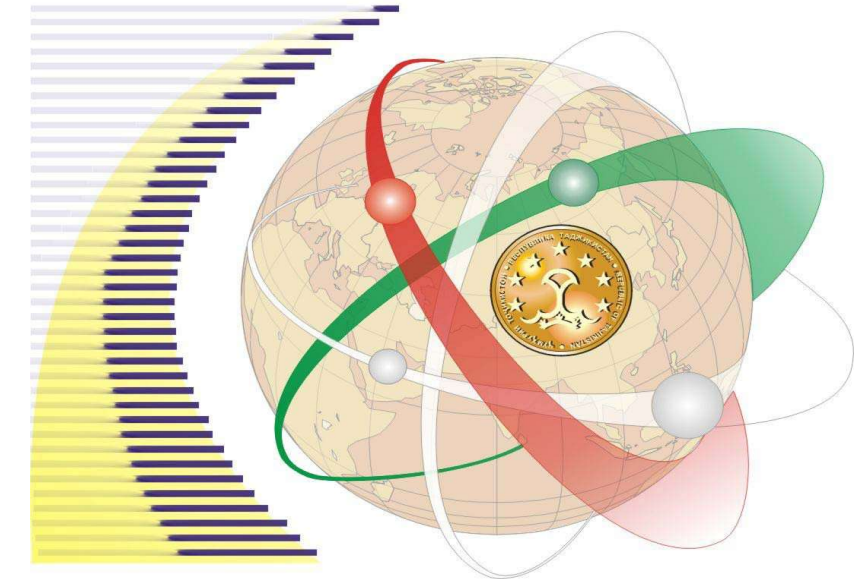


La revue scientifique
**Les Cahiers
du CBRST**

La science au service de la société

DOSSIERS

Médecine et Santé Publique



03 BP 1665 Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77

Fax : (229) 21 32 36 71

Mail : cahiersducbrst@yahoo.fr ;

cahiersducbrst@gmail.com

Site Web: <http://www.cbrst-benin.org>

Directeur de Publication : Professeur Marc T.T. KPODEKON ;

Directeur Général du CBRSI

**Rédacteur en Chef : AZONHE Thierry Conseiller Scientifique : Appollinaire Guy
MENSAH ; Directeur de Recherche**

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin)	Pr. FAYOMI Benjamin (Bénin)
Pr. BIGOT André (Bénin)	Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin) Pr.
Pr. AKPONA Simon (Bénin)	TCHITCHI Toussaint Y. (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)	Pr. OYEDE Marc (Bénin)
Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin)	Pr. ALINSATO Alastaire (Bénin)
Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin)	Pr. CLEDJO Placide (Bénin)
Pr. GLIDJA Judith	Pr. DOMINGO Etienne (Bénin)
Pr. KOUMAKPAYI Taofiki (Bénin)	Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin)
Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B)	Pr. MENSAH Guy Apollinaire
Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo)	Pr. TOSSA Joel (Bénin)
Pr. MASSOUGBODJI Achille (Bénin)	Pr. SINSIN Brice (Bénin)
Pr. AFOUDA Abel (Bénin)	Pr. GBENOU Joachim (Bénin)
Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina)	Pr. AZONHE Thierry (Bénin)
Pr. ATTANASO Odile (Bénin)	Pr. TCHAMIE Tiou (Togo)
Pr. JOSSE Roger (Bénin)	Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin)
Pr. LALEYE Anatole (Bénin)	Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin)
Pr. Pr. VISSIN Expédit (Bénin)	Pr. AHANHANZO Corneille (Bénin)
Pr. AGBOSSOU K. Euloge (Bénin)	Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin)
Pr. SOCLO Henri (Bénin)	Pr. IGUE Charlemagne (Bénin)
Pr. AMOUZOUVI Dodji H. (Bénin)	Pr. HOUNKOU Emmanuel (Bénin)

COMITE DE LECTURE

Prof NOUHOUAYI Albert; Prof AGBOSSOU K. Euloge ; Pr AVLESSI Félicien ; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime ; Prof DIMON Biauou Fidèle ; Prof DOMINGO Etienne ; Prof EDAH Daniel ; Prof KOUNOUHEWA Basile ; Prof MENSAH G. A. ; Prof TOSSOU Okri Pascal ; Prof YAYI Eléonore ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima ; Dr. Zacharie SOHOU ; Pr. LALEYE Anatole ; Pr. OUMOROU Madjidou ; Prof BOKO Gabriel; Prof MONGBO Roch ; Prof. SOCLO Henri ; Dr ALAMOU Eric ; Dr AZANDO E. V.; Dr DOUGNON Victorien ; Dr FOURN Elisabeth; Prof GBAGUIDI Fernand;; Dr GBANGBOCHÉ A. B. ; Prof GLELE KAKAÏ Romain ; Prof TCHIBOZO Eric; Pr HONTONFINDE Félix ; Pr HOUNHOUGAN Joseph ; Pr KPOVIESSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael ; Pr. Fulgence AFOUDA; Pr. GBAGUIDI Fernand ; Pr. HOUNGBE Fabien ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof. Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof AHOHOUNKPANZON Michel; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Dr GUENDEHOU Sabin ; Dr JOHNSON Christian; Dr KPOHOUE Ferdinand; Dr GNIMADI Clément, Dr SOHOU Zacharie; Dr GBEWETOUN C. Louis; Dr AGBOKOUNOU Aristide, Dr DEGBEY Georges; Dr VIGNINOUS Toussaint; Dr GIBIGAYE Mohamed; Dr YABI Fidèle; Dr OREKAN Vincent; Dr GBAGUIDI Arnauld; Dr TOKO Ismaël; Dr VISSOH Sylvain; Dr HEDIBLE Sidonie, SOSSOU K. Benoît.

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.



SOMMAIRE

1. Evaluation des pratiques phytosanitaires et des connaissances des maraichers sur les pictogrammes présents sur les flacons de pesticides au sud du Bénin.....01
AHOANGNINOU Claude, NASSI Karl, HOUNKPATIN Franciscaïne, AGUEMON Badirou , MARTIN Thibaud , KESTEMONT Marie-Paule EDORH Patrick
2. Etat des lieux de la radioprotection des patients dans les services d'imagerie médicale du Nord-Bénin en 2018...29
AKANNI DWMM, KIKI MSG, MALATE FO, SAVI DE TOVE KM.
3. Troubles psychiques de la grossesse et du post partum (tpgp) au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou Blibori (CHUD/BA) : état des lieux en 2013.....44
ATAIGBA Ireti Nethania Elie, ANAGONOU Lucrèce, ATADE Sédjro Raoul, DJIDONOU Anselme, TOGNON TCHEGNONSI Francis, GANDAHO Prosper
4. La violence vécue par les médecins sur leur lieu de travail au Bénin : aspects épidémiologiques et médico-légaux...66
BIGOT Cedric Egnonwa; MIKPONHOUE Rose Christelle; DOSSOU-YOVO Steve; Adjobime Menonli; HINSON Antoine Vikey; AYELO Ahoumenou Paul
5. Conséquences sanitaires du travail de nuit chez le personnel infirmier de l'hôpital national de Niamey en 2020.....77
GOUNONGBE Ahoya Christophe Fabien, IBRAHIM Amadou Salamatou, MIKPONHOUE Rose, MAMA Cissé Ibrahim, HINSON Antoine Vikkey, AYELO Ahoumènou Paul.
6. Qualité de la surveillance du travail d'accouchement à la maternité de l'hôpital de zone de Dassa-Zoumè.....87
(Utilisation du partogramme à l'hôpital de zone de Dassa-Zoumè)



MONGBO Virginie, SAÏZONOU Jacques, AZANDJÈMÈ Colette, BIAOU Alphonse, BAYA SIDIBÈ Assitan, OUENDO Edgard-Marius

7. Aspects épidémiologiques, cliniques et lésionnels des fractures de la diaphyse humérale au centre hospitalier universitaire départemental de l'Oueme-Plateau (CHUD-OP).....102
PADONOU Adébola, GOUKODADJA Oswald, AMOSSOU François, CHIGBLO Pascal, IMOROU Yacoubou, YEBGA Michel, DOSSOU François, HANS-MOEVI Aristote.
8. Malformations congénitales chez les nouveau-nées : aspects épidémiologiques dans six hôpitaux du sud-Benin.....110
SAIZONOU Jacques, GBENOU Antoine Séraphin, TCHIAKPE-ENIALOKO N; ATINNINKPON B. ,GBENOU VLADIMIROVNA Dina,; FIOGBE Michel.Armand.
9. Prévalence et facteurs associés à l'usage problématique d'internet chez les étudiants de l'université de Parakou en 2021.....130
ATAIGBA Ireti Nethania Elie ; BEHANZIN Luc ; FOU DA ATANGANA Brice Delphin ; BRUNault Paul; KLIKPO Elyre. ; AZA GNADJI Guy-Gérard. ANAGONOU Lucrèce ; DJIDONOU Anselme.
10. Seroprevalence des infections par les virus des hépatites B, C et de l'immunodéficience humaine chez les nouveaux150
K SAKÉ, CA ATTINSOUNON, KP TCHOUYA DJOFANG, D AIDÉWOU, N AGBESSI, C KOUDOUKPO
11. Perceptions et pratiques des acteurs du centre hospitalier départemental de l'Atacora en matière d'hôpital promoteur de la sante en 2019.....159



*M. T. AGONNOUDE, C. GNONLONFOUN, L. BEHANZIN¹,
D. S. HOUETO*

12. Troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants en centre d'accueil et de protection de l'enfance (cape) à Cotonou.....178
ANAGONOU L, KLIKPO E, ANATO ZP, SALIFOU S, GANSOU GM, FIOSSI-KPADONOU E, EZIN-HOUNGBE J.
13. Qualité de l'alimentation des enfants dans les orphelinats de la zone sanitaire Ouidah-Kpomasse-Tori bossito.....189
AZANDJEME Colette Sylvie, METONNOU Clémence Germaine, HOUNDOLO Méлина Maureen, SOSSA Jérôme Charles.
14. Hypertension artérielle à Godomey au Sud du Bénin : aspects épidémiologiques, nutritionnels, préventifs et niveau de connaissance de la population205
PADONOU Sètonджи Géraud Roméo , AGUEMON Badirou , DEGBEY Cyriaque Comlan , BEHANZIN Luc , AGONNOUDE Maurice , MIZEHOUN-ADISSODA Carmelle , BOSSOU K. Aline , HINSON Antoine Vickey , AYELO Paul , KPATCHAVI C. ADOLPHE
15. Affections oculaires de l'enfant à l'hôpital d'instruction des armées-centre hospitalier universitaire de Cotonou : bilan épidémiologique sur cinq ans (2015-2019).....222
AÏGBE N, ASSAVEDO A, ABOUKI C, AFFOMASSE C, ALAMOUS, SOUNOUVOU I
16. Prévalence et facteurs associés à l'usage de substances psychoactives chez les jeunes de 10 à 24 ans dans la commune de Bembèrèkè au Bénin en 2020.....235



CAHIERS DU CBRST

Médecine et Santé Publique

N° 19, 2^{ème} semestre 2021 ; ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)

Dépôt légal n° 13378 du 07/10/2021 4^{ème} trimestre 2021

Bibliothèque Nationale du Bénin,

*BEHANZIN Luc, ADOUNKPE M.
Ferdinand, MEDEHOUEOU C. M. Thierry, KOTO-KIBE
Midi, GOMA-MATSETSE Ella, AGONNOUDE T. Maurice,
HOUETO S. David, ADOUKONOU A. Thierry*



QUALITE DE LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE ZONE DE DASSA-ZOUME
(UTILISATION DU PARTOGRAMME A L'HOPITAL DE ZONE DE DASSA-ZOUME)

MONGBO Virginie¹, SAÏZONOU Jacques¹, AZANDJÈMÈ Colette², BIAOU Alphonse³, SIDIBÉ Assitan Baya⁴, OUENDO Edgard-Marius¹

1: Département Politiques et Systèmes de Santé, Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

2: Département Promotion de la Santé, Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

3: Ministère de la Santé du Bénin

4: Ministère de la Santé du Mali

Auteur correspondant: MONGBO Virginie, Département Politiques et Systèmes de Santé, Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin. BP 384 Ouidah, Tel: 00 22995403790; E-mail: vmongade@yahoo.com

RESUME

Introduction : La surveillance du travail d'accouchement permet une détection et une prise en charge précoces des urgences obstétricales, contribuant ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La présente étude visait à évaluer la qualité de la surveillance du travail d'accouchement à la maternité de l'hôpital de zone de Dassa-Zoumé.

Méthodes : Etude transversale et évaluative, a porté sur toutes les parturientes admises à la maternité de l'hôpital de zone Dassa-Zoumé durant la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2014, pour travail d'accouchement, avec une dilatation cervicale inférieure à 8 centimètres. La qualité de la surveillance du travail d'accouchement a été appréciée selon l'échelle de Varkevisser, par la surveillance obstétricale, fœtale et maternelle, la délivrance, l'utilisation et le remplissage correct du partogramme. Les données collectées par exploitation des dossiers obstétricaux et par observation, ont été analysées à l'aide du logiciel EpiInfo 3.5.1. La comparaison des proportions a été faite par les tests χ^2 de Pearson ou exact de Fisher, au seuil de signification de 5%.



Résultats : Au total 315 parturientes ont été retenues dont 281 à l'exploitation des dossiers obstétricaux et 34, à l'observation. Elles étaient âgées de $26,04 \pm 6,39$ ans et à 75,87%, admises à la phase active (3 à 7 cm de dilatation du col utérin). La qualité de la surveillance du travail d'accouchement était moyenne (70,30%) à l'exploitation des dossiers obstétricaux mais mauvaise à l'observation (23,50%). Quelle que soit la source des données, la délivrance était de bonne qualité, la surveillance fœtale et le remplissage du partogramme, de mauvaise qualité. **Conclusion** : La grande différence de qualité de la surveillance du travail d'accouchement selon la source des données expose les parturientes à des risques inutiles, mais surtout peut entraîner des prises de décisions erronées dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Mots clés : Qualité - Surveillance - Travail - Accouchement.

ABSTRACT

Introduction: The monitoring of childbirth allows early detection and management of obstetric emergencies, thus contributing to the reduction of maternal and neonatal mortality. The purpose of this study was to assess the quality of the monitoring of labor at the maternity unit of the Dassa-Zoumé area hospital in 2014. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and evaluative study, focused on all women who were admitted to the maternity hospital of the Dassa zone during the period from January 1 to June 30, 2014, for labor, with cervical dilation of less than 8 centimeters. The quality of childbirth monitoring was assessed by obstetric, fetal and maternal monitoring, delivery, use and correct filling of the partograph. The data collected by examination of obstetric records and by observation were analyzed using the EpiInfo 3.5.1 software. The comparison of the proportions was made by the Pearson exact2 or exact Fisher tests, at the significance level of 5%. **Results:** A total of 315 parturients were selected, including 281 for the examination of the file and 34 for the observation. They were 26.04 ± 6.39 years old and 75.87% admitted to the active phase (3 to 7 cm of cervical dilation). The quality of childbirth monitoring was average (70.3%) at the count but poor at observation (23.5%). Whatever the source of the data, the delivery was of good quality, the fetal monitoring and the filling of the partograph, of poor quality. **Conclusion:** The great difference in quality between the counting and observation data exposes parturients to unnecessary risks, but above all



can lead to erroneous decisions in the fight to reduce maternal and neonatal mortality.

Key words: *Quality - Monitoring - Labor - Childbirth*

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement devraient être une source de joie pour les familles. Malheureusement, des femmes continuent de mourir en donnant la vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le risque de mourir pendant l'accouchement est de 1 sur 8000 dans les pays à revenu élevé contre 1 sur 22 en Afrique subsaharienne (World Health Organization, 2014).

En 2013, le ratio de mortalité maternelle était de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Afrique sub-saharienne, soit 2,4 fois plus élevé que le ratio mondial de 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Nations Unies, 2015). Au Bénin le ratio de mortalité maternelle passé de 397 en 2006 à 340 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013 (Nations Unies, 2015), demeure un problème de santé publique.

La stratégie "maternité sans risque" a été adoptée lors des conférences régionales de Nairobi en 1987 et de Niamey en 1989 visait à réduire le risque de décès et de complications graves lors de l'accouchement. Elle a introduit dans les maternités, l'utilisation du partogramme proposé par l'OMS dans le but d'aider le personnel de santé dans la surveillance du travail d'accouchement (World Health Organization, 1994). En effet la surveillance du travail d'accouchement permet le dépistage et la prise en charge précoces de toute complication dans la progression du travail d'accouchement pour réduire le risque de morbi-mortalité maternelle et périnatale (World Health Organization, 1994 ; Ministère de la Santé du Bénin, 2009). Cette surveillance implique le dépistage d'anomalies dynamiques et mécaniques, l'évaluation de la tolérance et de l'efficacité des éventuelles thérapeutiques mises en place et l'évaluation du bien-être maternel et fœtal (World Health Organization, 1994).

L'OMS considère le partogramme comme un outil nécessaire dans la surveillance et la prise en charge du travail d'accouchement et préconise son utilisation universelle (World Health Organization, 1994).

Le partogramme est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y



rappellent. Il est destiné à surveiller non seulement la progression du travail, mais également l'état de santé de la mère et du fœtus pendant le travail (World Health Organization, 1994). Il permet de recueillir les informations sur la présentation et sa variété, les paramètres de surveillance de la mère (pouls, tension artérielle, comportement), les soins administrés (produits, voie d'administration et dose), le rythme des contractions utérines, le rythme cardiaque fœtal, l'heure et le mode d'accouchement, la délivrance et les paramètres du nouveau-né (poids, sexe et score d'APGAR).

Bien que l'utilisation appropriée du partogramme permet de garantir la qualité des soins obstétricaux pour la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale (World Health Organization, 1994), il reste faiblement utilisé ou mal rempli lorsqu'il est utilisé (Nikiéma et al., 2011 ; Ogwang et al., 2009 ; Diarra et al., 2010 ; Rasolofomanana et al., 2014).

Au Bénin le partogramme a été introduit dans les maternités en 1989. Une étude réalisée en 2004 a rapporté que son utilisation était de 98% et que sur 984 partographes examinés, seulement 48,5% étaient correctement remplis (Azandegbé et al., 2004).

A l'hôpital de zone de Dassa-Zoumé, une analyse de la situation a révélé une insuffisance dans l'utilisation du partogramme. Si l'outil de surveillance du travail d'accouchement est mal utilisé, quelle serait alors la qualité de cette surveillance ? C'est pour répondre à cette question que la présente étude a été initiée. Elle visait à évaluer la qualité de la surveillance du travail d'accouchement en vue de son amélioration.

CADRE D'ETUDE

L'étude été réalisée à l'hôpital de zone de Dassa-Zoumé (HZ Dassa), hôpital de première référence de la zone sanitaire Dassa-Glazoué (ZS/DAGLA), située dans le département des Collines au Bénin. La population de la ZS/DAGLA était estimée à 272 148 habitants en 2014. Avec une capacité d'accueil de 92 lits en 2013, l'HZ Dassa dessert 32 formations sanitaires publiques, confessionnelles et privées (cabinets médicaux, cabinets de soins et cliniques d'accouchement). Le personnel qualifié de la maternité est composé d'un médecin gynécologue et de cinq sages-femmes. Au total 1295 accouchements y ont été réalisés en 2013 (Ministère de la Santé du Bénin, 2014).



METHODES D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale et évaluative, ayant pour cibles primaires, les parturientes admises à la maternité de l'HZ Dassa durant le premier semestre de l'année 2014 et pour cibles secondaires, les prestataires de la maternité (gynécologue-obstétricien, sages-femmes aides-soignantes). Les sources de données étaient constituées du registre d'admission et des dossiers des parturientes ayant accouché à la maternité de l'HZ Dassa du 1^{er} janvier au 30 juin 2014.

Ont été incluses dans l'étude, toutes les parturientes admises à la maternité de l'HZ Dassa durant le premier semestre de l'année 2014 pour travail d'accouchement, avec une dilatation cervicale inférieure à 8 centimètres (cm). N'avaient pas été incluses, les parturientes référées pour anomalies du travail d'accouchement, nécessitant une intervention obstétricale ou une césarienne programmée.

La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles, avec la technique exhaustive pour la cible primaire et le choix raisonné pour la cible secondaire.

Variables à l'étude

Pour l'évaluation de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement, nous nous sommes inspirés des protocoles et normes des services de santé familiale du Ministère de la Santé du Bénin (Ministère de la Santé du Bénin, 2009). Selon ces protocoles, la surveillance du travail d'accouchement comporte quatre composantes à savoir la surveillance obstétricale, la surveillance fœtale, la surveillance maternelle et la délivrance (voir tableau I).

Tableau I : Critères d'appréciation de la surveillance du travail d'accouchement

Composantes	Critères d'appréciation
surveillance obstétricale	Monitoring des contractions utérines, de la dilatation du col utérin, tracer la courbe de dilution du col, de la descente du mobile fœtal
surveillance fœtale	Monitoring de la variété de la présentation, du rythme cardiaque fœtal, aspect du liquide amniotique



surveillance de
la mère

Monitoring de la tension artérielle, température,
pouls, aspect et volume des urines,
comportement de la mère

Délivrance

GATPA, massage utérin, examen du périnée
l'évaluation de la perte de sang

A ces composantes inscrites au tableau I, nous avons complété l'utilisation et le remplissage correct du partogramme, comme indicateurs de la surveillance du travail d'accouchement.

Le partogramme a été considéré comme utilisé lorsqu'il y a un tracé de courbe. La qualité de son remplissage a été appréciée par le renseignement de tous les items requis sur le partogramme (la loi de tout ou rien).

TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE

Les données ont été collectées par exploitation documentaire et observation, avec respectivement la fiche de dépouillement et la grille d'observation comme outils de collecte de données.

Déroulement de l'enquête

La collecte des données a été réalisée par deux sages-femmes ne relevant pas de l'HZ Dassa et préalablement formées sur les outils de collecte des données. Les outils ont fait l'objet de pré-test dans l'une des maternités de la ZS DAGLA. Les données ont été collectées en deux phases à savoir : i) exploitation des dossiers des parturientes remplissant les critères d'inclusion et ii) observation de la surveillance du travail d'accouchement des parturientes admises au cours de la période du 5 au 30 juin 2014 et répondant aux critères d'inclusion.

Traitement des données

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel EpiInfo 3.5.1. La proportion de parturientes remplissant chaque critère (fréquence du critère) a



été déterminée pour toutes les six composantes, tant à l'exploitation des dossiers qu'à l'observation. Chacune des composantes a été jugée par moyenne des fréquences de ses critères. La qualité de la surveillance a été appréciée par la moyenne des fréquences de toutes les composantes. Les composantes et la qualité de la surveillance du travail d'accouchement ont été appréciées avec une échelle à trois niveaux, à savoir bonne si la fréquence est supérieure ou égale à 80 %, satisfaisante si elle est comprise entre 60% et 80% et mauvaise si elle est inférieure à 60 % (Varckevissier et al., 1993 ; Haute Autorité de Santé de France, 2014). La comparaison entre la qualité de la surveillance du travail d'accouchement renseignée par exploitation des dossiers et celle renseignée par observation a été faite par les tests χ^2 de Pearson ou exact de Fisher (quand c'était approprié), au seuil de signification de 5%.

Considérations éthiques

Les autorités administratives et sanitaires de la ZS DAGLA ont autorisé l'étude après avoir été informées de ses objectifs et de son intérêt pour l'amélioration de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement à l'HZ. Les parturientes observées en travail d'accouchement ont été informées de l'étude et ont donné leur consentement verbal.

Les données ont été collectées dans l'anonymat pour toutes les enquêtées.

RESULTATS

Au cours de la période du premier semestre de l'année 2014, il y a eu 591 accouchements à l'HZ Dassa, dont 315 remplissaient les critères d'inclusion. Parmi ces 315 parturientes, 34 étaient admises à l'hôpital dans la période du 5 au 30 juin 2014 et avaient donc bénéficié d'une observation directe.

Les parturientes étaient âgées de $26,04 \pm 6,39$ ans, à 27,94% des nullipares et 39,37%, multigestes. Elles étaient à 57,14%, venues d'elle-même à l'hôpital. La majorité (75,87%) des parturientes avaient été admises à la phase active (entre 3 et 7 centimètres (cm) de dilatation du col utérin), 18,10% à la phase de latence (dilatation inférieure à 3 cm) et chez 6,03%, la dilatation n'était pas renseignée. L'appréciation de la surveillance du travail d'accouchement est résumée à la figure 1.

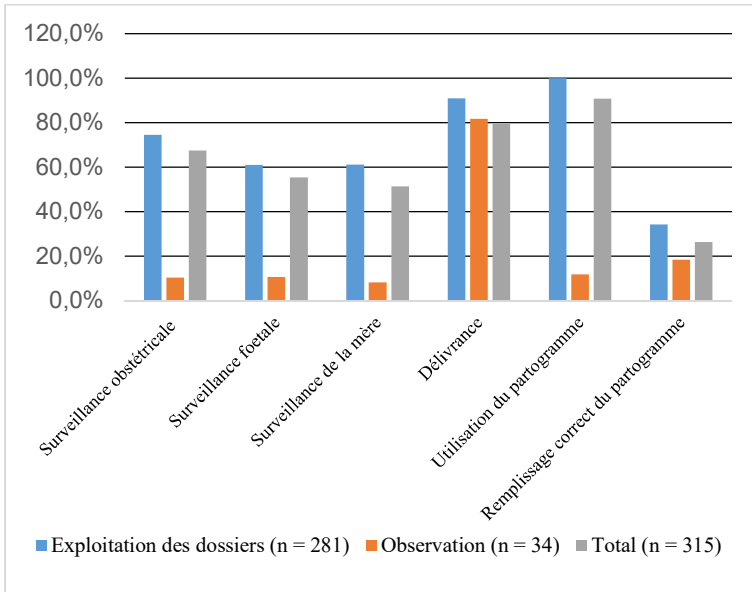


Figure 1 : Appréciation de la surveillance du travail d'accouchement par dépouillement de dossiers et par observation à l'hôpital de zone de Dassa-Zoumè en 2014

Cette figure montre que pour l'ensemble des parturientes, l'utilisation du partogramme était de bonne qualité, la délivrance et la surveillance obstétricale, de qualité moyenne puis la surveillance de la mère, la surveillance fœtale et le remplissage du partogramme, de mauvaise qualité. En considérant les sources de données, à l'exploitation des dossiers comme à l'observation, la délivrance était de bonne qualité, la surveillance fœtale et le remplissage du partogramme, de mauvaise qualité. Pour la surveillance de la mère, la surveillance obstétricale et l'utilisation du partogramme, la qualité était bonne ou moyenne à l'exploitation des dossiers et mauvaise à l'observation. Le tableau II présente le détail des critères par composantes.

Ce tableau montre que pour l'ensemble des parturientes, la qualité de la surveillance du travail d'accouchement était moyenne (61,8%) mais mauvaise à l'observation (23,5%), que la dilatation du col utérin et les contractions utérines étaient mieux surveillées. Il montre aussi que pour



toutes les composantes à l'exception de la délivrance, il y avait une différence statistiquement significative entre la qualité appréciée par les données de l'exploitation des dossiers et celle appréciée à l'observation.



Tableau II : Critères d'appréciation de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement à l'hôpital de zone de Dassa-Zoumè en 2014

Critères	Fréquence (%)			P value*
	Exploitation dossiers (n= 281)	Observation (n= 34)	Ensemble (n=315)	
Surveillance obstétricale				
Monitoring de la fréquence des CU	72,6	11,8	66,0	< 0,001
Monitoring de la dilatation du col utérin	86,7	11,8	78,4	< 0,001
Tracer la courbe de dilatation du col	100,0	11,8	90,5	< 0,001
Tracer la descente du mobile fœtal	38,8	5,9	35,2	< 0,001
<i>Moyenne surveillance obstétricale</i>	74,5	10,3	67,5	< 0,001
Surveillance fœtale				
Présentation notée	100,0	11,8	89,2	< 0,001
Variété de présentation à chaque examen	38,1	11,8	35,2	0,002
Niveau de la présentation noté à chaque examen	38,1	11,8	35,2	0,002
Monitoring du rythme cardiaque fœtal	28,8	5,9	26,6	0,004
Aspect du liquide amniotique noté à l'entrée ou à la rupture	100,0	11,8	90,5	< 0,001
<i>Moyenne surveillance fœtale</i>	61,0	10,6	55,4	< 0,001
Surveillance de la mère				
Evaluation du comportement de la mère au moins une fois	0,0	0,0	0,0	-
Monitoring de la tension artérielle	96,6	11,8	87,0	< 0,001
Monitoring de la température	48,0	11,8	44,1	< 0,001



Monitoring du pouls	95,02	5,9	35,2	< 0,001
Appréciation de l'aspect et du volume des urines	100,0	11,8	90,5	< 0,001
<i>Moyenne surveillance de la mère</i>	61,2	8,2	51,4	< 0,001
Délivrance				
GATPA	100,0	100,0	100,0	0,999
Examen du périnée	89,0	100,0	90,2	0,034
Massage utérin	100,0	100,0	44,1	< 0,001
Examen du placenta	100,0	50,0	94,6	< 0,001
Evaluation de la perte de sang	65,8	58,8	68,5	< 0,001
<i>Moyenne délivrance</i>	91,0	81,8	79,5	0,124
Utilisation du partogramme	100,0	11,8	90,8	< 0,001
Remplissage correct du partogramme	34,3	18,4	26,3	0,054
Qualité de la surveillance du travail	70,3	23,5	61,8	-

DISCUSSION

La présente étude a permis d'apprécier la qualité de la surveillance du travail d'accouchement l'HZ Dassa. Mais elle pourrait être sujette à des biais d'information notamment liés à la technique d'observation. En effet, la présence des enquêtrices dans la salle d'accouchement peut amener les prestataires à s'efforcer pour respecter les directives et normes en matière de surveillance du travail d'accouchement. Nous pensons que ce biais n'influence pas négativement les résultats de l'étude, mais plutôt les enrichit puisqu'il rend compte des insuffisances liées à la surveillance du travail d'accouchement.

La différence de qualité entre le dépouillement et l'observation confirme les soupçons selon lesquels le partogramme est souvent tracé non pas pendant la surveillance du travail d'accouchement, mais après l'accouchement. La faible utilisation du partogramme a été révélée dans d'autres études notamment au Bénin (32,6%) (Mongbo et al., 2016), Burkina (20,2%) (Nikiéma et al., 2011) et en Uganda (69,9%) (Ogwang et al., 2009). Etant donné que le partogramme est l'outil de la surveillance du travail d'accouchement, sa faible utilisation dénote de la mauvaise qualité de la surveillance. Or la surveillance du travail



d'accouchement est la base pour les soins obstétricaux d'urgence de qualité, socle de la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Le tracé du partogramme après accouchement rend compte de la méconnaissance de son importance dans la gestion des urgences obstétricales ou de la complaisance des prestataires. Mongbo et al., avaient révélé dans leur étude dans 12 hôpitaux du Bénin que le partogramme était plus utilisé dans les hôpitaux engagés dans le Financement Basé sur les Résultats (FBR) et ceux engagés dans une démarche d'Assurance Qualité (Mongbo et al., 2016). Ces résultats laissent supposer que l'utilisation du partogramme et donc la qualité de la surveillance du travail d'accouchement est conditionnée par la motivation du personnel. C'est d'ailleurs à la recherche de cette motivation pour la qualité des soins en général que le FBR a été initié au Bénin. Mais est-ce la meilleure forme de motivation pour la qualité des soins ? Nous pensons que la supervision formative bien planifiée et suivie est meilleure qu'une motivation financière dont la pérennité n'est pas garantie.

La mauvaise qualité de la surveillance pourrait exposer les parturientes à des risques inutiles. En effet, des études ont révélé que "*sur 52 cas de césarienne pour dystocie dynamique, 29 ont été surveillés pour travail d'accouchement et 11 ont bénéficié du tracé du partogramme*" (Mongbo et al., 2016) et que les interventions non invasives telles que la rupture artificielle des membranes, l'administration d'antispasmodiques et d'ocytocique pour éviter la césarienne (Organisation Mondiale de la Santé, 2004) ont été peu utilisées chez les femmes césarisées (Mongbo et al., 2016 ; Maaloe et al., 2012).

Outre l'utilisation du partogramme, son remplissage a été de mauvaise qualité à l'exploitation des dossiers comme à l'observation. Cela dénote la faible qualité de la tenue des supports de données surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Some Der et al., 2010 ; Minvielle et al., 2006).

La meilleure qualité de la composante "Délivrance" et le remplissage de ses items tant à l'exploitation des dossiers qu'à l'observation fait penser que cette phase est considérée par les prestataires comme capitale dans l'accouchement. Elles y consacrent donc une attention particulière. La GATPA, seul élément à être exécuté à 100% sur toute la ligne rend compte d'une prise en compte d'une bonne prévention de l'hémorragie du post-partum comme première cause de décès maternel (Kassebaum et al., 2014). Parmi les éléments à surveiller, la dilatation du col utérin et la contraction utérine ont obtenu de meilleurs scores (78,4% et 66,0%), tout comme dans l'étude de Mongbo et al., avec respectivement 94,2% et 93,1% (Mongbo et al., 2016). Ces résultats laissent supposer que la surveillance du travail



d'accouchement se réduit au suivi de ces deux paramètres, alors que tous les paramètres ont leur importance dans la surveillance du travail d'accouchement.

Toutes ces insuffisances ont contribué à la mauvaise qualité de la surveillance du travail d'accouchement, notifiée aussi par plusieurs études (Lansac et al., 2007 ; Yisma et al., 2013). C'est donc un problème de longue date qui semble être ignoré des autorités sanitaires.

D'autre part, la présence de l'observateur devrait susciter un effort de respect des normes et directives, donc entraîner une amélioration de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement. Or c'est à l'observation que la qualité a été mauvaise pour toutes les composantes. Ces résultats lancent le débat sur la formation continue du personnel.

CONCLUSION

La qualité de la surveillance du travail d'accouchement à l'hôpital de zone de Dassa, première référence dans la zone sanitaire ne garantit pas une bonne prise en charge des urgences obstétricales. La grande différence de qualité entre les données de l'exploitation des dossiers et de l'observation non seulement laisse supposer le remplissage à postériori du partogramme et donc l'ignorance de son importance. Elle expose les parturientes à des risques inutiles, mais surtout peut entraîner des prises de décisions erronées dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les raisons fondamentales de cette duplicité méritent d'être recherchées en vue d'une amélioration de la situation.

REFERENCES

1. Azandegbé N, Testa J, Makoutodé M. Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin. Cahiers Santé. 2004; 14: 251-5.
2. Diarra I, Camara S, Maiga M K. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Mali médical. 2010; 25(2):36-41.
3. Fatusi A O, Makinde O N, Adeyemi A B, Orji E O, Onwudiegwu U. Evaluation of health workers' training in use of the partogram. Int J Gynaecol Obstet. 2008; 100(1): 41-44.
4. Haute Autorité de Santé de France. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. [En ligne] [Consulté le 21 mars 2014]. Disponible :



<http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf>

5. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Teiner C, Heuton K R et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384: 980-1004.
6. Lansac J, Carbone B, Pierre F. Partogramme: un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. *J Obstet Gynaecol Biol Repro*. 2007; (36): 2-7
7. Maaloe N, Sorensen BL, Onesmo R, Secher NJ, Bygbjerg IC. Prolonged labour as indication for emergency caesarean section: a quality assurance analysis by criterion-based audit at two Tanzanian rural hospitals. *BJOG*. 2012;119:605–13
8. Ministère de la Santé du Bénin. Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Protocole des services de Santé Familiale. Volet femme. 2e Édition. Cotonou, 2009.
9. Ministère de la Santé du Bénin. Zone sanitaire de Dassa-Glazoué. Plan de travail annuel de la zone sanitaire de Dassa-Glazoué. Dassa, 2014
10. Minvielle E. Les critères de qualité en médecine : jusqu'où aller ? *Annales d'urologie*. 2006;40(3):184-91.
11. Mongbo V, Ouendo E-M, De Brouwere V, Alexander S, Dujardin B, Makoutodé M, Zhang W-H. La césarienne de qualité: étude transversale dans 12 hôpitaux au Bénin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2016; 64: 281– 93.
12. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement [Rapport] [En ligne]. 2015 [Consulté le 24/04/16]. Disponible: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
13. Nikiéma L, Ouédraogo S, Seck I, Ouédraogo H, Sondo B. Evaluation de l'utilisation du partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement dans le district sanitaire de kaya. *Science et Technique, Sciences de la Santé*. 2011; 34(1-2) : 103-10.
14. Ogwang S, Karyabakabo Z, Rutebemberwa E.). Assessment of partogram use during labour in rujumbura health Sub district, Rukungiri district, Uganda. *African Health Sciences*. 2009; 9(2)
15. Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève: 2004 [En ligne]. Disponible sur :



<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242545872.pdf> Consulté le 09/02/12

16. Rasolofomanana J R, Rakotovao J P, Bazant E. Qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar MC HIP/USAID Jhpiego Brown's warf Baltimore, Maryland, 21231-3492. [En ligne].2014 [Consulté le 14 Avril 2014]. Disponible : <www.mchip.net/.../Madagascar%20QoC%20report%20FR_Formatted_Fb >
17. Some Der A, Ouattara S, Barro D, Traoré A, Bamabara M, Dao B. Audit des césariennes en milieu africain. 2010.
18. Varkevissier C, Pathmanathan I, Brownlee A. Élaboration et mise en œuvre de programme de recherche sur les systèmes de santé. Vol 2, première partie: aspect des variables. Ottawa, Ont: CRDI, 1993.
19. World Health Organization. Partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994; 343: 1399-404.
20. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. [En ligne]. 2014 [Consulté le 24/04/15]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
21. Yisma E, Dessalegn B, Astatkie A, Fesseha N. Knowledge and utilization of partograph among obstetric care givers in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013; 13(1):17