

Audit clinique basé sur les critères : à propos de l'utilisation du partogramme dans les principales maternités satellites de la maternité de référence de l'Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun.

^{1,2} Tebeu Pierre Marie, ³ Issa Falmata, ⁴ Mevoula Onana Dave et ⁵AQUASOU.

¹Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun

²Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme(LIRASEF)

³Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Médico-Social, Maroua, Cameroun

⁴Délégation Provinciale de la Santé Publique pour l'Extrême Nord, Maroua, Cameroun.

⁵Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux soins Obstétricaux d'Urgence

Correspondance

**Tebeu Pierre Marie, MD.
Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Provincial de Maroua,
Cameroun**

Tel: ++237 767 55 33

Email: pmtebeu@yahoo.fr

Website: http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Tebeu.htm

Remerciements:

L'introduction du partogramme dans les salles d'accouchement de Maroua, Cameroun est l'œuvre du Programme AQUASOU. Le programme AQUASOU, Maroua est piloté par une équipe française composée de Marc-Eric Gruénais (IRD Marseille) ; Patrick F. Thonneau (RSFR /Université de Toulouse – INSERM) et Robert Toubon (Equilibres et Populations). Le Dr Ndongmo Roger (HP Ebolowa) a coordonné le projet sur Maroua du début au premier semestre 2005. L'équipe de travail remercie infiniment tout le personnel des salles d'accouchement du réseau AQUASOU pour leur volonté et leur adhésion à l'utilisation du partogramme.

Résumé

Introduction : Le partogramme est utilisé pour enregistrer toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie. Un programme français de maternité à moindre risque dénommé AQUASOU (Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence) a mis en place le partogramme dans les différentes maternités de Maroua, Cameroun depuis le mois de Décembre 2003. Ce programme est actuellement à moins de 6 mois de sa fin. Ainsi il nous a semblé nécessaire de faire une analyse sur la base des plus récents partogrammes des principales maternités satellites de l'hôpital provincial de Maroua. Les résultats obtenus nous aideront dans le suivi du bon usage du partogramme dans ces maternités.

Matériel et méthode : Nous avons procédé à une revue des récents partogrammes archivés en mi-Août 2005. Comme ces maternités réalisent chacune au moins un accouchement par jour, nous avons pour intention d'inclure pour analyse au moins 30 partogrammes ouverts pour chacune des maternités. Les différents critères choisis pour évaluer l'utilisation du partogramme étaient, son ouverture sur la ligne d'alerte, son intervalle de surveillance de 2 heures au trop, la décision de transfert en cas de la traversée de la ligne d'alerte et l'absence de l'atteinte de la ligne d'action. Nous avons identifié les dysfonctionnements dans l'utilisation du partogramme. L'analyse est faite pour chaque centre sur une période définie et les proportions sont calculées.

Résultats : Nous avons analysé les partogrammes des maternités de, Dougoi (n=85), Djarengol kodek (n=42), Bamaré (n =56) et Founangue (n= 48). Nous avons noté qu'à Dougoi et à Djarengol kodek, 97% des partogrammes étaient bien ouverts contre 60% à Founangue et 13% à Bamaré. Parmi les femmes qui avaient eu besoin d'une surveillance d'au moins 2 heures avant l'accouchement, la surveillance était bonne dans l'ensemble avec 36/37 (97,3%) à Dougoi, 12/13 (92,3%) à Djarengol Kodek, 15/19 (78,9%) à Bamare et 26/27 (96,2%) à Founangue. Sur la période de l'étude, trois femmes ont traversé la ligne d'alerte, ceci seulement à Dougoi, une d'entre elles a été sitôt transférée, les deux autres ont atteint la ligne d'action sans être évacuées.

Conclusion et recommandations : La qualité de l'utilisation du partogramme est inadéquate dans certaines maternités de Maroua. Le staff clinique matinal pourrait être envisagé comme stratégie d'implantation du partogramme dans ces maternités.

Mots clés : Partogramme, Maroua, utilisation, implantation.

Introduction

Dans le but d'une maternité sans risque, le manuel « Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement » réalisé conjointement par l'OMS, le FUNUAP, l'UNICEF et la Banque Mondiale a été officiellement lancé en 2001 (De Bernis 2001).

La surveillance du travail de l'accouchement à travers le partogramme est une recommandation de cet ouvrage (WHO et al. 2003). Le partogramme est utilisé pour enregistrer toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie. Un programme français de maternité à moindre risque dénommé AQUASOU (Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux soins Obstétricaux d'Urgence) a mis en place le partogramme dans les différentes maternités de Maroua, Cameroun depuis le mois de Décembre 2003.

La stratégie utilisée dans le programme AQUASOU pour la capacitation du personnel à l'utilisation du partogramme est décrite. Deux sages-femmes françaises expérimentées et ayant une formation en santé publique ont fait des missions avec comme objectifs de répondre aux attentes des personnels de santé en matière de formation obstétricale. Ces formations ont porté sur la surveillance de l'accouchement avec l'utilisation du partogramme et les conduites à tenir en fonction des données collectées via ce partogramme. Les personnels des dix maternités ont bénéficié de ces formations qui se sont déroulées directement dans les lieux d'accouchement avec utilisation de cas concrets, exception faite du centre de Santé de Meskine non identifié au moment du recensement des maternités (Gruénais et al. 2002, Gruénais et al. 2003(a)).

Afin de pérenniser les acquis de ces formations et, en particulier, de s'assurer de l'utilisation systématique du partogramme, le programme a constitué un groupe de travail spécifique (**SUPARTO**) chargé de poursuivre ces formations au cours du premier semestre 2004. Quatre sages-femmes camerounaises (Maroua) occupant des fonctions de responsabilité dans leurs maternités respectives et ayant acquis (ou connaissant déjà) le management du partogramme, constituent ce groupe de travail.

Les équipes françaises ont déjà effectué cinq missions au Cameroun dans le cadre de ce programme (Gruénais et al. 2002, Gruénais et al. 2003(a), Gruénais et al. 2003(b), Gruénais et al. 2005(a), Gruénais et al. 2005(b)). Il n'y a cependant à l'heure actuelle clairement aucune documentation sur la qualité de l'usage du partogramme dans les différentes maternités. Malheureusement, ce programme est à quelques mois de sa fin puisque toutes les activités du terrain doivent cesser en décembre 2005

et exceptionnellement en Avril 2006 pour certains sites (Pruat A. 2005). Ainsi il nous a semblé nécessaire de faire une analyse sur la base des plus récents partogrammes afin d'apprécier la qualité de l'utilisation de cet instrument de surveillance du travail dans les principales maternités satellites de l'Hôpital Provincial de Maroua. Les résultats de cette étude pourraient nous permettre en cas de dysfonctionnement d'élaborer des nouvelles stratégies pour améliorer l'implantation du partogramme dans nos maternités.

Objectif

Le but de cette étude était d'apprécier la qualité de l'utilisation du partogramme dans les principales maternités satellites autour de la maternité de référence de l'Hôpital Provincial de Maroua. Les résultats obtenus pourraient nous aider pour une éventuelle redynamisation de l'utilisation de cet outil indispensable du suivi du travail d'accouchement dans nos maternités.

Population et méthode

Type et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude clinique, multicentrique, rétrospective et descriptive de la qualité de service. Cette étude est réalisée dans les principales maternités satellites de la maternité de référence de l'hôpital provincial de Maroua, Cameroun. Les Maternités de Maroua impliquées dans le programme AQUASOU réalisent en moyenne 415 accouchements par mois avec respectivement, Hôpital Provincial Maroua (29,2%), Dougoi (20,8%), Kodek (15,0%), Bamare (13,1%), Founangue (8,1%), CNPS Maroua (3,9%), hôpital de Meskine (3,6%), Bon Secours (2,8%), Makabayé (2,4%) et Hairou (1,2%) (Gruénais et al. 2003). Les accouchements du centre de santé de Meskine ne sont pas rapportés. Les maternités satellites de la maternité de référence de l'hôpital provincial de Maroua Cameroun désignent dans cette étude les maternités qui réalisent au moins un accouchement par jour. Nous avons ainsi inclus dans cette étude les Centre de santé intégrés de Dougoi, Djarengol Kodek, Bamare et Founangue. Chacune de ces maternité est placée sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un infirmier breveté accoucheur.

Environnement obstétrical

Maroua, capitale de la province de l'Extrême Nord du Cameroun a environ 1.5 millions d'habitants. Il est avec ses 271 000 habitants, l'une des cinq plus importantes villes du pays. Vingt-sept pour-cent des accouchements dans cette région surviennent chez les adolescentes (10-19 ans). Huit pour-cent des accouchements surviennent chez les très jeunes adolescentes (10-16 ans)(Tebeu et al. 2005a).

Les accouchements par césariennes représentent 4,41% de tous les accouchements et 39% de césariennes sont indiquées pour disproportion foeto pelvienne (Tebeu et al. 2005b, non publiée). Le taux de mortalité est de 6% en général (Tebeu et al. 2005c, non publiée), mais avec un pic de 26,9% pour les accouchements dans un contexte chirurgical (Tebeu et al. 2005d, non publiée). Il n'est malheureusement pas possible de reporté clairement le nombre de femmes ayant accès à un personnel qualifié lors de l'accouchement.

Thème et critères de l'étude

Le thème choisi est l'utilisation du partogramme dans les maternités. Le partogramme est un instrument sur lequel sont enregistrées toutes les observations faites chez une femme en travail afin de prendre des décisions en cas d'anomalie. Le partogramme doit être ouvert sur la ligne d'alerte en début de la phase active du travail qui est marquée par une dilatation à 4 cm. Il est important de s'assurer que la femme est bien en travail, ce qui se traduit par des contractions utérines régulières avec au moins deux contractions toutes les 10 minutes, de bonne tonicité, qui durent au moins 40 secondes (WHO 2003). A ces événements du travail actif s'ajoutent d'autres paramètres qui doivent être évalués avant l'ouverture du partogramme, à savoir l'appréciation de la nature de la présentation et de la position, l'état de la poche des eaux, et le rythme cardiaque fœtal. Une fois ouvert, le partogramme doit être réévalué toutes les deux heures ou plus tôt à la demande. La traversée de la ligne d'alerte doit justifier d'un transfert suivant qu'on se trouve dans un Centre de Santé ou d'une alerte du médecin à compétence obstétricale lorsqu'on est dans un hôpital.

Afin que l'analyse des données ne soit trop confuse et peu compréhensible, dans le cadre de ce travail nous avons choisi comme indicateurs d'une bonne utilisation du partogramme essentiellement 4 critères, à savoir, l'ouverture sur la ligne d'alerte, l'intervalle normal de 2 heures entre les réévaluations de la progression du travail, la décision du transfert en cas du franchissement de la ligne d'alerte et l'atteinte de la ligne d'action.

Collecte des données

Nous avons procédé à une revue systématique des récents dossiers de la salle d'accouchement archivés en mi-Août 2005 dans les principales maternités de Maroua, considérées comme les maternités qui réalisent au moins un accouchement quotidien. Nous avons identifié les différents dysfonctionnements rencontrés dans des points variés de l'utilisation du partogramme. Les données sont collectées pour chaque Centre à partir du registre archivé en mi-août, avec dans tous les cas au

moins 30 partogrammes remplis. Nous avons ainsi considéré des périodes variables de collecte des données, à savoir 24 jours pour Dougoi (du 18.07.05 au 11.08.05) ; 28 jours pour Djarengol Kodek (du 07-07-05 au 04-08-05); 38 jours pour Founangue (du 09-06-05 au 17-08-05) et 30 jours pour Bamare (du 15-07-05 au 14-08-05) (Tableau 1).

Analyses statistiques

Le Logiciel Excel a été utilisé pour l'analyse des données. Nous avons identifié tous les accouchements de ces maternités satellites au total (n=242). Nous avons exclu de l'analyse les femmes qui ont eu un accouchement à domicile ou en chemin (n=11). Nous avons retenu pour analyse les femmes qui ont accouché avec un suivi au partogramme (n=231). Les informations sur le remplissage du partogramme ont été notées et les proportions sont calculées.

Résultats

Pendant la période de l'étude, nous avons eu au total 242 accouchements. Deux cent trente un accouchements ont nécessité un suivi au partogramme repartis sur les quatre maternités de l'étude avec à Dougoi (n=85), Djarengol kodek (n=42), Bamaré (n=56) et Founangue (n=48) (Tableau 2). Nous avons noté qu'à Dougoi et à Djarengol kodek, 97% des partogrammes étaient bien ouverts contre 60% à Founangue et 13% à Bamaré (Tableau 2).

Les différentes informations de l'usage du partogramme sont présentées sur le tableau 1. Parmi les femmes qui avaient eu besoin d'une surveillance d'au moins 2 heures avant l'accouchement, la surveillance était bonne dans l'ensemble avec 36/37(97,3%) à Dougoi, 12/13 (92,3%) à Djarengol Kodek, 15/19 (78,9%) à Bamare et 26/27 (96,2%) à Founangue. Sur la période de l'étude, trois femmes ont traversé la ligne d'alerte, ceci seulement à Dougoi, une d'entre elles a été sitôt transférée, les deux autres ont atteint la ligne d'action sans être transférée.

Discussion

Le partogramme est un instrument qui vise à aider dans la prise en charge du travail, le partogramme est utilisé pour enregistrer toutes les observations faites chez une femme en travail (WHO 1988).

Initialement, le partogramme devrait comporter même les événements de la phase latente du travail, ce qui suppose qu'il devrait être ouvert dès la perception des contractions utérines et même en absence de dilatation (WHO 1988, WHO 1993). La phase latente du travail peut durer jusqu'à 12 heures de temps alors que cette phase n'est que rarement associée à une complication du travail. Enregistrer tous les événements de la phase latente apparaît comme une perte d'énergie. D'autre

part, le travail latent pose un problème de diagnostic différentiel avec le faux travail, et plusieurs partogrammes pourraient être alors ouverts inutilement. Ainsi le partogramme OMS a été modifié pour le rendre plus simple et facile à utiliser. La phase latente a été enlevée et l'ouverture du partogramme commence à la phase active quand le col est dilaté de 4 cm (WHO 2003).

Nous avons réalisé cette étude dans le but d'apprécier la qualité de l'utilisation du partogramme dans les principales maternités satellites de la maternité de référence de l'Hôpital Provincial de Maroua.

Nous avons noté qu'à Dougoi et à Djarengol kodek, 97% des partogrammes étaient bien ouverts ; à Founangue, 60% des partogrammes étaient bien ouverts et à Bamaré, seulement 13% des partogrammes étaient bien ouverts. Nous venons ainsi de prouver sur la base des résultats concrets que le partogramme est bien utilisé dans les maternités de Dougoi et de Djarengol Kodek. Nos résultats suscitent aussi la nécessité de redynamiser les stratégies pour une bonne utilisation du partogramme dans les maternités de Founangué et de Bamaré.

Dans une récente étude nous avons défini une stratégie d'implantation du partogramme à travers le staff clinique matinal (Tebeu et al. 2005(e)). Nous avons prouvé sur la base des résultats encourageants obtenus à la maternité de l'hôpital provincial de Maroua que, l'implantation du partogramme était possible à travers la systématisation du staff clinique matinal (Tebeu et al. 2005(e)). Cette stratégie pourrait être expérimentée dans ces différentes maternités où le partogramme s'avère inadéquatement utilisé.

Bien d'autres cadres d'amélioration de la qualité des services obstétricaux sont reconnus et recommandés, nous pouvons citer par exemple l'audit clinique (Amina Sahel et al. 2005). L'audit est « un processus d'amélioration de la qualité qui cherche à améliorer les soins aux patients et leurs résultats en passant par une revue systématique des soins effectués avec une grille de critères explicites et en mettant en place les changements nécessaires à l'amélioration. » (NICE 2002). Il existe deux types d'audits cliniques, à savoir la revue systématique des cas et l'audit basé sur les critères autour d'un thème. La présente étude illustre ce dernier type avec un thème central à auditer qui est l'utilisation du partogramme et dont les différents critères de bonne utilisation sont cités. Le staff clinique est un autre cadre d'amélioration des capacités du personnel par une revue de tous les dossiers du service. Il peut être considéré comme un audit clinique à « minima », et se distingue de l'audit proprement dit par le fait qu'il s'intéresse à plusieurs thèmes à la fois, passe en revue plusieurs dossiers en peu de temps et va moins en détail sur les cas. Le staff clinique « ou l'audit à minima »

pourrait nous permettre en peu de temps d'analyser plusieurs partogrammes et semble adapté pour son implantation. D'ailleurs après un entretien avec le personnel de la salle d'accouchement de Dougoi et de Djarengol Kodek, il s'avère qu'il existe dans ces maternités une concertation matinale sur les partogrammes de la nuit et de la veille avec valeur de staff, ce qui pourrait expliquer la bonne qualité de l'utilisation du partogramme telle que décrite dans ces centres.

Parmi les femmes qui ont eu besoin d'une surveillance d'au moins 2 heures avant l'accouchement la surveillance était bonne dans l'ensemble à plus de 80% pour tous les centres, d'ailleurs elles sont nombreuses à être réévaluées après une heure de temps. Dans l'expérience de l'Hôpital provincial de Maroua le staff matinal avait amélioré le respect d'intervalle de 2 heures entre les évaluations (Tebeu et al. 2005(e)). A Dougoi, 2 femmes ont atteint la ligne d'action sans être évacuées, et nous n'avons pas trouvé une réelle explication à cette situation.

Conclusion et recommandations:

L'utilisation du partogramme est effective dans les principales maternités de Maroua. Cependant la qualité de son utilisation reste inadéquate dans certaines de ces maternités. Il semble nécessaire d'introduire d'autres stratégies de capacitation du personnel pour la bonne utilisation du partogramme dans certaines maternités. La revue systématique des dossiers de la salle d'accouchement à travers un staff clinique matinal dans ces maternités peut aider à la capacitation du personnel pour une bonne utilisation du partogramme.

Références

1. De Bernis L. Integrated Management of Pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Preface to the second printing. 2001.
2. WHO, UNDP, UNICEF, World Bank. Preface to the second printing. Using the partograph. Integrated Management of Pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2003; C65-C71;S57-S58.
3. Gruenais M E, Thonneau PF, Toubon R, Service de Coopération et d'Action Culturelle, Secteur Sanitaire et Social, Ambassade de France. République française, Ministère des affaires étrangères, Direction générale de la coopération, Fonds de solidarité prioritaire. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie e développement(AQUASOU). Rapport d'une visite exploratoire au Cameroun du 11-23 novembre 2002
4. Marc-Eric Gruénais (IRD Marseille), Jeremias Inrombe (DPS Maroua), Estelle Kouokam Magne (IRD-UCAC Yaoundé), Raphaël T. Okalla Abodo (MSP Yaoundé), Patrick F. Thonneau (Université de Toulouse – INSERM), Robert Toubon (Equilibres et Populations). Guillaumette Assana (FNUAP Garoua), Martine Catapano (SCAC Garoua), Roger Dongmo (Hôpital Provincial Maroua), Xavier Garde (SCAC Yaoundé). Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement (AQUASOU). Projet FSP 2001-149. Composante 2 – Cameroun. Compte-rendu de l'atelier de consensus, Maroua. Délégation Provinciale de la Santé de l'Extrême Nord 13 juin 2003.
5. Gruénais ME, Thonneau PF, Calvez T, Leturc V, Torchy T, Toubon R. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie de développement(AQUASOU). Projet FSP 2001-149, Composante 2 – Cameroun. Rapport de mission, 6 – 20 décembre 2003(b).
6. Gruenais M E, Thonneau PF, Toubon R. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie e développement(AQUASOU), Rapport de mission, 11 au 22 avril 2005(a).
7. Gruenais M E, Thonneau PF. Les activités du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital provincial de Maroua. Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins

Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie e développement(AQUASOU). Projet FSP 2001-149, Composante 2 – Cameroun. Rapport de mission, 19 au 30 août 2005(b).

8. Prual A. Présentation de AQUASOU. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement (AQUASOU). Réunion bilan mi-parcours du rogramme AQUASOU Lundi 11 - jeudi 14 juillet 2005 Bamako, Mali.
9. Tebeu PM, Tantchou J, Obama Abena MT, Mevoula Onana D, Leke RJI et LIRASEF. Accouchement des adolescents à l'Extrême Nord du Cameroun : des proportions inadmissibles !2005(a).
http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Accouchement_adolescentes.pdf
10. WHO. The partograph. A managerial tool for the prevention of prolonged labour. Section II, a user's manual. The WHO maternal and child Health Unit, Division of Family Health, Geneva 1988; 2.
11. OMS. Prévention des anomalies dans la durée du travail: guide pratique. Le partogramme. Partie I. principes et stratégie. Programme Santé Maternelle et Maternité sans risque. Division de la Santé de la famille. OMS, Genève.1993 ;8.
12. Tebeu PM, Toindouba J, Zégui P, Moussa A, Bray Zoua D, Mevoula Onana D.
« *Recommandations de Pratique clinique(RPC)* » de l'OMS, à propos du partogramme: Staff clinique matinal comme instrument d'implantation, une expérience du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial Maroua. 2005(e).
http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Partogramme_HPM.pdf
13. National Institute for Clinical Excellence(NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002 (ISBN 1-85775-976-1).

Tableau 1 : Résultat de l'examen des différents partogrammes selon les maternités

Formation sanitaire		Dougoi	Djarengol Kodek	Bamare	Fouangue
Limites de la période		18.07.05/11.08.05	07-07-05/04-08-05	15-07-05/14-08-05	09-06-05/17-08-05
Nombre de jours					
Total d'accouchements		94	44	56	48
Accouchement aseptique		89	42	56	48
Partogramme non utilisé		9	2	0	
Partogramme ouvert		85	42	56	48
Ouverture	Bonne	82	41	7	29
	Mauvaise	03	1	49	19
Délai de surveillance	Bon	36	12	15	26
	Mauvais	1	1	4	1
Référence à l'alerte	Bonne	1	0	0	0
	Mauvaise	2	0	0	0
Atteinte ligne d'action	-	2	0	0	0

Tableau 2 : Etat de l'ouverture du partogramme selon les maternités

	Partogrammes ouverts		
	Total(nombre)	Bien ouverts(nombre)	Taux(%)
Dougoi	85	82	96,5
D.kodek	42	41	97,6
Bamare	56	7	12,5
Fouangue	48	29	60,4

D = Djarengol ; % = Pourcentage