

 ECO Consult HEALTH FOCUS 	Promotion de l'éducation de base Santé de la reproduction et de la famille	pour le compte de  giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
---	---	--

ETUDE SUR LES RAISONS DE LA FAIBLE UTILISATION DU PARTOGRAMME DANS LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DE FARANAH, MAMOU ET LABÉ.

RAPPORT FINAL



Présentation : Dr Aïssatou DIENG, Consultante
Contact : +224 62056 21 94 ; 664351856

Conakry, juillet 2016

Table des matières	Page
Liste des Acronymes	3
Listes des tableaux et graphiques	4
Introduction	5
I- Résumé Exécutif	7
II- Contexte et Justification	9
III- Objectifs	10
IV- Résultats attendus	10
V- Méthodologie	11
VI- Chronogramme de mise en œuvre	14
VII- Présentation des Résultats	15
7.1 Synthèse de la revue documentaire	15
7.2 Résultats des données quantitatives (variables démographiques)	16
7.3 Résultats des données qualitatives	21
7.3.1 Perception des prestataires sur le Partogramme	21
7.3.2 Disponibilité du Partogramme	22
7.3.3 Niveau de formation et compétences des agents prestataires;	23
7.3.4 Fréquence d'utilisation du Partogramme dans les structures sanitaires	28
7.3.5 Système de suivi/supervision pendant l'assistance des parturientes	31
7.3.6 Système de référence contre référence des parturientes	32
7.3.7 Facteurs qui limitent l'utilisation du Partogramme	33
VIII Orientations stratégiques	35
IX Plan d'Action Opérationnel	36
X Recommandations	37
Conclusion	39
Annexes	41
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées	42
Annexe 2 : Bibliographie	43
Annexe 3 : Images d'action	44

Liste des Acronymes

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AT	Assistance Technique
CFR	Chargé de Formation et de recherche
BCF	Bruits de Cœur Fœtal
CNERS	Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
CPN	Consultation Pré –Natale
CR	Commune Rurale
CSR	Centre de Santé Rurale
CSU	Centre de Santé Urbain
CT	Conseiller Technique
CU	Commune Urbaine
DRS	Direction Régionale Santé
DPS	Direction Préfectorale Santé
HR	Hôpital régional
HP	Hôpital Préfectoral
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HF	Health Focus
MMN	Mortalité maternelle néonatale
MS	Ministère de la Santé
MP	Maternité Préfectorale
MR	Maternité régionale
NV	Naissance Vivante
OMS	Organisation mondiale de la santé
RU	Rupture utérine
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus Immunodéficience Humain
ZD	Zone de Dénombrement

Listes des graphiques et tableaux :

Graphique N°1 : Distribution des enquêtés selon la région administrative

Graphique N°2 : Présentation des enquêtés selon le milieu de résidence

Graphique N°3 : Présentation des enquêtés selon la structure sanitaire

Graphique N°4 : Présentation des enquêtés selon le Niveau d’instruction

Graphique N°5 : Présentation des enquêtés selon la langue nationale parlée

Graphique N°6 : Présentation des enquêtés selon la Fonction

Graphique N°7 : Présentation des enquêtés selon la Formation en SMN-SONU-SOE

Graphique N°8 : Existence d'un système de référence/contre référence

Tableau N°1 : Chronogramme des activités

Tableau N°2 : Présentation des enquêtés selon le Statut d’emploi

Tableau N°3 : Fréquence de l’utilisation du Partogramme dans les structures de santé

Introduction :

Des milliers de femmes à travers le monde vivent la naissance d'un enfant non pas comme un événement heureux, mais comme une épreuve qui menace sérieusement leur vie. Si certaines femmes survivent à ces complications, elles risquent malgré tout de souffrir de problèmes aigus liés à de faits d'invalidités comme par exemple les fistules obstétricales. Le Partogramme qui permet d'identifier précocement les anomalies du travail et faciliter la prise de décision et la communication entre les professionnels est un outil d'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent. Il est introduit dans le système de santé depuis les années 80 en Guinée et émane en particulier des travaux d'EA. Friedman sur la physiologie du travail dans les années 70. Le contenu du Partogramme a été amélioré au fil de l'évolution des techniques médicales et des thérapeutiques.

De ce qui précède, le Partogramme peut se définir comme étant :

- Le schéma de la progression du travail;
- La synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale durant le travail;
- Un outil d'aide à la décision et à la communication pour les professionnels;
- un document médico-légal;
- un support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.

Faisant partie intégrante du dossier médico-obstétrical, la qualité de sa tenue apparaît primordiale à la fois pour les patientes que les professionnels eux-mêmes.

Le but de cette étude est de faciliter l'assistance technique Eco Consult/Health-focus en collaboration avec les gestionnaires de districts de Mamou, Faranah et Labé à appliquer les méthodes d'amélioration de l'utilisation du Partogramme.

A long terme Eco Consult/Health-focus donnerait aux agents de santé liés aux pratiques de soins sages-femmes le goût d'adopter ces mêmes méthodes pour d'autres domaines en SMN, dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence.

En effet, l'évaluation de la qualité des soins est constituée, pour l'OMS, par toutes les actions « qui permettent de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». ¹

En ce qui concerne l'historique du Partogramme, il à retenir que la courbe de Friedman « the Friedman Labor Curve ») est l'un des Partogrammes les plus célèbres et les plus utilisés pour la surveillance des parturientes en travail, facilement identifiable de par sa forme sinusoïdale. Pour l'élaboration de cette courbe dans les années 1950, le but 1^{er} de Friedman était d'éviter les « pathologies de la naissance », c'est-à-dire le décès de la mère ou de l'enfant. Pour ce faire, il étudia 500 femmes, enceintes pour la première fois (âgées de 13 à 42 ans, avec une moyenne de 20 ans), et qui donnèrent toute naissance à terme au cours de l'année 1954. Fort de cette expérience, Il publia l'année d'après une étude décrivant le temps moyen qu'il fallait au col des femmes en travail pour se dilater. Friedman alla plus loin que les chercheurs de l'époque en divisant le temps de l'accouchement en plusieurs phases (phase de latence, phase active de dilatation et délivrance), en reportant ses observations en graphique et en déterminant la durée moyenne qu'il fallait pour l'ouverture de chaque centimètre, Il peaufina ses résultats des années durant. Si la phase de latence ou la phase active devaient se prolonger au-delà des délais qu'il avait définis ou encore si la dilatation stagnait pendant 2h, il déclarait qu'il fallait suspecter une dystocie mécanique ou dynamique et donc agir.

¹ ANAES / Service évaluation en établissements de santé / Janvier 2000

Ses observations ont été réadaptées par différents autres chercheurs dont : O'DRISCOLL, PHILPOTT ainsi que CASTLE, qui proposèrent deux versions différentes de Partogramme. Les recherches menées par ces différents auteurs dans les années 70 prouvent l'efficacité de l'utilisation du Partogramme dans la réduction du travail prolongé.² Il a fallu attendre 1987, lors d'une Conférence tenue à Nairobi sur la « Maternité sauve », à l'occasion de laquelle l'OMS réévalue et promut l'utilisation à grande échelle du Partogramme, dans le but de réduire les taux de décès maternels et infantiles et intègre définitivement le Partogramme dans ses recommandations, publiant par la suite des manuels et des instructions relatives à l'emploi de cet outil, en se faisant le grand défenseur de son utilisation. De 1990 à 2009, l'OMS adaptera à deux reprises la première version, fortement inspirée du Partogramme de Phil pott et Castle.³

² Lavender T, Hart A, Smyth RMD Effet de l'utilisation du Partogramme sur les résultats chez les femmes en phase de travail spontané à terme, OMS, juillet 2013.

³ Friedman E. Graphic analysis of labour. American Journal of Ob and Gy 1954, 68 :1568-78

I. Résumé Exécutif

En Guinée, la mortalité maternelle, est passée de 980 à 724 pour cent mille naissances vivantes pendant la période de 2005 à 2012. Celle du néonatal est passée de 39 à 34‰. Selon les estimations de l'OMS pour l'année 2015, le taux de mortalité néonatale est de 32,8‰, la mortalité infantile 64,9‰ tan disque la mortalité maternelle elle, est à 679/100000NV. Cette situation fait que le pays occupe en rang mondial la 172ème place sur les 181.4. La couverture en CPN est de 82% alors que seules 38% des femmes accouchent sous assistance d'un personnel qualifié. Malgré les efforts fournis par le Ministère de la Santé dans sa couverture quasi-totale des districts sanitaires en matière de formation sur l'utilisation du Partogramme, il est cependant à signifier que cet outil est faiblement utilisé dans l'ensemble des structures sanitaires quel que soit le niveau de la pyramide. En guise d'illustration, il a été constaté en 2014, qu'à Mamou, les structures de soins ont réalisé 11 267 accouchements, ce qui représente 34% du taux attendu (32.945). 15 décès maternels, soit 0,10% ont été notifiés. A la même période, 22 113 accouchements, soit 49,35% sur les (44. 807) cas attendus ont été enregistrés à Labé avec 24 décès maternels notifiés dans l'ensemble des structures de soins (0,10%)⁵. Par contre, les données de 2014 concernant les accouchements et les décès maternels ne sont pas disponibles dans la région de Faranah⁶. C'est dans cette optique de fait, que le consortium Eco-Consult/Health Focus a initié en collaboration avec le Ministère de la Santé une étude sur les causes de la faible utilisation du Partogramme dans les régions de Faranah, Mamou et Labé en vue de proposer des solutions correctives.

Objectifs:

- ✓ Evaluer la perception des prestataires de soins (médecins, sage femmes, infirmiers et agents techniques de santé) sur l'utilisation du Partogramme ;
- ✓ Apprécier le niveau de la formation et les compétences des équipes en charge de l'accouchement sur le remplissage et l'interprétation du Partogramme;
- ✓ Analyser le système de suivi et de supervision des prestataires pendant l'assistance des parturientes en salle d'accouchement;
- ✓ Offrir des orientations stratégiques et opérationnelles de correction des obstacles à l'utilisation du Partogramme.

Méthodologie :

La présente étude a été participative, multicentrique, descriptive et analytique, elle a été effectuée du 06 juin au 29 juillet 2016. Des entretiens individuels, des observations à la tâche, d'analyse de dossiers et de focus groups ont été réalisés avec les bénéficiaires directs et les parties prenantes comme outils de collecte de données.

Il a été procédé de manière systématique à une triangulation des sources validées par l'observation directe des prestataires et l'analyse de Partogramme remplis en salle d'accouchement. Les données quantitatives ont été analysées à travers les logiciels EPIDATA et le tableur Excel qui ont permis de générer des tableaux, des graphiques et des indicateurs numériques clés. Les données qualitatives ont été retranscrites et présentées sous forme de synthèse des déclarations afin de présenter de manière systématique l'éventail des thèmes récurrents des informations générées lors des entretiens de groupe.

⁴ World Health statistique 2015

³ Statistiques DRS Mamou et Labé

Résultats :

- Les taux réels d'utilisation et le niveau de connaissances du personnel des structures de soins de santé par rapport à l'utilisation du Partogramme varient considérablement d'une structure à une autre et selon le cadre et le niveau de la structure (6% à Labé, 4% à Mamou et 3% à Faranah). Ils sont très faibles dans les maternités régionales et préfectorales ; quasi nuls dans les centres de santé urbains et ruraux ainsi qu'au niveau des postes de santé. En général, les niveaux de connaissance, de compétence et d'aptitudes pour la mise en œuvre des prestataires sont très bas.
- La quasi-totalité des prestataires (81%) des 03 régions de Mamou, Faranah et Labé sont d'un bas niveau d'instruction avec une formation « professionnelle » en santé communautaire.
- La bonne tenue du Partogramme est compliquée, du fait de la multiplicité des supports à remplir au sein des formations sanitaires.
- Certaines informations essentielles figurent parfois notamment, le tracée d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et les contractions utérines. Or, cet enregistrement papier peut se détériorer et s'égarer facilement et donc ne peut être archivé pour longtemps.
- Le contexte d'urgence et l'irrégularité de l'activité du bloc obstétrical sont des facteurs défavorables au remplissage soigné du Partogramme pour la catégorie des médecins censés être les encadreurs et superviseurs des autres agents liés à la pratique des soins sage-femme.
- Le non accompagnement à la tâche des agents formés (suivi post formation et supervision formative) ;
- La non disponibilité du nouveau modèle de Partogramme (amélioré avec l'appui de l'OMS) au niveau des structures de santé.
- Le manque/Insuffisance du matériel et d'équipement permettant le remplissage et l'interprétation du Partogramme (stéthoscope de Pinard, Doppler, thermomètre, Tensiomètre, sondes vésicales et de tests rapides pour la chimie des urines (protéinurie, PH sont des facteurs défavorables à l'utilisation du Partogramme dans les structures sanitaires.
- Une étude sur l'utilisation du Partogramme a été réalisée dans la région de Kankan par CERREGUI en 2000 avec l'appui de l'OMS Guinée. Elle avait servi à l'harmonisation de l'outil et à assurer la formation des agents de santé de la région. Faute de non capitalisation des leçons apprises de cette intervention par les gestionnaires des districts, responsables nationaux, et assistants techniques internationaux, l'utilisation du Partogramme comme outil de dépistage précoce des disproportions fœto-pelviennes et des inerties utérines, n'est toujours pas systématique dans les structures sanitaires.

Recommandations/Conclusion :

- Les éléments de preuve soutiennent le besoin d'introduire un système de supervision et de suivi post formation améliorés de l'utilisation du Partogramme ou toute autre activité de formation en SMN (SONU, SOE).
- L'assurance qualité est également nécessaire pour s'assurer que la formation se traduit en pratique courante.

II. Contexte et Justification

La mortalité Maternelle, néonatale et infantile demeure un véritable problème de santé publique dans le monde en général et plus encore dans les pays en voie de développement. Les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et la Banque mondiale, indiquent que 287 000 femmes sont décédées dans le monde suite à des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches en 2010 et le ratio de mortalité maternelle au niveau mondial s'élève à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes. La plupart de ces décès surviennent dans les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne. Cette région de l'Afrique à elle seule comptait 56% de l'ensemble des décès avec un ratio de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010⁷.

Lorsqu'on observe de près les causes profondes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, l'on se rend compte de l'influence négative des maladies endémiques, telles que : les complications obstétricales, le paludisme, le VIH/Sida, les affections des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques. Elles demeurent sans doute les facteurs sous-jacents et adjacents de ces taux élevés de morbidité et de mortalité des couches vulnérables dans le pays. Les conditions sociale, environnementale, économique et l'accès aux soins de santé influencent la santé et le développement de chaque enfant.

En Guinée, les indicateurs de la santé de la population sont très proches de ceux cités en haut : la mortalité maternelle, est passée de 2005 à 2012 de 980 à 724 pour cent mille naissances vivantes. La mortalité infantile est passée de 91‰ à 67‰ ; la mortalité néonatale est passée de 39 à 34‰. La mortalité infanto-juvénile est passée de 163 à 122 ‰⁸. La couverture en CPN est de 82% alors que seuls 38% des femmes accouchent sous assistance d'un personnel qualifié, situation qui reflète bien les indicateurs de santé maternelle et néonatale. «Rapport d'analyse documentaire des pratiques soins sage-femme⁹. Selon les estimations de l'OMS en 2015 le taux de mortalité néonatale est de 32,8‰, la mortalité infantile 64,9‰ et la mortalité maternelle est à 679/100000NV. Le pays occupe en rang mondial 172^{ème} sur 181.¹⁰

Cette situation de fait est un problème entier dans les communautés guinéennes où la grossesse et l'accouchement constituent de véritables menaces pour les femmes en âge de procréer, cela parce que les besoins liés à la grossesse et à l'accouchement sont le plus souvent ignorés ou mal pris en charge par les professionnels de santé fortement influencés par le niveau de développement de la société.

En guise d'illustration, il a été constaté qu'en 2014, à Mamou, les structures de soins ont réalisé 11 267 accouchements, ce qui représente 34% du taux attendu (32.945). 15 décès maternels, soit 0,10% ont été notifiés. A la même période, 22 113 accouchements, soit 49,35% sur les (44. 807) cas attendus ont été enregistrés à Labé avec 24 décès maternels notifiés dans l'ensemble des structures de soins (0,10%)¹¹. Par contre, les données de 2014 concernant les accouchements et les décès maternels ne sont pas disponibles dans la région de Faranah.

Malgré les efforts déployés par le gouvernement guinéen à travers le Ministère de la santé qui a mis en place le Programme élargi de vaccination intégré aux soins de santé primaires pour offrir à la population des soins de qualité, la consultation prénatale des femmes en grossesse et l'accouchement assisté qui sont des activités principales de ce programme souffre d'efficacité dans la réduction des facteurs de risque liés à

⁷ Enquête SONU/Guinée 2012

⁸ EDS III et IV

⁹ MS 2012, 2013

¹⁰ World Health Statistics 2015

l'évolution de la grossesse et l'accouchement. Toutefois, il convient de rappeler que le Département en charge de la santé a facilité le développement des outils de suivi de la grossesse et de prise de décision pendant l'accouchement (fiche CPN, Partogramme).

Bien que le Ministère de la Santé ait couvert presque tous les districts sanitaires en matière de formation sur l'utilisation du Partogramme, ces formations n'ont pas suffi pour déclencher et perpétuer son utilisation au niveau national. De même, le recyclage des agents, la simplification des outils et leur harmonisation ont été également assurés. Ces dispositions stratégiques et organisationnelles n'ont cependant pas empêché aux agents des supervisions et monitorages semestriels de constater un faible suivi de la femme en travail avec le Partogramme.

C'est pour améliorer la qualité des services de prise en charge de la mère et de l'enfant que la GIZ apporte son appui technique et financier au Ministère de la Santé à travers son projet « Santé de la Reproduction et de la Famille » dont la prise en compte de l'utilisation efficiente du Partogramme. Pour l'exécution du dit, la GIZ a sous-traité avec les bureaux d'études Eco-Consult/Health Focus.

La présente étude est initiée par les projets éducation/santé du consortium Eco Consult/Health Focus pour appuyer les DRS de Faranah, Mamou et Labé dans la résolution des problèmes liés à la faible utilisation du Partogramme dans les structures de soins.

III. Objectifs

3.1 Général :

Evaluer les causes du faible niveau d'utilisation du Partogramme dans les structures des soins obstétricaux des régions de Faranah, de Mamou et de Labé).

3.2 Objectifs spécifiques :

- ✓ Evaluer la perception des prestataires de soins (médecins, sages femmes, infirmiers et agents techniques de santé) sur l'utilisation du Partogramme.
- ✓ Apprécier le niveau de la formation et les compétences des équipes en charge de l'accouchement sur le remplissage et l'interprétation du Partogramme;
- ✓ Analyser le système de suivi et de supervision des prestataires pendant l'assistance des parturientes en salle d'accouchement;
- ✓ Offrir des orientations stratégiques et opérationnelles de correction des obstacles à l'utilisation du Partogramme;

IV. Résultats attendus

- ✓ Les raisons de la faible utilisation du Partogramme sont connues au niveau des trois régions ;
- ✓ Des orientations stratégiques pour corriger les obstacles à l'utilisation du Partogramme sont proposées et discutées avec les responsables des structures ;
- ✓ Un plan d'action prenant en compte des activités pertinentes est dressé et sa mise en œuvre est proposé;
- ✓ Un rapport de l'étude en format dure et électronique est élaboré et soumis au Consortium Eco consul/Health Focus.

- Hypothèses de la recherche

Cette étude a été fondée sur les considérations suivantes :

- La perception du personnel lié à la pratique de soins sages-femmes sur le Partogramme n'est pas favorable à son utilisation rationnelle;

- Les agents de santé sont insuffisamment informés de l'importance, le remplissage et l'interprétation du Partogramme.
- Le niveau de connaissance et le processus de suivi des femmes en travail sont peu formalisés et mal connus.
- Les messages et les canaux de communication utilisés pour la promotion de cet outil sont souvent inappropriés;
- L'insuffisance du système de référence et de contre référence efficace est un facteur de démotivation des agents quant à la nécessité d'utilisation du Partogramme,
- Les applications différentes de son contenu, de sa présentation et de sa vulgarisation à large portée ont faiblement impacté son adoption comme outil de suivi et de gestion de la femme en travail d'accouchement ;

V. Méthodologie :

La méthodologie qui a été développée repose sur une approche participative prospective, multi centrée, descriptive et analytique qui comprend des dimensions quantitatives et qualitatives. Une observation à la tâche de la tenue du Partogramme a été effectuée en salle d'accouchement et a permis de croiser les informations issues de l'observation de l'acte d'accouchement et l'étude des dossiers relative au remplissage et au classement des dossiers individuels des patientes y compris le Partogramme. Un questionnaire individuel a été adressé à un échantillon représentatif du personnel de santé lié à la pratique des soins sage-femme (Enquête Quantitative). Des entretiens de groupe ont été réalisés avec les autres agents de la maternité non choisis par le questionnaire individuel. Aussi, un guide d'entretien individuel a servi à mener des discussions avec les responsables des districts (DRS, DPS...), les CT santé du consortium, les responsables nationaux de la direction santé familiale et nutrition, les responsables du programme national Maternité sans risques...), les partenaires techniques et financiers évoluant dans la réduction de la mortalité maternelle néo-natale. Afin de garantir une meilleure compréhension des outils de collecte des données, les enquêteurs ont été impliqués dans la finalisation de leur élaboration. Cette approche a été bénéfique parce qu'ayant favorisé une facile compréhension des enquêteurs sur les objectifs, les variables, les techniques d'administration des outils de collecte des données ainsi que sur l'organisation pratique de l'enquête sur le terrain. Une revue documentaire a été réalisée avant l'élaboration des outils.

5.1 Échantillonnage :

Les trois maternités des hôpitaux régionaux de la zone d'intervention du projet (Mamou, Faranah et Labé) ont été incluses dans l'étude et ont représenté le premier degré d'échantillonnage (choix raisonné). Au second degré, une maternité préfectorale, 08 Centres de santé ruraux et urbains, 6 postes de santé avec salles d'accouchements opérationnelles ont été tirés au hasard dans l'ensemble des ZD au sein desquelles il a été procédé à un entretien soit avec le médecin, la sage-femme-maitresse, ou un agent de santé lié à la pratique de soins sage-femme.

Dix personnes au plus et 06 au minimum ont été interviewées dans le cadre des focus group avec comme critère d'inclusion pour l'homogénéité des participants leur fonction comme prestataires liés à la pratique des soins sage-femme. Le caractère de subordination a été évité pour minimiser les éventuels biais dans la collecte des informations. Les autres prestataires non retenus pour l'entretien individuel ont été identifiés avec l'appui des chefs de services pour participer aux focus group. 01 prestataire directement lié à la pratique des soins sage-femme a été interrogé par structure pour le questionnaire individuel. La MP, les CSR et CSU de même que les postes de santé avec salles d'accouchement opérationnelles ont été tirés au hasard de manière à donner la chance à toutes les formations sanitaires de participer à l'étude.

5.2 Cadre de l'Etude :

Le cadre de l'étude a concerné : Les maternités des hôpitaux régionaux et préfectoraux, les centres de santé urbains/ruraux des régions de Mamou de Faranah et de Labé.

5.3 Considérations Ethiques

Le protocole et les outils ont été soumis au Comité National d'Ethique de Recherche en Santé qui, après examen et étude a donné son avis favorable pour la conduite de l'étude en délivrant un Quitus. Ainsi, les mesures appropriées ont été prises pour que la participation des différents groupes à l'enquête soit strictement volontaire et que la dignité et la liberté de personnes entretenues soient également respectées. Un accent particulier a été mis sur l'importance du consentement volontaire. Pour cela, chaque équipe a présenté l'importance de l'étude dans l'amélioration des conditions de santé des populations en précisant les raisons du choix de la cible et les avantages qui y sont liés. Le libre choix a été accordé à chaque cible de refuser ou d'accepter de répondre aux questions posées d'où l'avis/consentement de l'enquêté avant le démarrage de l'entretien. De la même manière, le respect des principes de confidentialité et d'anonymat ont été strictement respectés car les outils de collecte des données ont été anonymes et n'ont pas renseigné les noms des prestataires enquêtés.

5.4 Déroulement :

Conformément au calendrier préalablement établi, l'étude s'est déroulée ainsi qu'il suit :

- Phase préparatoire : elle a concerné la réunion technique préparatoire entre la Consultante et l'équipe du Consortium Eco consul/Health Focus pour échanger sur des questions d'orientations (les travaux préliminaires, la cartographie de la zone de l'enquête, la soumission du protocole et des outils de l'étude au Comité Ethique du Ministère de la santé). Les gestionnaires de districts des 03 régions ont été informés et un cadre de concertation et de coordination a été établi pour faciliter la réalisation de l'étude.
- La formation des enquêteurs : une équipe de 06 enquêteurs et 1 statisticien a été constituée et les membres ont été formés sur la méthodologie globale, de l'étude : (les variables de l'enquête, la technique d'administration du questionnaire, la cartographie de la zone de dénombrement, la traduction des termes consacrés et des expressions pertinentes en langues locales, la constitution des équipes de terrain pour la collecte des données et le partage des rôles pour l'organisation des focus group) ;



- L'organisation de l'enquête pilote : Le pré-test a été effectué au centre de santé urbain de Loppè situé au quartier Kimbéli à Mamou ne faisant pas partie des structures de santé échantillonnées pour l'enquête proprement dite. Cette structure a servi de cadre pour l'administration du questionnaire

prestataire et l'organisation du focus group avec les autres agents prestataires soins sage-femme non retenus pour l'entretien individuel. A la suite de cet exercice, les outils ont été validés en y apportant des réaménagements sur l'ordre des questions et la variable niveau de satisfaction sur l'utilisation du Partogramme;



5.5 Saisie des données :

Un opérateur de saisie plus le statisticien ont procédé au contrôle et à la saisie des données sur la base élaborée pour cet effet.

5.6 Analyse des données :

Les données quantitatives et qualitatives collectées ont été rassemblées pour une meilleure exploitation des informations issues de diverses sources. Il a été procédé de manière systématique à une triangulation des sources validées par l'observation directe des prestataires et l'analyse de Partogramme remplis en salle d'accouchement. Les données quantitatives ont été analysées à travers les logiciels EPIDATA et le tableur Excel qui ont permis de générer des tableaux graphiques et indicateurs numériques clés. Les données qualitatives ont été retranscrites et présentées sous forme de synthèse des déclarations afin de présenter de manière systématique l'éventail des thèmes récurrents des informations générées lors des entretiens de groupe.

5.7 Rédaction du rapport:

Les résultats issus des sources de données quantitatives et qualitatives ont été présentés dans un document intitulé rapport de l'étude sur les causes de la faible utilisation du Partogramme dans les régions administratives de Mamou, Labé et Faranah

5.8 Limites de l'Etude

- ✓ La non inclusion des structures privées dans l'échantillon à cause de leur timidité institutionnelle dans le système de santé n'a pas permis de renseigner le niveau et la qualité d'utilisation du Partogramme dans ce secteur ;
- ✓ L'absence de deux Directeurs régionaux de Santé sur trois pendant cette période d'évaluation n'a pas permis d'avoir l'avis de ces derniers dans les informations collectées. Toutefois, les équipes se sont adaptées à cette réalité avec les intérimaires pour recueillir les informations souhaitées avec les intérimaires conformément aux types d'outils mis à leur disposition.

VI. Chronogramme de mise en œuvre

La présente étude a été entamée par le partage des termes de référence avec la consultante avant l'élaboration du protocole de recherche et les outils de collecte des données. Ces documents qui ont été validés par le commanditaire ont par la suite été transmis au CNRES pour examen, approbation et obtention du quitus.

Le tableau N°1 ci-dessous présente la chronologie des activités réalisées.

Tableau N°1 Chronogramme de mise en œuvre

N°	Activités	Date	Observation
1	-Prise de contact avec le chef d'équipe d'Eco Consult-Health Focus, formalités administratives -Prise de contact avec la coordinatrice MSR et responsables de DNSFN. La vice-présidente du comité Ethique du MS et de l'assistante administrative.	06 juin 2016	-Revue des Tdr, adaptation, consensus sur la logistique et le budget de l'étude -Mise à disposition du formulaire d'Ethique d'étude de recherche par le CNERS
2	Revue documentaire : -Collecte de documents nationaux (projet partenaires, programmes nationaux, rapports DRS, Etudes internationales, dossier obstétrical et Partogramme	07-10 juin	-Remplissage du formulaire de demande du Quitus -Analyse et traitement des documents collectés -Préparation du masque de saisie
3	-Identification - recrutement enquêteurs et du statisticien - Rédaction du protocole - Elaboration des outils de collecte de données	13-14 juin	-2 enquêteurs sont sélectionnés et recrutés pour chaque région.. -Un statisticien analytique a été recruté
4	-Partage du protocole avec Eco-Consult/Health Focus et sa transmission au Comité National d'Ethique en Recherche pour la Santé	15 -17juin	-Approbation du protocole et des outils par Eco-Consult/HF et transmission au CNERS
5	-Formation des enquêteurs à Conakry Pré-test des outils à Mamou	20-22 juin	-Correction des outils, adaptation e t validation -Reprographie
6	-Déroulement de l'enquête et de la collecte des données dans les 03 régions	23-03juillet	Collecte des données sur le terrain (entretiens individuels, de groupe et d'observation à la tâche et des dossiers)
7	- Déroulement de l'enquête et de la collecte des données dans la Zone spéciale de Conakry -Dépouillement analyse et Saisie des données	04-16 juillet	- Collecte des données sur le terrain (entretiens individuels, de groupe et d'observation à la tâche et de dossiers -Transcription, saisie et traitement des données de qualité collectées
8	-Rédaction & transmission du rapport provisoire de l'étude	18-22j juillet	Restitution à Eco-Consult/HF
9	-Intégration de commentaires et observations -Transmission du rapport final	23- 29 juillet	Mise à disposition du rapport final à Eco-Consult/HF en 03 » exemplaires de copies dures et 01 version électronique

VII. Présentation des Résultats

Le fondement de la politique de santé en Guinée repose essentiellement sur l'amélioration de la prise en charge de la femme et de l'enfant. A la suite de l'adhésion de la Guinée à l'Initiative de Bamako, le Département en charge de la santé publique a mis en place un programme national de maternité sans risque. L'opérationnalisation de ce programme a facilité la vulgarisation du Partogramme au niveau national. Plus tard, d'autres intervenants comme (DED, PRISM...) se sont impliqués dans sa vulgarisation et sa mise à disposition au niveau de certaines formations sanitaires. Cette initiative a contribué fortement à l'amélioration des SONU et SONUB dans le pays pour la survie de la mère et du nouveau-né, objectifs fixés par les OMD 4 et 5. La formation des prestataires sur l'utilisation du Partogramme a été intégrée dans des modules de SMN et SONU avec l'outil comme partie intégrante des actions visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. La présente étude sur les causes de la faible utilisation de cet outil a été réalisée dans un contexte global d'observation, d'analyse et d'interprétation des données.

7.1 Synthèse de la revue documentaire

- ***De l'Etude sur l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Guinée Janvier 2013 :***

L'étude SONU en Guinée a été réalisée dans le but de mesurer les efforts consentis par le Ministère de la santé dans l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et relever des observations majeures pour les interventions futures afin d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Elle a permis de faire une cartographie générale de l'offre des services de santé maternelle et néonatale. Le document révèle également une assez bonne couverture nationale en formations sanitaires pratiquant des accouchements avec toutefois une inégalité de répartition en défaveur de certaines régions. Il est aussi indiqué qu'il existe une très faible couverture en formation sanitaire SONU avec des établissements inégalement répartis entre les régions. Cette situation reste imputable à la faible disponibilité des deux fonctions SONU que sont l'accouchement assisté par voie basse avec forceps ou ventouse et la réanimation du nouveau-né. Ces deux fonctions sont confrontées à l'indisponibilité du matériel mais aussi de ressources humaines capables d'offrir efficacement ces services.

- ***De l'évaluation de l'impact de l'utilisation du Partogramme sur la réduction des complications du travail en zone rurale en Guinée MS/CERREGUI/OMS 2000 :***

L'évaluation de l'impact de l'utilisation du Partogramme sur la réduction des complications du travail en zone rurale a été appliquée aux CS de la région administrative de Kankan avec pour objectif l'amélioration de l'utilisation du Partogramme en vue de réduire la mortalité maternelle et néonatale. 50 CS ruraux ont été répertoriés pour les entretiens individuels et collectifs. Cette étude a également permis de constater que le Partogramme était faiblement utilisé à cause de la rupture de stock, le manque de personnel et l'insuffisance de formation des agents sur l'utilisation de l'outil. Les recommandations issues de cette étude ont favorisé la mise en œuvre d'actions concrètes en l'occurrence l'élaboration d'un Partogramme harmonisé grâce à l'appui technique et financier de l'OMS. L'outil a ainsi été mis à disposition dans les CS pilotes avec une formation quasi généralisée des prestataires. Un programme post formation pour le suivi de l'utilisation de l'outil a été mis en exécution pendant une bonne période.

- ***De l'Evaluation de l'utilisation du Partogramme à la maternité du centre de référence de la commune V du District de Bamako Décembre 2005). :***

L'étude a été réalisée au cours de la période du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2005. Elle portait sur l'identification des facteurs de risque chez les femmes et leurs nouveaux nés de manière à apprécier la qualité de remplissage du Partogramme, déterminer la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive de la ligne d'alerte. L'approche qui a été utilisée a été rétrospective et analytique. Etaient inclus dans cette enquête, les Partogrammes de toutes les femmes admises en travail et ayant accouché à la maternité pendant la période d'étude dont le travail a été suivi à l'aide du Partogramme. En termes de résultats, il a été révélé que la qualité de remplissage du Partogramme était faible car, sur 1522 Partogrammes observés, seulement 287 soit 18,85% sont correctement remplis. Les recommandations formulées par l'équipe de recherche confirment que la surveillance stricte du travail d'accouchement passe nécessairement par la tenue rigoureuse du Partogramme. C'est par cette alternative que l'on peut déceler la plupart des anomalies des paramètres de l'accouchement et prendre la décision en temps opportun.

- ***De l'Evaluation de la qualité de la tenue du Partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble Leslie Assorin 2012.***

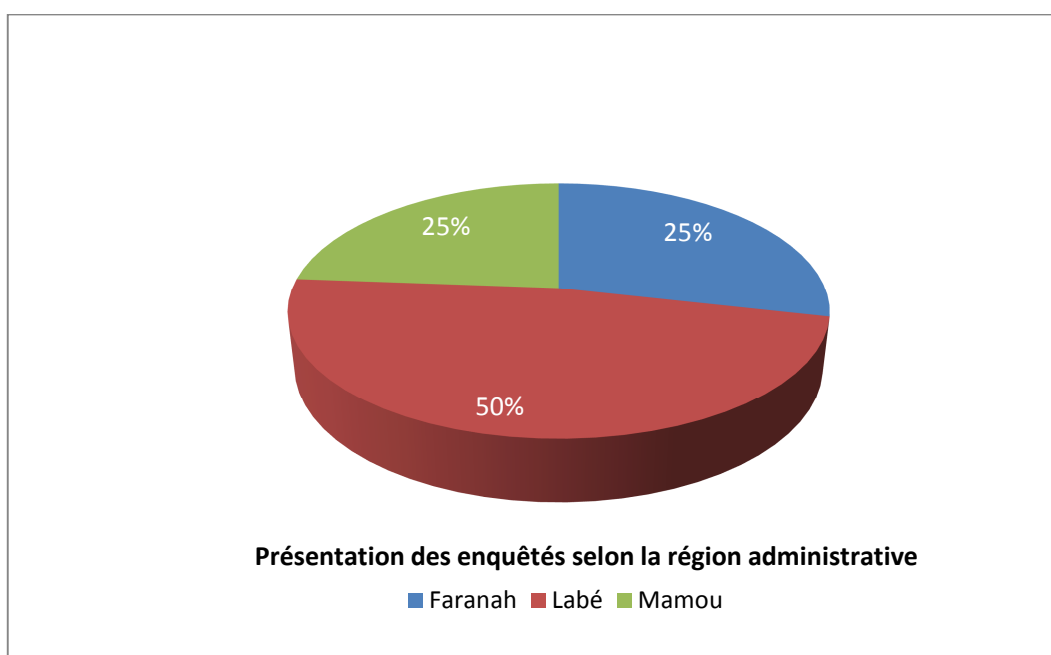
Ce document atteste que l'uniformité absolue du Partogramme est surtout théorique. Son contenu dans la forme et dans le fond varie considérablement selon les équipes. Nous remarquons qu'il n'existe pas de texte réglementaire déterminant précisément les informations obligatoires devant figurer sur le Partogramme. Le décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical mentionne uniquement le compte rendu d'accouchement. C'est dans ce contexte que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a organisé cette évaluation en 2012 qui a abouti à des recommandations pour la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la qualité du Partogramme. Ces recommandations ont permis de l'informatiser et de définir une base commune pour garantir un suivi de qualité et une utilisation optimale du Partogramme mais aussi pour répondre à l'importance grandissante du médico-légal.

7.2 Résultats des données quantitatives (variables démographiques) :

La présente étude a concerné 03 régions administratives (Mamou, Labé et Faranah) et une préfecture Lélouma de la région administrative de Labé et toutes relevant de la zone d'intervention du programme Santé pour le compte de la GIZ. Les informations collectées au niveau des zones ciblées pour l'enquête ont été dépouillées, croisées, triangulées et analysées selon les niveaux primaire ou secondaire. Les résultats obtenus se présentent ainsi qu'il suit :

7.2.1 Graphique N°1 : Distribution des enquêtés selon la région administrative.

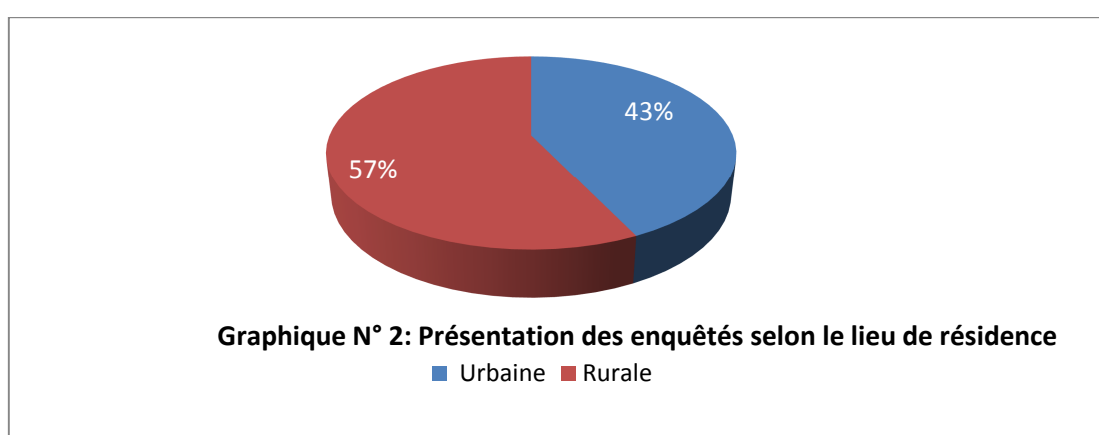
L'enquête nous a permis d'obtenir les résultats selon la région administrative des prestataires entretenus. Le graphique N° 1 présente les résultats ainsi qu'il suit.



Le Graphique N° 1 : montre que 50% des prestataires entretenus sont de la Région administrative de Labé contre 25% à Faranah et 25% à Mamou. La différence constatée au niveau de la fréquence des prestataires entretenus à Labé est liée au fait de l'inclusion d'une préfecture de cette région dans l'étude.

7.2.2 Graphique N°2 : Présentation des enquêtés selon le milieu de résidence

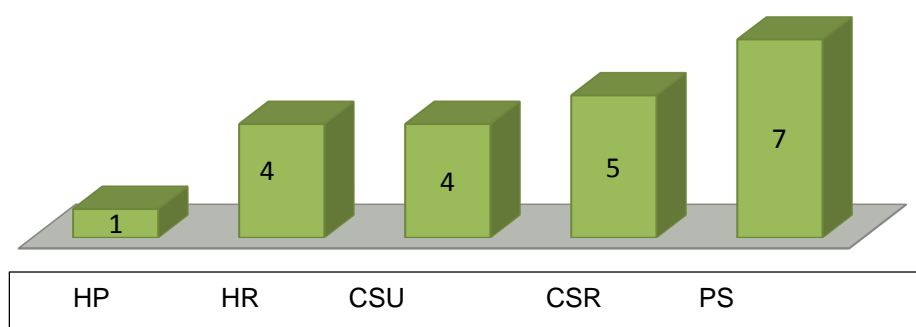
Selon la zone de résidence des prestataires, les résultats de l'étude sont présentés dans le graphique N°2.



Le Graphique N°2 montre que 57% des prestataires entretenus résident en milieu rural contre 43% en milieu urbain. Ceci s'explique par le fait que la pondération du quota de structures à visiter par région administrative a concerné plus de formations sanitaires de zone rurales qu'urbaines (6 PS et 3 CSR contre 3 CSU et 3HR), soit 21 prestataires directement liés à la pratique des soins sage femme.

7.2.3 Graphique N°3 : Présentation des enquêtés selon la structure sanitaire

Les résultats de l'étude sur les lieux d'exercice des enquêtés ont été présentés dans le graphique ci-dessous.

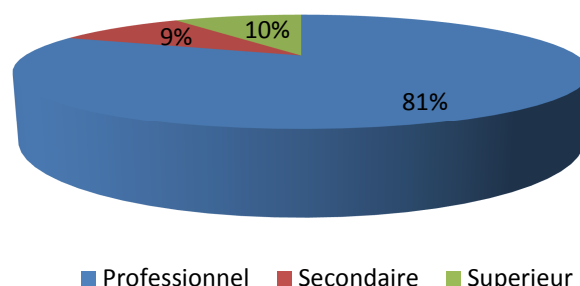


Graphique N° 3 Présentation des enquêtés selon la structure sanitaire

Le Graphique N° 3 montre que 07 prestataires de soins sage-femme ont été entretenus dans les postes de santé contre 05 au niveau des CSR, 04 au niveau du CSU, 04 à l'hôpital régional et 01 à l'hôpital préfectoral.

7.2.4 Graphique N°4 : Présentation des enquêtés selon le Niveau d'instruction.

Les résultats du niveau d'instruction des prestataires entretenus ont été présentés dans le graphique N°4 comme suit.



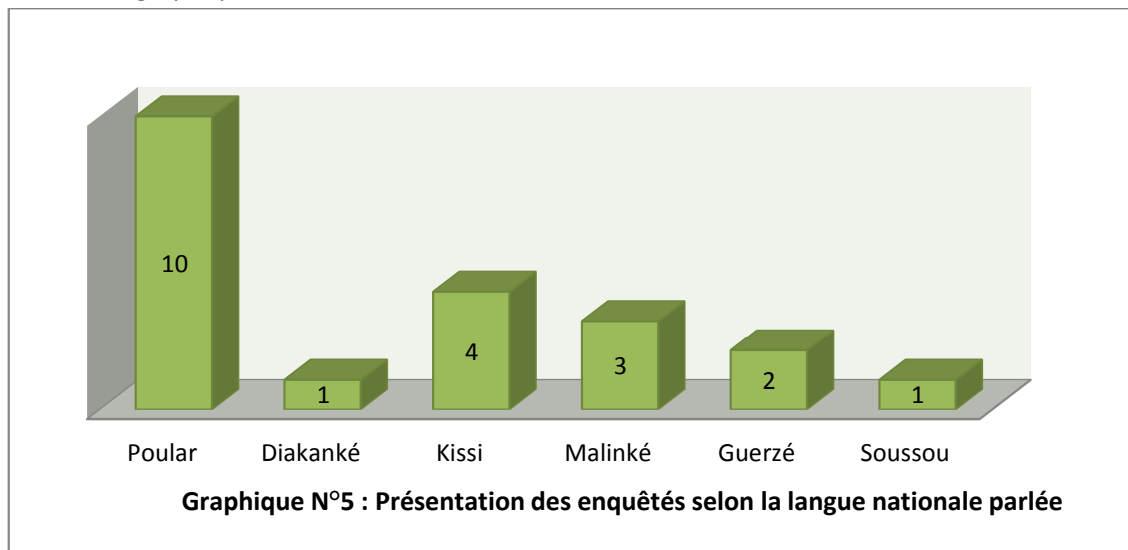
Graphique N° 4 Présentation des enquêtés selon le niveau d'instruction

Le Graphique N° 4 montre que 81% des prestataires soins sage-femme sont d'un niveau professionnel contre 10% du niveau supérieur et 9% du niveau secondaire. Il est à noter qu'il existe une disparité considérable entre le niveau de formation de base des prestataires et leur diplôme professionnel.¹²

¹² Analyse des pratiques soins sage-femme MS-2012 Initiative Muskoka

7.2.5 Graphique N°5 : Présentation des enquêtés selon la langue nationale parlée.

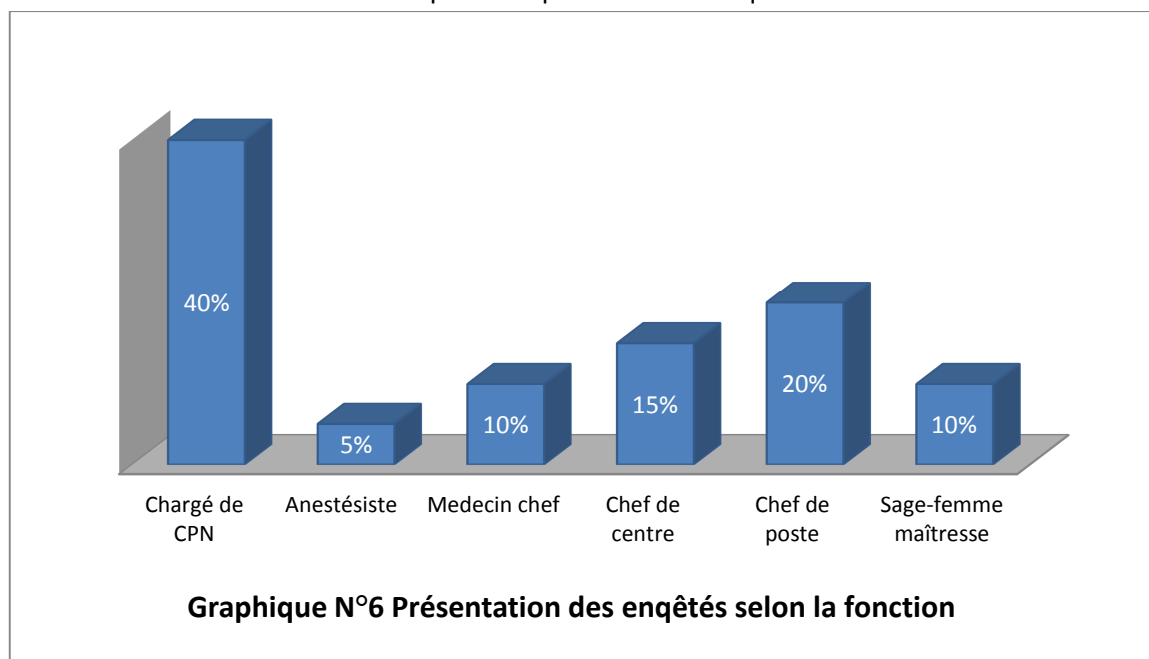
Les résultats ont attesté plusieurs langues nationales parlées avec les prestataires entretenus qui se présente dans le graphique ci-dessous :



Le Graphique N°5 montre que 10 prestataires sur les 21 entretenus soit près de 50% parlent le Poular contre 04 qui parlent le Kissi, 03 le malinké, 02 le Guerzé, 01 le soussou et le Diakanké. Ceci démontre de manière éloquente le caractère mosaïque des langues parlées dans la zone d'intervention du programme.

7.2.6 Graphique N°6 : Présentation des enquêtés selon la Fonction.

Les résultats relatifs à la fonction des enquêtés se présentent ainsi qu'il suit.



Le Graphique N°6 montre que 08 prestataires de soins sage-femme sur les 21 entretenus sont chargés de CPN contre 05 qui s'occupent de la fonction de chef de poste, 03 sont des chefs de CS, 02 sont des médecins chefs, 02 autres sont des sages-femmes maitresses et 01 est anesthésiste.

7.2.7 Tableau N°2 Présentation des enquêtés selon le Statut d'emploi.

Le Tableau N°2 montre que 57% des prestataires de soins sage-femme sont des employés à plein temps contre 24% de contractuels permanents, 10% de contractuels temporaires, et 10% sont des bénévoles.

Modalités	Effectifs	Fréquence
Temps plein	12	57%
Contractuel temporaire	2	10%
Contractuel permanent	5	24%
Bénévole	2	10%
Total	21	100%

7.3 Résultats des données qualitatives :

7.3.1 Perception des prestataires sur le Partogramme

Les entretiens organisés avec les différentes cibles de l'étude ont permis de recueillir la perception des prestataires sur l'utilisation du Partogramme. Cette perception des prestataires liés à la pratique des soins sage femme a été recueillie en grande partie à travers 04 Focus group de 08 personnes en moyenne organisés dans les maternités des chefs lieux de régions administratives plus la maternité préfectorale de Lelouma.

Les résultats obtenus ont permis de présenter la perception ainsi qu'il suit :

Partogramme « Outil des Sages-femmes » : bon nombre de prestataires interrogés pensent que le Partogramme est un outil de travail destiné aux sages-femmes qui sont les seules habilitées à l'utiliser ;

Partogramme « Outil délicat » : Des prestataires entretenus pensent également que le tracé des courbes à faire au sein du Partogramme est un exercice purement géométrique qui demande une formation initiale en mathématique d'où le recours à la mesure communément appelé « **Postogramme** » le remplissage de l'outil à près l'accouchement;

Partogramme « document d'espionnage » : Certains prestataires de soins sage-femme estiment que le Partogramme est un outil de contrôle qui permet de remonter les vraies responsabilités en cas de décès de la mère ou du nouveau-né en vue de prendre des mesures de sanctions aux prestataires fautifs;

Partogramme « Outil de non monitoring » : d'autres pensent aussi que le fait d'exclure le Partogramme dans les outils de suivi du monitoring équivaut à l'inutilité de l'outil dans le système de suivi des indicateurs d'où le libre cours de ne pas utiliser le Partogramme car il n'y a aucune exigence fondamentale.

Partogramme « Outil performant de suivi de la femme en travail d'accouchement » : Par contre, autres prestataires estiment qu'il faut juste de la rigueur avec un personnel qualifié disposant du matériel et de l'équipement indiqué pour son utilisation. Afin de réduire considérablement les dystocies foeto-pelviennes.

i Synthèse des entretiens avec les autres prestataires de soins sages-femmes sur leur perception du Partogramme

Que pensez-vous du Partogramme dans votre structure de soins ?

Le Partogramme est un outil de gestion qui est utilisé pour suivre la femme en travail jusqu'à l'accouchement ; il permet de surveiller la femme en travail pour une prise de décision. Le Partogramme ne doit pas être utilisé en cas d'hémorragie du 3ème trimestre, rupture utérine, dilatation complète...

Il permet de surveiller et de détecter les problèmes ; Le Partogramme sert à prendre les décisions à temps ;

C'est un outil très compliqué et délicat. Il est trop vieux et même dépassé. C'est pourquoi même nos chefs hiérarchiques n'accordent pas de l'importance quant à son utilisation ;

Il facilite la référence et permet de prendre en charge la mère et le nouveau-né ;

Il nous permet de déceler tôt les anomalies et prendre une décision, il est ouvert quand la dilatation est à 4cm pas avant pas plus ; C'est un instrument qui sert à sécuriser l'accouchement avec plus de précision.

7.3.2 Disponibilité du Partogramme :

L'entretien avec les prestataires, les responsables des programmes SMN, des PTF et des gestionnaires de districts a révélé que le Partogramme manque dans la quasi-totalité des structures visitées. Les 16 structures sur les 20 visitées ne disposent pas de stock. Les responsables des autres structures affirment que la version existante n'est pas celle harmonisée par l'OMS.

La rupture du stock et le manque de soutien matériel et financier pour la reprographie des fiches. Cet état de fait ne facilite pas l'obtention d'informations sur la performance du personnel de santé en termes de remplissage, de réactivité et de qualité des prestations.

On peut seulement par expérience dire que les agents de santé isolés dans des structures, sans système de suivi rapproché et efficace travaillent avec une grande polyvalence mais la qualité de leur prestation est difficile à évaluer.

Il a été constaté que dans la quasi-totalité des cas, le Partogramme est classé dans des tiroirs ou armoires avec des écritures illisibles ou effacés. Les écritures sont dans la majorité des cas faites par le crayon et non avec de l'encre indélébile ce qui ne facilite pas une bonne conservation des notes mentionnées.

Aussi, il a été constaté que le Partogramme dit harmonisé de l'OMS n'est pas connu dans toutes les structures de soins d'où son inexistence par endroit.

Certaines structures comme le CSR de Popodara dans la préfecture de Labé, le Partogramme rempli et archivé ne contient pas de données post-partum immédiat car c'est la première page contenant les informations obstétricales qui a été photocopié dans les deux faces (recto verso).

La synthèse des entretiens individuels et de group sur le niveau d'utilisation du Partogramme corrobore avec les résultats des entretiens avec les prestataires de soins.

ii Synthèse des entretiens avec les responsables du niveau national, des PTF et des gestionnaires de districts et les partenaires techniques et financiers sur la disponibilité du Partogramme dans les services:

Que pensez-vous de la disponibilité du Partogramme dans les services de soins sage-femme ?

Il est également peu disponible mais ce n'est pas la raison de sa non utilisation. C'est sa délicatesse dans le remplissage il y a trop de va et vient avec le Partogramme les agents n'ont pas ce temps

Il n'est pas disponible car nous sommes souvent en rupture. Ce temps est d'ailleurs plus long que le temps de son existence physique.

Il est très insuffisant car toujours on laisse entendre qu'il y a rupture dans certaines structures, et mieux il n'est pas harmonisé. Vous pouvez voir deux à trois types de Partogramme parfois très mal photocopiés. Même contenu au Recto et au verso sans renseignements obstétricaux.

Il n'est pas disponible dans les 80% des structures sanitaires. Dans certains endroits il n'est même pas connu.

Il est absent dans la majorité des cas. Il existe également beaucoup de rupture même au niveau de l'hôpital régional. Avec la gratuité des soins obstétricaux, les structures sanitaires ne disposent de moyens pour assurer une multiplication du Partogramme en plusieurs exemplaires. S'il n'y a pas de partenaires pour faciliter sa reproduction et l'état ne subventionne pas sa production, la disponibilité fera toujours défaut d'où sa sous-utilisation.

Il est disponible ici mais cela ne veut rien dire au fait quand le personnel est insuffisant ou pas formé.

Le Partogramme est disponible seulement à l'hôpital et dans les CS urbains

Le Partogramme n'est pas très disponibles dans les structures sanitaires du pays.

Il n'est pas disponible depuis que nous avons harmonisé cet outil et mis à disposition dans certains centres il n'y a pas eu d'autres livraisons à ma connaissance.

C'est la rupture du Partogramme dans les structures et le faible niveau des prestataires dans les structures de soins.

Par endroit il est disponible, mais dans la plupart des cas il est absent des services.

Le Partogramme tel qu'on l'a connu c'est dire celui amélioré de l'OMS n'est pas disponible en temps suffisant dans les services.

Il n'est pas du tout disponible car on enregistre souvent de rupture de stock ;

D'après ce que nous avons vu, dans beaucoup d'endroit il n'est pas disponible.

Il y a que certains prestataires qui connaissent le Partogramme mais ne savent pas l'utiliser. Certains pensent également que le remplissage du Partogramme est une activité additionnelle de ce qu'ils doivent faire. Il y a enfin un problème de perception de l'outil. Certains se disent si j'ai un outil qui me permet de décider à temps de référer ou pas la parturiente alors que je n'ai pas de moyens pour le faire à ma portée cela crée également de frustrations donc on cherche toujours à contourner.

7.3.3 Niveau de formation et compétence des agents prestataires :

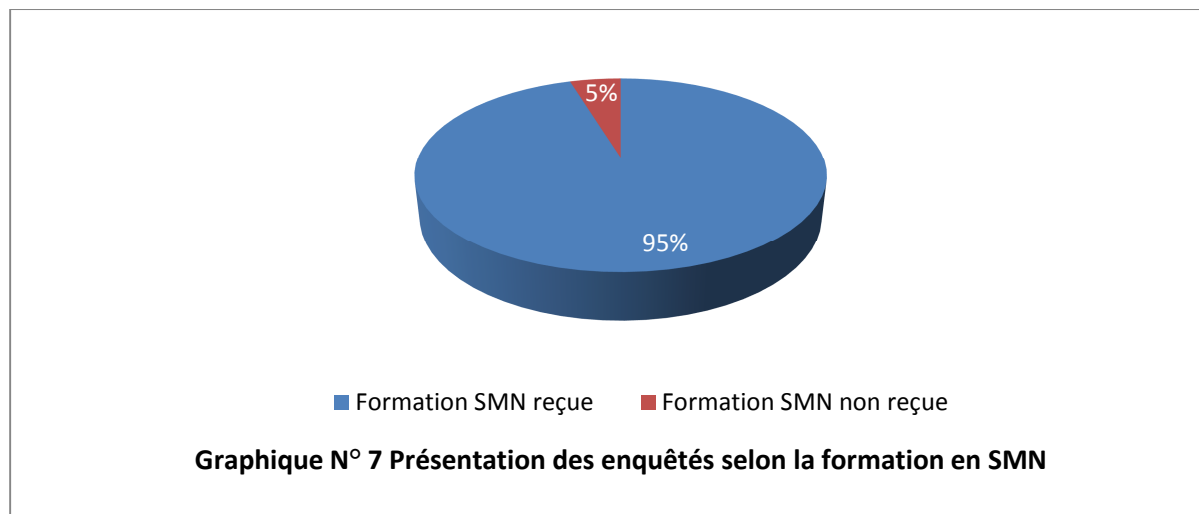
1 -) Bref rappel de son introduction dans les structures sanitaires

Selon les prestataires entretenus, le Partogramme a été introduit en grand nombre dans les structures sanitaires de la zone d'intervention du Consortium Eco consul/Health-Focus au cours de la période 2000-2002.

2-) Informations reçues sur le Partogramme:

Les prestataires entretenus sur la connaissance du Partogramme affirment dans une grande majorité avoir connu le Partogramme à travers les formations sur les SMN/SONU/SOE, pendant la formation initiale ou continue à travers des séminaires organisés par le MS et ses partenaires techniques et financiers/ONG internationales. Le graphique ci-dessous présente la situation ainsi qu'il suit :

Graphique N°7 : Présentation des enquêtés selon la Formation en SMN-SONU-SOE.



Le Graphique N°7 montre que 95% des prestataires entretenus affirment avoir reçu la formation en SMN (SONU-SOE) contre 5% de prestataires attestant n'avoir pas été formé.

De nombreuses formations semblent être données dans le cadre de divers projets et programmes nationaux en SMN. Selon les personnes enquêtées, les objectifs d'apprentissage n'ont pas clairement spécifié des sessions sur l'utilisation du Partogramme avec des exercices pratiques suffisants. Ces formations n'ont pas été soutenues de dispositif de suivi post formation et de supervision formative. Il a été indiqué que la présence sur le terrain d'une multitude d'acteurs et d'intervenants au même moment favorise et maintient les duplications, les chevauchements qui sont des facteurs qui alourdissent la charge de travail des prestataires et minimisent leur rendement en terme de productivité. L'insuffisance de coordination et de leadership en santé maternelle, néonatale et infantile ne contribue pas à maximiser la complémentarité des interventions en vue de l'appropriation des bénéficiaires gage certain de la pérennisation des acquis.

De l'analyse des dossiers:

L'observation des dossiers des patients au cours de cette étude a montré que le Partogramme, là où il est utilisé, n'est pas convenablement rempli et mis dans le dossier du patient. Son utilisation qui prend en compte les paramètres liés à la tension artérielle, le type de la présentation, le niveau de la présentation, les caractéristiques du liquide amniotique, les contractions utérines, la dilatation cervicale et les battements de cœur (BDCF) souffre d'insuffisance dans les structures visitées. La dilatation a été la rubrique la plus remplie 45 dossiers sur les 54 observés soient 83%. Ensuite vient le contrôle du BDCF 65% et la prise de la tension artérielle 48%. Il a été également établi que le nom de l'anesthésiste est absent dans la quasi-totalité des cas de césarienne. Le papier qui sert de support pour les fiches d'utilisation du Partogramme n'est pas de bonne qualité. Les écritures sont par endroit illisibles avec des mentions et des tracées gommées de manière à camoufler les insuffisances des auteurs. Ensuite, il a été constaté que le Partogramme observé au cours de cette étude, ne fait pas partie intégrante du dossier de la patiente fixé et annexé comme tel ; mais plutôt une simple feuille volante classée entièrement à part dans les enclos servant de lieu d'archivage. Cet outil qui devrait permettre de retrouver les noms de tous les intervenants (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, étudiants...), ne se présente pas en tant que tel dans la quasi-totalité des dossiers analysés. Les heures et les modalités de délivrance qu'elle soit : (dirigée, naturelle, complète, incomplète, artificielle ou manuelle) sont faiblement notées. A peine un quart des

fiches Partogramme observées dans les trois derniers mois au sein des structures sanitaires visitées ont été entièrement remplies.

- ***De L'observation de la pratique en salle***

L'observation de la pratique en salle d'accouchement a été observée par une appréciation du remplissage du Partogramme pendant l'acte d'accouchement. Trois observations en salle d'accouchement ont été réalisées dans les maternités régionales de Mamou, Labé et Faranah. Les résultats obtenus de cette évaluation de qualité attestent que sur les 24 critères recommandés par l'OMS seuls les 4 (l'identité de la femme) et 15 (dilatation du col et ses caractéristiques) sont de niveau appréciable.

- ***De l'existence de personnels liés à la prestation de soins Sage-femme :***

Cette présente étude a permis de constater que plusieurs catégories de professionnels de santé participent aux activités de soins sage-femme. Le plus grand nombre de prestataires est constitué d'ATS provenant des écoles professionnelles de la santé communautaires (81% comme stipulé au graphique N° 4 niveau d'instruction des enquêtés).

Les Agents Techniques de Santé (ATS) catégorie de personnel fortement impliqué dans les prestations de soins sage-femme sont recrutés par voie de concours parmi les candidats titulaires du Brevet d'Etudes du Premier Cycle. Ils bénéficient de trois années de formation professionnelle dans une école de soins de Santé Communautaire qui sont sanctionnées par un diplôme d'Agent Technique de Santé ou équivalent. La formation initiale dans cette filière est assurée sous l'encadrement du Ministère de l'enseignement technique et formation professionnelle à travers les établissements scolaires suivants:

- Ecole de soins de santé communautaire de Boké
- Ecole de soins de santé communautaire de Kankan
- Ecole de soins de santé communautaire de Labé
- Ecole de soins de santé communautaire de N'Nzérékoré
- Ecole de soins de santé communautaire de Tindo
- Institut professionnel d'assistance sociale et humanitaire de Mamou (privé)

Les ATS évoluent dans les services de santé de base ou dans les hôpitaux et ont pour rôles:

- de participer à la mobilisation communautaire et collaborer avec les tradi-praticiens et les agents chargé des services à base Communautaire ;
- d'exécuter les activités de soins de santé primaires ;
- d'exécuter les mesures générales d'hygiène intéressant la santé publique ;
- d'exécuter les soins de base au niveau des hôpitaux.

En dépit des rôles statutaires, ils ont été commis pour la majorité d'entre eux aux fonctions liées à la pratique de sage-femme et ont bénéficié de recyclages appropriés. 51,8% du personnel lié à la pratique sage-femme sont des ATS, dont plus de la moitié (33,8%) sont à Conakry où résident seulement 15% de la population. Le tiers des ATS se retrouve à Conakry alors que cette catégorie des professionnels est formée pour délivrer des soins de santé communautaire surtout en zone rurale.¹³

Il convient de préciser que le personnel de niveau qualifié lié à la pratique de sage-femme est à la fois insuffisant et pas équitablement réparti. Ce qui compromet la bonne tenue du Partogramme comme outil de suivi de la femme en travail dans la majeure partie des structures de santé où le déficit de personnel

¹³ Analyse documentaire sur le personnel lié aux prestations soins sage-femme MS/OMS 2012.

sage- femme est encore plus criard. La synthèse des focus group avec les prestataires ci-dessous confirme cet état de fait.

iii Synthèse des entretiens avec les autres prestataires de soins sages-femmes sur le niveau d'utilisation du

Partogramme :

Quelles sont les causes liées à la faible utilisation du Partogramme dans les établissements sanitaires?

C'est le manque de formation des agents, et aussi les parturientes arrivent alors que la tête fœtale est à la vulve ; dans ce cas l'ouverture du Partogramme est inappropriée.

La paresse des agents, la négligence et le manque de bonne volonté, la surcharge de travail, la complicité des superviseurs qui eux même ne comprennent pas pourquoi le Partogramme.

La méconnaissance de l'outil, le faible niveau des prestataires, la négligence des responsables car le Partogramme est un outil de monitoring, la confusion dans l'esprit des prestataires par rapport à son remplissage.

Le manque de formation, la rareté de l'outil, le manque de personnel qualifié. Imaginer vous, on demande un ATS ou un Infirmier de remplir le Partogramme alors qu'il le voit comme une équation mathématique ou une figure géométrique.

Les causes sont purement d'ordre organisationnels et de ressources humaines. Les prestataires actuels de soins sage-femme le sont devenus dans le tas sans préparation académique. Je veux parler des ATS qui sont dans presque tous les services à défaut de sage-femme qui devraient être l'idéal comme indique notre système. Ils ne sont pas formés à l'utilisation du Partogramme. Ce n'est pas en une session d'atelier qu'il faut se glorifier d'une formation efficace sur l'utilisation de cet outil dans un système sans compter que ceux qui doivent superviser à la tâche n'ont également pas d'informations sur le même outil.

C'est la négligence des superviseurs à tous les niveaux, le manque de formation des agents prestataires la plupart de nos agents sont des ATS avec un niveau de base très faible. Il y a également l'éloignement de certaines communautés vis-à-vis des structures sanitaires où les femmes arrivent tardivement ; et l'implication négative des accoucheuses traditionnelles et des sages-femmes en retraites dans les quartiers et districts qui déconseillent les femmes en grossesses la fréquentation des structures sanitaires.

C'est l'insuffisance de formation des prestataires, le faible niveau des agents, l'absence de Partogramme ; ici dans cette région, la plupart des structures sont gérés par des ATS et des infirmiers. Le niveau étant bas, la formation continue n'améliore pas leur qualification pour tenir de façon efficace le Partogramme. Il y a également le fait que les femmes arrivent tardivement en phase de dilation complète.

Certains prestataires affirment que le Partogramme es difficile à utiliser, il est délicat et demande beaucoup de temps avec plusieurs tracées à faire de sorte qu'il prend trop de temps du prestataire. La non disponibilité de l'outil, le manque de suivi efficace sur son utilisation, le niveau des prestataires qui est très bas, il y a également la surcharge des prestataires suite à la verticalité des actions des programmes et projets sur le terrain. La supervision ne se fait pas réellement dans le but de corriger les lacunes et insuffisances constatées.il faut reconnaître que c'est la chaine de supervision et de coordination qui est défailante.

Je ne suis pas sur le terrain mais ce qui est souvent avancé par les prestataires c'est la disponibilité de l'outil, le manque d'harmonie sur la présentation de la fiche. Le deuxième facteur pour moi qui est le plus important c'est la disponibilité du personnel à accepter de remplir le Partogramme. Les prestataires pensent que le Partogramme demande trop de temps dans son remplissage. Voyant que Cette commodité s'est maintenant installée est ce qu'il ne sera nécessaire de trouver des tablettes pour le Partogramme. Cette innovation va certainement inciter les agents à l'utiliser lorsque cela est nécessaire.

C'est d'abord le manque de formation des agents prestataires, l'insuffisance de personnel approprié, le manque de rigueur dans le suivi et la supervision rapprochée

C'est le faible niveau des prestataires, l'insuffisance de formation des agents, l'arrivée tardive des femmes en travail. La négligence des prestataires et les difficultés de remplissage que rencontrent les agents.

Je pourrai structurer les causes de différentes manières : d'abord la connaissance de l'outil par le prestataire et par le superviseur du prestataire: le tracé du Partogramme n'est vraiment pas connu par le prestataire. Si également Le superviseur ne connaît pas l'outil en tant que suivi de la gestion de l'acte pas en tant qu'outil de monitoring, il peut ne pas inclure la supervision de l'outil dans son rôle. Dans ce cas, la perception du prestataire serait que c'est un outil qu'on peut ou ne pas utiliser. Ensuite, nous avons compris que l'outil les faisait peur car pour certains, c'est un exercice géométrique qu'on leur demande de faire. Il y a également que certains ATS qui travaillent dans les maternités pensent que le Partogramme est un outil de la sage- femme. L'arrivée tardive des parturientes dans les structures sanitaires, les accouchements à domicile ou en cours de route, le manque de formation des agents prestataires, le très faible niveau des prestataires qui jouent office de sage-femme

C'est le manque de formation, l'insuffisance de ressources humaines, le faible niveau des prestataires qui utilisent le Partogramme.

7.3.4 Fréquence d'utilisation du Partogramme dans les structures sanitaires

L'utilisation du Partogramme a été appréciée à travers l'analyse des dossiers, l'observation à la tâche du prestataire en salle d'accouchement et l'entretien des personnels liés aux prestations de soins sage-femme.

Tableau N°3 Fréquence de l'utilisation du Partogramme dans les structures de santé

Le Tableau N° 2 montre que seuls les hôpitaux régionaux et préfectoraux utilisent le Partogramme : le nombre le plus élevé a été enregistré à la maternité de l'hôpital préfectoral de Lélouma avec 31 fiches remplies suivi des maternités régionales de Mamou 15 fiches, Labé 12 et Faranah 08 fiches remplies. En dehors du CSU de Abattoir dans la région de Faranah où il a été constaté la présence de 08 Partogrammes remplis, aucun autre CSU ou CSR ne dispose de Partogrammes remplis et archivés au cours des trois derniers mois de l'année 2015. La fréquence d'utilisation la plus élevée a été enregistrée à Lélouma avec 51%. La moyenne régionale varie de 6% à Labé, 4% à Mamou et 3% à Faranah. Ce constat montre des disparités considérables. L'enquête a révélé que 100% des CSR et 99% des CSU visités dans le cadre de cette étude n'utilisent pas le Partogramme comme outil de suivi de la femme en travail de l'accouchement. De même, l'on peut dire que cet état révélé dans les CSR et CSU est en partie lié à l'absence de médecins et de sages-femmes dans ces structures qui sont des personnels pourtant qualifiés pour l'utilisation efficace du Partogramme.

Districts	Nombre d'Accouchements assistés pendant les 3 derniers mois 2015	Nombre de Partogramme rempli pendant les 3 derniers mois 2015	Fréquence en %
MR-Labé	206	12	6%
CSU-Bowouloko	77	0	0%
CSR- Popodara	44	0	0%
PS-Labé Dhéppéré	32	0	0%
PS- Touny	43	0	0%
HP- Lélouma	61	31	51%
CSU-Lélouma centre	11	0	0%
CSR-Thiaguel Bori	138	0	0%
PS-Lafou	45	0	0%
PS-Bassan	35	0	0%
Total	692	43	6%
MR-Faranah	150	8	5%
CSU- Abattoir	126	8	6%
CSR- Bagnan	100	0	0%
PS Laya	45	0	0%
PS Dalafilanin	73	0	0%
Total	494	16	3%
MR-Mamou	175	15	9%
CSU- Saabou	87	0	0%
CSR- Dounet	47	0	0%
PS Dindeya	59	0	0%
PS Simanko	17	0	0%
Total	385	15	4%

La synthèse des entretiens individuels et de groupe sur le niveau d'utilisation du Partogramme corrobore avec les résultats de l'observation des agents à l'acte et l'analyse des dossiers.

iv Synthèse des entretiens avec les prestataires de soins sages- sur le niveau d'utilisation du Partogramme :

A la question Comment appréciez-vous à ce jour le niveau d'utilisation du Partogramme dans les structures sanitaires des différents districts

Par endroit, le Partogramme est faiblement utilisé, tandis que dans la quasi-totalité il n'existe pas dans les structures de soins surtout là où la structure est plus rapprochée des parturientes (CS, PS) ; Celui qu'on est en train de dire amélioré n'existe pas chez nous encore ;

Le taux d'utilisation du Partogramme est relativement faible dans notre structure car la plupart des femmes viennent en phase de dilatation complète ; Certains prestataires parmi nous ne peuvent pas utiliser le Partogramme ; C'est un outil très compliqué ;

Le niveau est très faible pour ne pas dire que le Partogramme n'existe même pas dans le système.

Le niveau est bas et laisse à désirer pour plusieurs facteurs liés à la formation et au niveau des prestataires.

L'utilisation du Partogramme est très faible. Même s'il est disponible, il est faiblement utilisé dans les services. Aussi même si l'on se trouve dans des cas indiqués, son utilisation n'est pas systématique dans les structures sanitaires.

Le Partogramme n'est pas souvent utilisé. Il y a une seule personne qui est formée pour cela dans notre Hôpital. Si la sage-femme est absente, même s'il y a un cas approprié pour son ouverture on ne l'ouvre pas.

Le Partogramme est faiblement utilisé d'après le constat de nos réunions de concertation avec les responsables des districts sur les outils de suivi en général

Le constat fait à ce niveau est que le Partogramme n'est pas bien utilisé par manque de compréhension sur le remplissage

Nous venons de faire une activité de terrain dans notre zone d'intervention (Faranah-Mamou), nous nous sommes rendus compte que le Partogramme est faiblement utilisé pour plusieurs raisons. Notre Bureau CERREGUI a bénéficié d'une subvention de l'OMS (en 2004) pour mener une étude sur l'utilisation du Partogramme et l'harmonisation de l'Outil. A la suite nous avons réalisé une formation des prestataires sur son utilisation. Des fiches de Partogramme ont été rendues disponibles partout mais malheureusement le taux d'utilisation est encore faible.

Le Partogramme est très faiblement utilisé en général dans les structures de soins. Là où on prétend l'utiliser, il a été établi qu'on le remplit souvent après l'accouchement

Le Partogramme est faiblement utilisé pour ne pas dire pas utilisé. Certains prestataires le remplissent à près l'accouchement par endroits et en groupe. Ils l'ont d'ailleurs trouvé un autre nom le « Postogramme ».

Nous n'avons que des informations basées sur des sondages et là, nous disons que l'utilisation du Partogramme est de 5% donc faible.



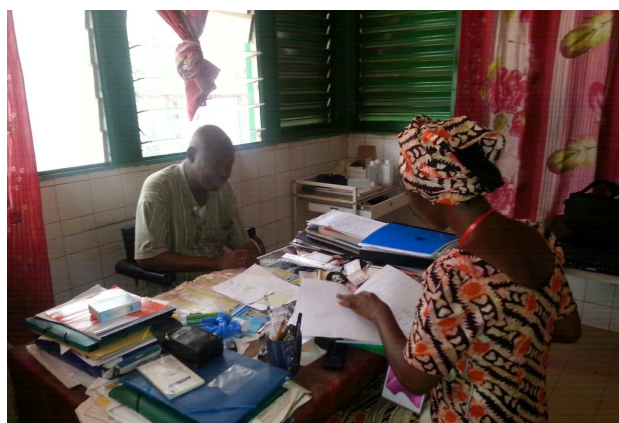
Focus group avec les prestataires
à Lélouma



Entretien avec le Responsable du programme
Consortium Eco-Consult/Health



Focus group avec Prestataires
A Mamou



Entretien avec les responsables de districts à Faranah

7.3.5 Système de suivi/supervision pendant l'assistance des parturientes :

L'absence de suivi interne et externe de l'utilisation du Partogramme dans les formations sanitaires et par niveau a été confirmée par les prestataires entretenus et les responsables des districts sanitaires interrogés. La synthèse de leur entretien sur la question est une illustration éloquent de ce constat.

v Synthèse des entretiens avec les responsables des districts sanitaires sur le système de suivi-évaluation sur l'utilisation du Partogramme :

A la question (Existe-t-il un système de suivi par niveau sur l'utilisation du Partogramme)?

Il y a un suivi mensuel au niveau des postes de santé, un suivi trimestriel au sein des centres de santé et un suivi semestriel au niveau préfectoral et régional.

Il existe un système de suivi mais qui est peu respecté par manque d'actions concrètes et de stratégies.

Il existe un système de suivi mais s'il n'est pas réellement fonctionnel ça ne veut rien dire.

Il existe un suivi informel à chaque accouchement mais pas dans un sens de qualification du prestataire.

Ce qui est déplorable c'est que cet outil est peu utilisé dans le monitoring. Son indicateur de suivi est toujours faible de sorte qu'il est toujours négligé dans les rapports de monitoring.

Il n'y a pas de système spécifique pour suivre le Partogramme. Le système que nous avons connu ici est très global avec plusieurs outils intégrés.

Nous avons un système qui souffre d'efficacité et de moyens pour la mise en œuvre des activités de suivi sur le terrain.

Il existe une supervision mensuelle pour tous les outils du monitoring y compris le Partogramme

Nous avons un système qui ne fonctionne aisément pas il y a beaucoup de problèmes qu'on n'arrive pas à solutionner

Le système existait mais pas autant que tel. Le système intégrait l'indicateur relatif au Partogramme mais c'était dans un ensemble.

Il n'existe pas de système de suivi et de supervision spécifique mais il existe par contre un système de supervision avec multiples indicateurs dont celui du Partogramme.

Il n'existe pas de système de suivi et de supervision du Partogramme comme tel.

Le système de suivi est très défaillant et n'accorde pas d'importance au Partogramme. Ces indicateurs sont souvent nuls dans le calcul final au sein des rapports, c'est pourquoi les responsables des districts se méfient de présenter l'indicateur de suivi du Partogramme.

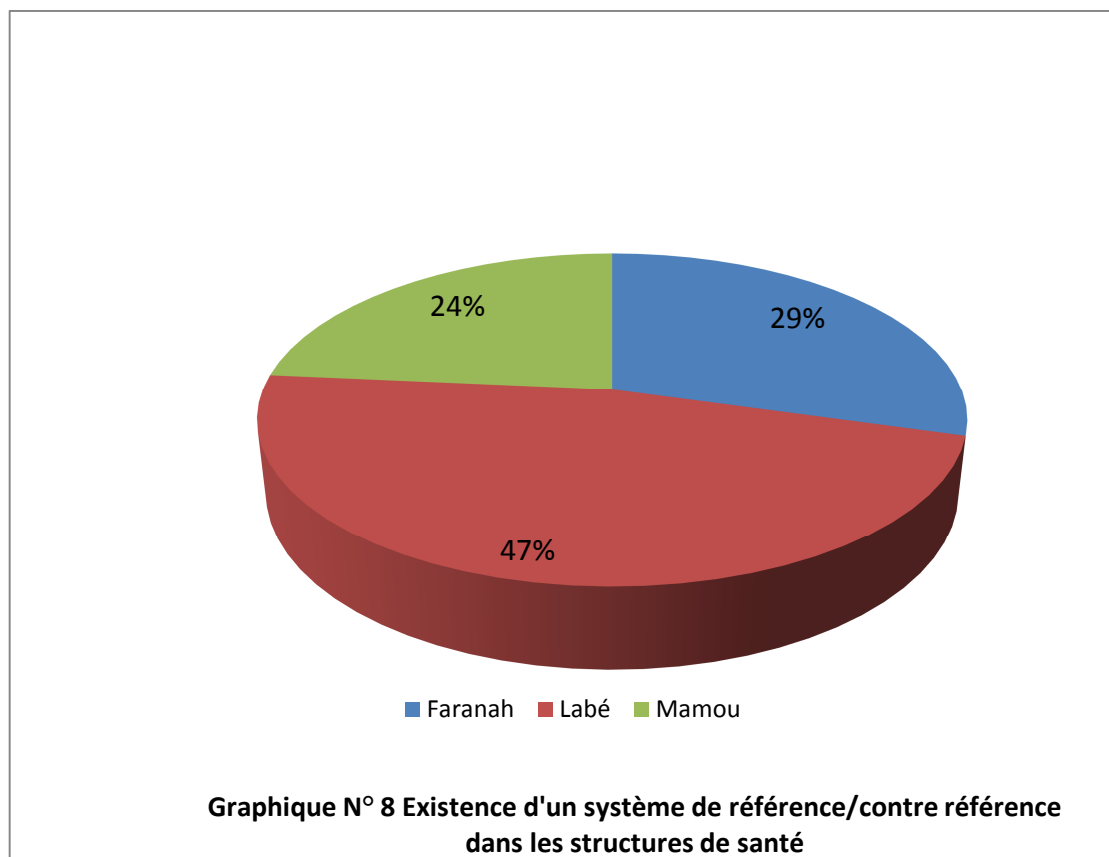
Il n'existe pas de suivi spécifique pour le Partogramme. Son suivi est dilué dans les activités traditionnelles du monitoring

Il nous a été dit qu'il existe un système de suivi supervision qui intègre le monitoring du Partogramme. Il reste à savoir maintenant si ce système est fonctionnel et produit des résultats qui nous permettent d'avancer.

7.3.6 Système de référence contre référence des parturientes :

L'existence d'un système de référence contre référence a été confirmée par l'ensemble des prestataires rencontrés sur le terrain. Les résultats ont été présentés comme suit :

Graphique N° 8 : Existence d'un système de référence/contre référence dans les structures de santé.



Le Graphique N°8 montre que 47% des prestataires entretenus qui confirment l'existence de système de référence contre référence proviennent de la région de Labé contre 29% à Faranah et 24% à Mamou. Malgré cette confirmation de l'existence du dit système, la majorité des prestataires entretenus sont unanimes de sa non fonctionnalité qui se traduit toujours par une évacuation prise en charge par la famille.

Quelle appréciation faites-vous du système d'orientation recours (référence, contre référence, évacuation) en rapport avec l'utilisation du Partogramme dans votre district sanitaire?

Il n'existe pas de fiches de référence ; le système de référence et contre référence est peu fonctionnel ;

Nous référons les cas sur du papier volant sans étiquette ni format harmonisé ;

Certains feed-back nous renseignent que le diagnostic est faussé dans certains cas mais il n'y a pas de formation sur ces lacunes ;

Le transport des cas de référence est supporté par les parents des patients ;

Le système de référence et contre référence est très défaillant car le transport des cas est à la charge des parents et se fait sur des taxis moto ou parfois si c'est l'ambulance, les parents payent également le carburant. Il n'y a souvent pas de feed-back pour nous, même c'est bien référé ou pas.

Le système de référence contre référence existe sur papier mais dans la réalité tout est supporté par les parents. Même les fiches de référence ne sont pas disponibles chacun écrit sur papier volant sans aucune harmonie. Il peut y avoir autant de fiche que d'auteurs au remplissage.

Le système de référence n'est que de nom. Tout ce qui est de transport est supporté par les pauvres parents. l'ambulance n'est pas à la portée de tout le monde. Son utilisation dans la référence est très sélective.

7.3.7 Facteurs qui influencent la faible utilisation du Partogramme :

Le manque de ressources humaines liées aux prestations soins sage-femme : dans les structures de soins sage-femme, il a été constaté que le personnel en charge de l'accouchement est quasi inexistant. Les personnes entretenues ont confirmé la faiblesse des ressources humaines et la non qualification des agents aux rôles dévolus à la pratique de soins sage-femme d'où le faible niveau d'utilisation du Partogramme. Il a été aussi révélé que le personnel de niveau d'instruction supérieur (médecins et sage-femme) est faiblement reparté. Ce qui corrobore avec les résultats de l'Analyse de la pratique des soins sage-femme réalisé en 2012 par le MS dans le cadre de l'Initiative Muskoka en Guinée. Cette étude indique que 63,4% des sages-femmes existant dans le pays sont à Conakry, contre 6,6 pour la région administrative de Faranah, 3% à Mamou et 2,2% à Labé.

- ✓ Le manque d'harmonie sur la présentation du Partogramme : A ce niveau, il a été constaté l'existence de plusieurs versions de Partogramme. Par endroit les renseignements à fournir dans le remplissage sont les mêmes dans les deux versos. Le Partogramme harmonisé du MS avec l'appui de l'OMS n'a pas été entièrement vulgarisé dans les différentes structures d'où la méconnaissance de l'outil par 79% des prestataires entretenus;
- ✓ La rupture de stock : cet élément a été cité comme facteur qui limite l'utilisation du Partogramme par la quasi-totalité des prestataires. Dans 16 structures sur les 21 visitées, le Partogramme n'existe pas physiquement depuis plusieurs mois. Les deux baromètres de ruptures enregistrés vont de 6 mois à deux années ;
- ✓ La gratuité de l'accouchement et de la césarienne : cette situation de fait a conduit à la démotivation et au désintéressement des prestataires de soins sage-femme quant à l'utilisation du Partogramme comme outil de suivi de la femme en travail ;
- ✓ L'absence de soutien matériel et financier pour la production décentralisée du Partogramme : le manque de décentralisation efficace et coordonnée de la production dissémination du Partogramme dans les structures sanitaires, fait que l'outil ne se trouve pas à proximité des utilisateurs ;
- ✓ La qualité quasi faible du personnel lié aux prestations soins sage-femme : le niveau actuel de la majorité des prestataires de soins sage-femme a compromis l'effet attendu des formations sur l'utilisation du Partogramme. Plusieurs prestataires trouvent souvent moyen d'outre passer l'ouverture du Partogramme avec comme prétexte « la patiente est arrivée à dilatation complète »;
- ✓ La surcharge de travail des prestataires : Plus de la moitié des prestataires entretenus (52%) estiment que la charge de travail est trop dans les centres de santé urbains de même que les CSR. Ils peut y avoir plusieurs malades dont entre autres des cas de femme en travail alors que le personnel est réduit à un ou deux agents prestataires. Dans des conditions pareilles, il est impossible de procéder à l'ouverture du Partogramme dont la conduite est fastidieuse.

- ✓ La timidité du système de suivi du Partogramme et la référence contre référence : Si à l'intérieur de chaque sous système et entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le système d'orientation recours est de principe, les prestataires interrogés affirment que la référence contre référence ne fonctionne pas faute de pro activité et de logistiques roulantes. Cet état de fait favorise la dissuasion des prestataires de soins face à l'ouverture du Partogramme ;
- ✓ La transversalité des activités des partenaires : le manque de complémentarité et de coordination de l'action des partenaires sur le terrain font que les prestataires sont inondés d'outils de suivi et de gestion des activités en SMNI. Chaque partenaire tient à accompagner le système de santé avec ses propres indicateurs et outils de monitoring et de supervision. Ceci ne facilite pas la complémentarité et l'atteinte des objectifs contractuels des projets et programmes d'où la mise à l'écart de certaines activités de second plan dont l'utilisation du Partogramme que soulignent certaines personnes entretenues ;
- ✓ Le manque de matériels et d'équipements appropriés :
Le matériel lié au suivi du remplissage du Partogramme a été déclaré quasi absent dans les structures sanitaires visitées. 17 prestataires sur les 21 entretenus individuellement ont affirmé l'absence de matériel de soutien pour le remplissage du Partogramme. Les tensiomètres, les thermomètres, le Stéthoscope de pinard, le Doppler, le centimètre et les consommables de bio chimie sont quasi inexistantes des salles d'accouchement ;
- ✓ l'insatisfaction des prestataires par rapport à l'environnement de travail :
De multiples facteurs suscitent ce sentiment. Les conditions de vie dans les zones décentralisées peuvent ne pas satisfaire les prestataires de soins sage-femme parce que dans ces zones ils n'ont pas accès aux commodités (matériels et équipements nécessaires), ou parce qu'il n'existe pas un système de reconnaissance de leur performance.

vi Synthèse des entretiens avec les responsables du MS et des districts et les partenaires techniques et financiers sur les facteurs qui influencent le niveau d'utilisation du Partogramme :

Quels sont les facteurs qui influencent l'utilisation du Partogramme par le personnel de soins sage-femme ?

C'est l'insuffisance du personnel, le manque de formation, l'arrivée tardive des parturientes, la surcharge des agents, le faible niveau des prestataires.

C'est l'Insuffisance de personnel, la surcharge des agents, le manque de formation et de volonté des prestataires. L'arrivée tardive des femmes en travail

C'est la surcharge des prestataires, la rupture de l'outil, le manque de formation, l'arrivée tardive des parturientes, la faible fréquentation des services par les femmes en grossesse.

C'est la rareté de l'outil, l'insuffisance de personnel qualifié, le non maitrise des paramètres de son remplissage.

C'est le manque d'organisation des tâches et la formation des prestataires disposant de bon niveau de base. Pas de routinier ou d'amateurs.

C'est la timidité du système de suivi, le manque de formation des agents, le faible niveau des prestataires qui ont du mal à comprendre comment on remplit le Partogramme.

C'est le manque de coordination et de leaders cheap du département. Rien n'est fait pour contre carrer les facteurs nuisibles de l'utilisation du Partogramme.

C'est le manque de coordination efficace dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. La timidité des supervisions et la précarité des moyens de référence et contre référence.

VIII. Orientations Stratégiques :

Sur la base des résultats obtenus :

- ✓ Systématisation du Partogramme pendant les staffs cliniques matinaux dans les structures de santé du niveau régional, préfectoral et Centre de santé urbain,
- ✓ Institutionnalisation de l'évaluation des cadres de travail, de la disponibilité en quantité et qualité des agents liés à la pratique de soins sage-femme et de l'existence du matériel et d'équipement avant de planifier les sessions de formation sur l'intégration du Partogramme
- ✓ Suivi post formation et Supervision régulière des agents formés
- ✓ Evaluation semestrielle et annuelle de performances des formateurs
- ✓ Information/Sensibilisation continue des gestionnaires de districts
- ✓ Mise à disposition régulière du modèle amélioré harmonisé de l'OMS en l'intégrant dans la logistique intégrée du MS.

vii Synthèse des entretiens avec les responsables des districts et les partenaires techniques et financiers sur les ce qu'il faut entreprendre pour accroître l'utilisation du Partogramme ?

Là il faut organiser une grande réflexion pluridisciplinaire pour définir les axes à la suite d'un profond diagnostic situationnel ; A défaut de moyens très modernes pour surveiller la parturiente, il faut introduire le minimum aujourd'hui il est bien possible d'avoir des tablettes pour suivre la femme en travail. On dépense moins en papier, le classement et l'archivage sont plus faciles, les agents se forment mieux avec cet outil.

Il faudra faire une formation combinée c'est-à-dire liée à la pratique, organiser à l'interne une équipe de supervision en impliquant les gynécologues et les sages-femmes.

Il faut commencer par rehausser le niveau des agents prestataires. Le niveau des prestataires étant faible, leur perception de l'outil est tout à fait autre qu'un outil de sécurisation de l'accouchement. Les agents ont peur d'être mal sanctionner en cas de complication majeure. Car la responsabilité est vite située si le Partogramme a été ouvert et rempli.

Former les prestataires qui sont en fonction, recruter de personnels qualifiés et disponibiliser le Partogramme dans les services.

IX. Plan d'action opérationnel

Période : septembre 2016-juillet 2017

Objectifs	Activités/actions	Période				Responsable
		1 ^{er} Trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre	4 ^{ème} Trimestre	
Intégrer l'utilisation systématique du Partogramme dans les structures de santé disposant de salle d'accouchement dans la zone de couverture de la GIZ avant juillet 2017	Organisation des séances de restitution des résultats de l'étude aux gestionnaires de districts (DRS, DPS) chefs de services maternités, chefs de centres de santé, chefs de poste, responsables régionaux de PTF.					DRS, DPS ; Eco Consult HF
	Organisation d'un atelier pour l'Elaboration/adaptation de critères d'évaluation de la qualité d'utilisation du Partogramme à Mamou (2 jours) ;					DRS, DPS ; Eco Consult HF
	Dotation de matériels et d'équipements (gants, stéthoscope de Pinard, doppler, thermomètre, tensiomètre, consommables chimie des urines, tables d'accouchement, sondes urinaire aux structures de santé disposant de salle d'accouchement ;					DNSFN, PCG Eco Consult HF et autres PTF
	Renforcement de capacités des prestataires liés à la pratique des soins sage-femme des PS, CSR, CSU, MP et MR et les responsables de districts (niveau de prestation de services et de catégories socioprofessionnelles)					DRS, DPS ; Eco Consult HF
	Mise à disposition du (partogramme) modèle amélioré et harmonisé de l'OMS à travers la logistique intégrée du MS ;					DNSFN, PCG Eco Consult HF
	Accompagnement de proximité par le recrutement pour un an de sage-femme et ou médecins diplômés pour l'utilisation rationnelle et efficace du Partogramme dans les structures sanitaires en manque de personnel qualifié dans la zone de couverture de la GIZ ;					DNSFN, PNMSR Eco Consult HF et autres PTF
	Organisation du Suivi post formation des prestataires par niveau de prestation avec implication des formateurs/superviseurs régionaux, préfectoraux, CT Eco Consult HF;					DNSFN, PNMSR Eco Consult HF et autres PTF
	Intégration de la présentation des Partogrammes remplis au cours des staffs matinaux, validation par les chefs de service.					DRS, DPS ; Eco Consult HF
Organiser 01 plaidoyer au niveau central pour une plus forte institutionnalisation de l'utilisation du Partogramme parmi les indicateurs du SNIS	Organisation des sessions de supervision régulière (trimestrielle ou semestrielle des gestionnaires de districts et chefs de services de maternités selon le niveau de prestation de services					DNSFN, PNMSR Eco Consult HF et autres PTF
	Organisation d'une évaluation annuelle de l'utilisation du Partogramme dans toutes les formations sanitaires des 03 régions et par niveau de prestations de services ;					DNSFN, PNMSR Eco Consult HF et autres PTF
	Organisation de concours inter structure (labélisation) meilleure utilisation du Partogramme dans la zone de couverture de la GIZ.					DNSFN, PNMSR Eco Consult HF et autres PTF

X. Recommandations :

Les variations des taux d'utilisation et les cadres de travail du personnel utilisant le Partogramme devront être pris en considération au moment de planifier l'introduction du Partogramme ou la formation du personnel pour son utilisation. Une supervision et un contrôle efficaces sont essentiels pour la réussite d'une telle entreprise.

- L'amélioration globale des connaissances et le renforcement des capacités des prestataires de soins sage femmes pour la gestion du travail sont nécessaires pour fournir des soins obstétricaux constructifs et réduire l'arrêt de progression du travail et les résultats médiocres concernant la mère et le nouveau-né.
- L'institutionnalisation de l'utilisation du Partogramme dans les structures de santé par des recommandations politiques plus fortes pourrait favoriser l'intégration de l'outil dans les indicateurs du SNIS en vue de mieux exiger du personnel et des responsables des districts une redevabilité de l'utilisation du Partogramme.
- Le monitoring du Partogramme doit être systématique pour mieux gérer les stocks physiques et éviter les ruptures dans l'approvisionnement de l'outil au sein des structures sanitaires.
- La formation des agents prestataires doit inclure en premier lieu l'uniformisation du Partogramme et ses indications pour une compréhension partagée des formateurs et des bénéficiaires des formations.
- Les recherches opérationnelles prévoyant l'utilisation du Partogramme en tant qu'outil d'orientation, examinant son rôle par rapport à la décision à prendre en étudiant de plus près les différentes stratégies de formation ainsi que les résultats seraient une précieuse contribution aux données existantes.
- Le consortium Eco Consult/Health-focus devrait développer une stratégie d'évaluation de qualité de l'utilisation du Partogramme qui serait vérifiée sur le terrain à Mamou, Labé et Faranah. Une telle stratégie faciliterait le suivi post formation et la supervision au sein des structures de santé et à des niveaux différents afin de s'assurer que le Partogramme est en train d'être utilisé correctement et de façon appropriée. Elle serait ensuite proposée au MS pour une diffusion d'envergure nationale.
- Procéder au recrutement au moins pour un an du personnel (médecins diplômés et Sages-femmes) pour faciliter la tenue du Partogramme dans un processus d'accompagnement à la tâche en vue de favoriser l'appropriation et la pérennisation de la stratégie dans le système ;
- Pour faciliter l'utilisation du Partogramme et simplifier son remplissage plus ou moins codifié, il est important de développer un outil plus facile à gérer en exemple la mise en place du "Partogramme tablette".

L'amélioration de la surveillance stricte du travail d'accouchement passe nécessairement par la qualification/adaptation des instruments de travail au niveau actuel de la technique et de la technologie. Le Partogramme dont la tenue rigoureuse permet de déceler la plupart des anomalies des paramètres de l'accouchement et prendre la décision en temps opportun peut être un des

instruments à améliorer/adapter. C'est pourquoi, il serait important de l'informatiser en l'introduisant dans des « tablettes » multifonctionnelles. Cela permettra de mieux outiller les prestataires dans la gestion des indicateurs du SNIS et leur archivage. Cette amélioration de l'outil devra être également accompagné de protocole sous forme d'affiches géantes présentant la tablette et ses indications par rapport à la technique de remplissage. Cette disposition organisationnelle permettra de maintenir les compétences des prestataires en matière d'utilisation du partogramme et d'en assurer la qualité.

- Mettre à disposition le nouveau modèle de Partogramme dans toutes les structures de santé disposant de salle d'accouchement ;
- Faire de sorte que le Partogramme rempli soit validé, daté et signé par le chef de service puis inséré dans le dossier obstétrical avant d'être archivé ;
- Partager les résultats globaux de l'étude avec les acteurs et responsables des districts sanitaires de la zone d'intervention du programme ;

Conclusion :

L'évaluation du remplissage du Partogramme par les agents liés à la pratique de soins sages-femmes des régions de Mamou, Labé et Faranah ne peut pas se restreindre à l'étude de ses taux de conformité. Il paraît nécessaire de prendre en compte le contexte, les moyens, l'utilisation du tracé et le niveau d'instruction des prestataires.

La quasi-totalité des critères 34/36 n'est pas conforme aux recommandations de l'OMS. Les raisons retenues sont d'une part une construction d'un support papier dont le remplissage est à géométrie variable selon les agents de santé qui estiment également que cet outil est mal adapté à la pratique clinique et d'autre part un manque de sensibilisation et de formation des dits agents à la bonne utilisation de l'outil.

Le Partogramme doit faire partie intégrante du dossier obstétrical et doit être principalement utilisé par les agents qualifiés liés à la pratique de soins sage-femme à fin de constituer un outil essentiel dans sa pratique en salle d'accouchement.

Si le MS à travers ses DRS avec l'appui des PTF intervenant en SMN réussit à affranchir :

- les problèmes matériels et techniques au niveau des structures de santé (disponibilité de Pinard, de Doppler, de gants, de thermomètre, de tensiomètre, de tests rapides biochimiques et de logiciels) ;
0
- élever le niveau de référence/contre référence, le niveau d'information pour éviter les redondances ;
- obtenir la motivation des prestataires liés à la pratique des soins sage-femme ;
- maintenir les acquis des interventions tout en améliorant la qualité du Partogramme et sa tenue à travers la mise en place de protocoles et de curricula de formation adaptés aux profils des agents.

Il disposera sans doute d'un outil fonctionnel pour la surveillance du travail et de l'accouchement au bénéfice de la santé de la mère et du nouveau-né.

Les agents de santé liés à la pratique sage-femme auront ainsi un rôle central dans la qualité de la tenue du Partogramme, dans son amélioration continue et dans son processus d'adaptation et pourront ainsi effectuer grâce à cet outil une bonne surveillance maternelle et fœtale.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Bibliographie

Annexe 3 : Images d'action

Annexe 1 Liste des personnes rencontrées

Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contact
Labé			
Dr Houdy Bah	DRS	Directeur régional	622429149
Dr Ibrahima Sory Diallo	DPS	Chargé de la Formation	622 42 18 16
Dr Ibrahima SOW	UNFPA	Coordonnateur régional SR	657493822
Sadialiou Diallo	PS Labé-dheppéré	ATS Chef poste	622 19 38 99
Ramata SOW	PS Tounny	ATS Chef de poste	628 49 71 06
Oury Balla Diallo	CSR Popodara	ATS Chef de Centre	622 40 52 71
Binta Diallo	CSU Bowouloko	Chargée CPN	628 84 46 01
Hadja Aïssatou Bella Diallo	HP	Sage-femme	623 00 27 85
Dr Alpha Ibrahima Diallo	Eco-C/H/F	CT/Labé	622354542
Lélouma			
Kolié Seny	HP - maternité	Sage -femme maitresse	621 53 33 16
Diallo Aïssatou Diao	HP - maternité	ATS Agent chargée CPN stagiaire	622 93 14 74
Saa Kamano	CSR-Thiaguel Bori	ATS chef de centre	654 425202
Adama Oury Camara	PS Lafou	ATS Agent CPN Bénévole	628 66 62 49
Lama Antoinette	CSU Lélouma centre	ATS Agent CPN Bénévole	625 17 28 83
Agnes Mogomou	CSU Lélouma centre	ATS Agent CPN stagiaire	628 49 56 07
Rouguiata Baldé	PS-Bassan	ATS Agent CPN stagiaire	622 20 75 35
Aïssatata Pérédjo Bah	PS-Bassan	ATS Agent CPN stagiaire	622 95 07 74
Conakry			
Dr Saliou Dian Diallo	OMS	Chargée Santé familiale	622 59 70 24
Dr Kadiatou SY	UNFPA	Chargée Programme SR	628 40 27 92
Dr Mamady Kourouma	Ministère de la Santé	Directeur National Santé Familiale et de Nutrition	664 39 58 97
Dr Houlematou Diallo	Ministère de la Santé	Coordinatrice/P-MSR	621 08 75 17
Dr Madina Rachid	Ministère de la Santé	Chef/D- SR DNSFN	664 25 64 70
Ibrahima Sory Barry	GIZ	Chargé RF-GIZ	622 25 39 17
Pr Mamadou Diouldé Baldé	Bureau de recherche SR -CERREGUI	Directeur	628 21 33 40
Mamou			
Dr Abdoul Kader Camara	HR	DRS/intérim DAHR	655349384
Dr Sigone Diallo	HR- Maternité	Médecin	622318282
Dr Sékou Diallo	HR- Maternité	Médecin	622346446
Dr Mariama Kankalabé Baldé	DPS	Directrice Préfectorale	622888525
Mr Koulibaly Issa	DPS	Chargée de Maladies	622834078
Mr Camara Sory	DPS	Chargé des SBC	628407731
Mme Tata Diallo	CSU Sabou	chef de centre	628439257
Mr Ibrahima Djaoula Bah	CSR Dounnet	ATS, chef de centre	628395052
Tamba Kamano	PS Siminko	Infirmier, chef de poste	6222603862
Mme Mariama Keita	PS Dindeya	ATS, chef de poste	628506909
Dr Barry Ibrahima	Eco-C/H/F	CT	621 68 42 80
Dr Abdoulaye Maci Bah	Eco-C/H/F	CT/Faranah	622 10 99 21
Dr Ralf Syring,	Eco-C/H/F	Chef d'équipe	625 69 05 65
Faranah			
Dr Sory Doumbouya	DRS	Médecin Chargé Hygiène	621848676
Mr Jean Kalia Touré	DPS	Chargé des statistiques	628485367
Dr Abdoulaye Sékou Kader Diabaté	HR- Maternité	Médecin chef	664737725
Dr Aminata Diané	HR- Maternité	Médecin	664064269
Hadja Aminata Diop	CSR Banian	Chef de Centre	620616851
Mr Oyé Koivogui	CS U Abattoir	Chef de centre	666707389
Mme Tenin Oularé	Poste de Santé Laya	Chef de Poste	621415364
Mr Bernard Bella Camara	Poste de Santé Dalafilanyi	Chef de Poste	622492228
Dr Ibrahima Nabé	JHPIEGO	Conseiller Régional	622140157

Annexe 2 : Bibliographie :

1. World Health Statistics 2015 : Neonatal mortality rate (per 1000 live births) Infant mortality rate (probability of dying by age 1 per 1000 live births) page 43 -53. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) Page 55 – 76
2. Rapports de statistiques, Directions Régionales de Santé de Mamou, Labé et Faranah – Guinée- décembre 2014
3. USAID, Fistule care, Engenderhealth, 2014, utilisation du Partogramme: efficacité, formation, transformations et obstacles Sommaire Exécutive
4. Ministère de la Santé Guinéen sur Initiative Muskoka : Etude sur la qualité des prestations de soins Sage – Femme en Guinée octobre 2013
5. Lavender T, Hart A, Smyth RMD, Effet de l'utilisation du Partogramme sur les résultats chez les femmes en phase de travail spontané à terme, OMS, juillet 2013.
6. Enquête Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence- Guinée 2012.
7. Ministère de la Santé Guinéen sur Initiative Muskoka : Analyse situationnelle du personnel lié à la pratique de soins sage-femme en Guinée, septembre 2012.
8. Enquête Démographique de Santé /MICS- Guinée 2012
9. De l'Évaluation de la qualité de la tenue du Partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble Leslie Assorin 2012.
10. Le Partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 36, N° 1 février 2007 pp. 2-7
11. Altaf S, Oppenheimer C, Shaw R, Waugh J, Dixon-Woods M. Practices and views on fetal heart monitoring: a structured observation and interview study. BJOG 2006;113:409-418.
12. Haute Autorité de Santé, Rapport de l'expérimentation nationale « AUDIT CLINIQUE CIBLE APPLIQUÉ À L'ÉVALUATION DE LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT PAR LA TENUE DU PARTOGRAMME, OCTOBRE 2006 »
13. Evaluation de l'utilisation du Partogramme à la maternité du centre de référence de la commune V du District de Bamako décembre 2005
14. Yves Matillon- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Evaluation de la qualité de la tenue du Partogramme dans les établissements de santé- janvier 2000
15. CERREGUI/OMS guinée, Evaluation de l'utilisation du Partogramme dans les centres ruraux de la région de Kankan 2000.
16. Visual affect of partogram designs on the management and outcome of labour. Aust N Z J osbtet Gynaecol 1996;36:395-400
17. World Health Organization. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of WHO multicentre study, 1990- 1991. Geneva: WHO; 1994.
18. Cartmill RS, Thornton JG. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision. Lancet 1992;339:1520-2
19. E A Friedman, Labor: Clinical-evaluation and management. New York (Appleton-Century-Crofts) 1978.

Annexe 3 : Images :



Réunion de concertation



Réunion de concertation



Formation



Photo de Famille



En route pour l'enquête



Restitution du rapport final



Salle d'accueil de Loppê (Mamou)