

Le carnet de santé mère-enfant et le partogramme, outils d'information et de communication sanitaire sur l'issue de la grossesse et de l'accouchement

NIAMKEY Aka,
Maître de conférences
Université Alassane Ouattara
Département des Sciences du Langage
et de la Communication
Niakayo2@yahoo.fr
&
BONI Kouadio Georges,
Assistant
Université Alassane Ouattara
Département de Sciences du Langage
et de la Communication
bonikouadio@gmail.com

Résumé

Cet article a pour objectif d'analyser l'usage informatif et communicationnel du carnet de santé mère-enfant et du partogramme en salle d'accouchement dans les structures sanitaires de Korhogo. La méthodologie a consisté à mener une enquête auprès des Sages-Femmes du district sanitaire de Korhogo en leur soumettant un questionnaire portant sur ces deux importants outils de suivi de la grossesse et de l'accouchement. Les résultats ont montré que les Sages-Femmes accordent une place importante à ces outils. Cependant, elles ne sont pas unanimes quant à son rôle informationnel et communicationnel en salle d'accouchement.

On peut retenir de cette étude que les outils de suivi et d'évaluation du déroulement de la grossesse et de l'accouchement ne sont ni suffisamment utilisés comme sources d'informations et de communication pour les prestataires elles-mêmes, dans la même structure sanitaire, ni suffisamment utilisés pour échanger sur l'issue de la grossesse et de l'accouchement entre elles et les autres prestataires des autres structures. Il convient de mener une communication pour sensibiliser les prestataires Sages-Femmes sur l'usage de ces outils de transmission d'information et de communication entre les intervenants de la santé de la mère et de l'enfant.

Mots clés: Sage-Femme, santé, information, communication, grossesse, accouchement, mère-enfant, partogramme, carnet de santé.

Abstract

The purpose of article is to analyze the informational and communicational use of the mother-child health book and the partogram in the delivery room in Korhogo health facilities. The methodology was to conduct a survey of midwives in the Korhogo District Health by submitting a questionnaire on these two important tools for monitoring pregnancy and childbirth. The results showed that midwives place an emphasis on these tools. However, they are not unanimous as to its informational and communicative role in the delivery room. From this study it can be noted that tools for monitoring and evaluating the progress of pregnancy and childbirth are not sufficiently used as sources of information and communication for the providers themselves, in the same health facility, nor sufficiently used to discuss the outcome of pregnancy and childbirth between them and other providers of other structures. There is a need for communication to sensitize midwifery providers about the use of these tools for the transmission of information and communication between the health care providers of the mother and the child.

Key words: Midwifery, Health, Information, Communication, Pregnancy, delivery, Mother-Child, Partogram, Health book.

Introduction

Depuis que les décès des mères et des enfants sont considérés comme indicateurs de développement humain (PNUD 2003), la santé de la mère et de l'enfant est devenue une préoccupation importante pour les Nations Unies et pour tous les pays. Selon un document ressort de l'USAID intitulé « Maternal and Child Survival Program » datant de janvier 2018, près de 303000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La quasi-totalité des décès maternels (99%) et infantiles (98%) sont survenus dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il a été constaté que 60% des mortinaissances (1,46 millions) sont survenues pendant la période prénatale et étaient principalement dues à une infection ou hypertension maternelles non traitées et à un retard de croissance intra-utérine. C'est à juste titre que les objectifs du développement durables (ODD) décidés après les insuffisances observées dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) réservent une place capitale à la santé de ceux-ci. Les ODD présentent donc à l'objectif 3 un suivi de la santé de la mère et de l'enfant pour accélérer le processus de développement dans tous les pays. En Côte d'Ivoire, les taux de décès maternel et infantiles sont élevés. Selon l'EDS 2012, on dénombre 614 décès maternels pour 100000 naissances vivantes et 108 décès infantiles pour 1000. Des efforts institutionnels et opérationnels sont mis en œuvre pour accroître la qualité des soins et le suivi de la santé des mères et des enfants afin de réduire ces taux de décès. Ce suivi de la santé de la mère et de l'enfant est mené par tous les agents de santé, mais l'approche prestation de soins dans les maternités (planification familiale, suivi de la grossesse, suivi de l'accouchement) est réservée aux Sages-Femmes et aux Infirmiers. Dans ce rôle de suivi et d'évaluation de la grossesse et de l'accouchement, les Sages-Femmes et les Infirmiers se servent du carnet de santé, appelé carnet mère-enfant et le partogramme en salle d'accouchement pour la prise en charge de la parturiente et surtout pour les prise décisions de soins.

Face aux taux élevés de décès maternels et infantiles l'OMS a revu l'ancienne méthode de consultation prénatale et a constaté qu'elle pourrait être à l'origine de ces décès. Depuis 2016 l'OMS propose une nouvelle méthodologie de suivi de la grossesse en insistant sur la quantité et la qualité des consultations prénatales (CPN). L'OMS propose huit consultations prénatales au lieu de quatre, soit une CPN par mois pour détecter les affections associées à la grossesse et toutes autres complications qui peuvent être

asymptomatiques, mais, détectables pendant cette période. L'objectif de l'OMS est de faire baisser la mortalité périnatale et permettre aux femmes enceintes de bénéficier des soins de meilleure qualité.

On peut retenir que la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. Cependant, l'on peut avoir à faire à des femmes enceintes à haut risque et à des femmes enceintes à faible risque dans les composantes médicales, sociales et même psychologiques. Les éléments d'évaluation et d'appréciation restent le carnet mère-enfant et le partogramme pour effectuer des ripostes le moment venu.

L'importance de ces outils dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement pour les enjeux de santé ou de survie et des enjeux de développement, mérite une attention particulière des spécialistes de santé et aussi des chercheurs des sciences sociales, particulièrement les chercheurs en sciences du langage et de la communication. Nous nous sommes interrogés sur les pratiques, des Sages-Femmes du District sanitaire de Korhogo, en salle de soins, sur l'utilisation de ces outils en ces termes : quelles attitudes les Sages-Femmes adoptent-elles face à l'utilisation du carnet mère-enfant et du partogramme dans le suivi de la grossesse et l'issue de l'accouchement ?

Nous estimons que le développement d'attitude des Sages-femmes en faveur de l'utilisation adéquate du carnet et du partogramme comme outils d'information et de communication dans la périnatale contribue à la réduction des décès maternels et infantiles par la prise de bonnes décisions de soins. Les parturientes seront toujours exposées aux décès et autres complications dystociques, quelle que soit la méthode pratiquée pour le suivi de la grossesse, si les Sages-Femmes ne considèrent pas les outils de suivi comme moyens d'information et de communication pour les décisions de soins.

Aussi, supposons-nous que les Sages-Femmes, en tant que professionnelles de santé, vont toutes reconnaître que la présence du carnet-mère et le partogramme renseignés contribuent à la bonne prise en charge de la santé du couple mère-enfant à travers les réponses aux questions.

Spécifiquement, les hypothèses qui sous-tendent l'analyse de nos variables sont les suivantes : L'ancienneté dans la profession de sage-femme favorise la prise en compte du carnet de santé en salle d'accouchement. Les Sages-Femmes « doyennes » ayant une ancienneté de plus de trois ans vont majoritairement affirmer que

l'absence de carnet de santé mère-enfant en salle d'accouchement contribue au décès de la parturiente.

Il en est de même pour le renseignement du partogramme. L'ancienneté professionnelle des Sages-Femmes est un facteur important, favorisant le renseignement adéquat du partogramme. Les Sages-Femmes, anciennes de plus de trois ans d'activités vont massivement choisir le moment idéal pour renseigner le partogramme.

La spécificité de cette étude est de mettre l'accent sur l'attitude des sages-femmes face au carnet de santé mères-enfants et de leur interprétation du partogramme.

1. Méthodologie

1.1. Le champ d'investigation

Ce chapitre de méthodologie met l'accent sur le champ d'investigation qui expose le champ géographique et le champ scientifique. Notre champ géographique concerne le district sanitaire de Korhogo. Cette localité a été choisie selon les critères en rapport avec le nombre de décès maternels, l'organisation structurelle du système de santé en Côte d'Ivoire¹. Ce système de santé est de type pyramidal avec trois niveaux et deux versants. Les deux versants sont l'un gestionnaire et l'autre offre de soins. Concernant les niveaux, nous avons le niveau périphérique qui correspond au district sanitaire ou direction départementale, le niveau intermédiaire correspond à la direction régionale de la santé et le niveau central correspond aux directions centrales et au cabinet du Ministre de la santé.

La région sanitaire dans son rôle d'offre de soins est représentée par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Ce CHR est l'hôpital de référence des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) de la région. Le District sanitaire de Korhogo a été choisi parce qu'il occupe la troisième place dans le classement des régions sanitaires avec un nombre élevé de décès maternels en 2016 et en 2017². Le CHR de Korhogo est un hôpital de référence. Dans la configuration ESPC, hôpitaux de référence et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la région sanitaire de Korhogo présente un modèle adapté par rapport aux deux autres régions en tête du classement selon l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP).

¹ Manuel des directives du Paquet Minimum d'Activités de l'hôpital de référence des districts de santé, 2006

² Selon le bulletin hebdomadaire « Le Vigile » de l'Institut National de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire

1.2. Les participants

Dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, les Sages-Femmes sont majoritairement impliquées et représentées par rapport aux Infirmiers qui n'interviennent que dans les centres de santé périphériques sans service de maternité. Notre étude prend en compte les Sages-Femmes des maternités et centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du district sanitaire de Korhogo. Les Sages-Femmes du CHR de Korhogo n'ont pas été prises en compte parce qu'elles travaillent sous la direction et le contrôle des Médecins gynécologues. Dans les autres centres de santé, elles ont la possibilité de prendre seules les décisions de soins et proposer des évacuations au CHR en cas de difficultés.

A cause du caractère changement d'attitude favorable souhaité pour toute les Sages-femmes, lié à la recherche-action, nous avons soumis le questionnaire à toutes celles qui étaient présentes pendant la période d'enquête. Nous avons travaillé avec 94 Sages-Femmes.

1.3. L'outil d'enquête

Nous avons considéré comme outil, un questionnaire portant sur les connaissances et attitudes des Sages-Femmes dans la pratique quotidienne des soins à l'endroit des mères et des enfants. Les questions portent sur les pratiques des Sages-Femmes et les décès des parturientes. Notre article utilise les données des questions portant sur l'utilisation du carnet de santé mère-enfant et le partogramme et qui constituent des questions pertinentes¹. En ce qui concerne la première question, nous avons demandé aux Sages-Femmes d'identifier les éléments qui peuvent contribuer aux décès d'une parturiente. Il s'agit d'un instant de prise de décisions en salle d'accouchement où la Sage-Femme se retrouve en face d'une parturiente et n'a, pour source d'information sur l'histoire médicale de cette grossesse et sur la dame qui la porte, que le carnet de santé mère-enfant. Les Sages-Femmes devraient répondre par oui ou non à la question de savoir si l'absence de carnet mère-enfant peut contribuer au décès d'une parturiente. La variable d'intérêt de notre enquête est la distribution des attitudes en faveur de la présence ou l'absence du carnet de santé mère-enfant en salle d'accouchement. La deuxième question porte sur l'utilisation du partogramme en salle d'accouchement. Les Sages-Femmes devraient situer le moment où le partogramme doit être renseigné pendant le déroulement de l'accouchement. Il s'agit d'un document de suivi et de prise de

¹ Philippe Cibois, Méthode d'analyse

décisions pendant l'évolution de l'accouchement. Il fallait faire le choix entre « Le début du travail », « Pendant le travail », « Après l'accouchement » et « A la fin de la garde », ou bien, désigner un autre moment. La variable d'intérêt est le choix du moment idéal pour commencer le renseignement de l'outil partogramme. On vérifiera par la suite si les variables « nombre d'enfant » et « nombre d'années d'exercice » du questionnaire ont un effet sur nos variables d'intérêt.

2. Ancrage théorique de l'analyse

Le champ scientifique aborde les théories de la communication qui vont nous aider dans la conception et la mise en œuvre de l'enquête, d'une part et d'autre part, dans l'analyse des données. Une analyse qui s'inscrit dans une approche descriptive. Nous allons nous laisser conduire par des théories de la persuasion et du traitement de l'information pour observer les attitudes des prestataires. Selon A. NIAMKEY (2017)

« L'effet d'un message (...) dépend de l'annonceur et du récepteur. Ce dernier « traite » l'information, la prend en compte suivant une infinité de facteurs : facteurs contextuels (humeurs du récepteurs, distraction, répétition du message, etc) et métacognitifs (jugements de confiance perçues en ses propres capacités de traitement et en ses attitudes). »

A ce propos, PETTY et CACIOPPO (1981) ont démontré que le traitement d'un message peut s'effectuer par deux voies cognitives distinctes. Selon sa motivation et sa capacité à traiter l'information dans un certain contexte, le récepteur peut effectuer soit un traitement de l'information dit périphérique, soit un traitement dit central. Le traitement périphérique caractérise les situations de faible implication (faible intérêt pour le message, distraction ou surcharge d'information...) où le récepteur élabore rapidement une réponse au message en fonction de la présence ou de l'absence d'indices simples qui sous-tendent le changement de comportement.

Ces indices peuvent être l'expertise, l'attractivité ou la notoriété de la source, l'esthétique du message, le nombre d'arguments présentés ; etc...

Le traitement central quant à lui, caractérise les situations de forte implication qui s'expriment par un intérêt fort pour le message et des enjeux élevés. Il amène le récepteur à analyser de manière approfondie les arguments de la communication c'est-à-dire son contenu sémantique, afin d'élaborer une réponse cognitive.

Nous allons considérer ici le modèle de traitement heuristique

systématique et le modèle des probabilités d'élaboration.

3. Résultats

Nous présentons les résultats en partant des variables du questionnaire à travers un tri à plat pour ensuite procéder à des correspondances à travers un tri croisé.

Nos tris à plat portent sur les variables indépendantes qui sont « le nombre d'enfant que possède la Sage-Femme », « le nombre d'année d'exercice de la Sage-Femme », « usage du carnet de santé mère-enfant en salle d'accouchement » et « usage du partogramme en salle d'accouchement ». L'analyse descriptive avec le tri à plat se fera en fonction de la pertinence des croisements. Les répartitions qui ne sont pas significatives ne feront pas l'objet d'analyse.

3.1. Analyse descriptive « tri à plat » des variables

3.1.1. Nombre d'enfants que possède la Sage-Femme

Les observations montrent que 18,1% des Sages-Femmes enquêtées n'ont pas d'enfant. Celles qui ont un enfant au moment de l'enquête représentent 30,9%. Celles qui possèdent deux enfants au moment de l'enquête représentent 21,3%. Celles qui ont plus de deux enfants représentent 29,8%.

Nombre d'enfants du sujet

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Pas d'enfant	17	18,1	18,1	18,1
Un enfant	29	30,9	30,9	48,9
Deux enfants	20	21,3	21,3	70,2
Plus de deux enfants	28	29,8	29,8	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Ce tableau présente une distribution de l'effectif des Sages-Femmes selon les modalités de nombre d'enfant dont elles disposent au moment de l'enquête. Cependant, on remarque que la répartition des Sages-Femmes en fonction du nombre d'enfant est sous l'effet du hasard. La contribution du Khi-deux (X^2) montre bien que le seuil de probabilité ou la signification asymptotique est supérieur à 0,5%. On a $X^2 = 4,468$, ddl = 3, $P > 0,5\%$.

Nombre d'enfants du sujet

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
Pas d'enfant	17	23,5	-6,5
Un enfant	29	23,5	5,5
Deux enfants	20	23,5	-3,5
Plus de deux enfants	28	23,5	4,5
Total	94		

Test

	Nombre d'enfants du sujet
Khi-deux	4,468 ^a
ddl	3
Signification asymptotique	,215

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 23,5.

Ce résultat montre que cette variable ne peut pas être utilisée pour les tris croisés.

3.1.2. Nombre d'années d'expérience de la Sage-Femme

Les observations montrent que 13,8% des Sages-Femmes, au moment de l'enquête, sont à leur première année d'expérience. 12,8% des enquêtés ont déjà effectué deux années d'activités. Celles qui ont effectué trois à cinq ans d'activités représentent 33%. Celles qui totalisent plus de cinq ans d'activité représentent 39,4%.

Nombre d'années d'expérience

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage umulé
Valide	Un an	13	13,8	14,0
	Deux ans	12	12,8	26,9
	Trois à cinq ans	31	33,0	33,3
	Plus de cinq ans	37	39,4	39,8
	Total	93	98,9	100,0
Manquante	Système manquant	1	1,1	
Total		94	100,0	

Ce tableau présente une distribution de l'effectif des Sages-Femmes selon le nombre d'année d'activités au moment de l'enquête. La contribution du Khi-deux montre que cette distribution n'est pas le fruit du hasard. On peut rejeter l'hypothèse nulle qui stipulerait que ces données proviendraient de manipulation du

hasard. La contribution du Khi-deux montre bien que le seuil de probabilité ou la signification asymptotique est inférieur à 0,5%. On a $X^2 = 20,677$, ddl = 3, $P < 0,5\%$.

Nombre d'années d'expérience				Test	
	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu		Nombre d'années d'expérience
Un an	13	23,3	-10,3	Khi-deux	20,677 ^a
Deux ans	12	23,3	-11,3	ddl	3
Trois à cinq ans	31	23,3	7,8	Signification asymptotique	,000
Plus de cinq ans	37	23,3	13,8		
Total	93				

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 23,3.

Les anciennes Sages-Femmes avec plus de trois ans d'expérience représentent 73,11% des enquêtés, soit, largement, plus de la moitié des effectifs (93 Sages-Femmes qui ont correctement renseigné le questionnaire).

Cette variable « Nombre d'année d'expérience » sera utilisée pour les croisements de variables au chapitre de l'analyse descriptive à tri croisé.

3.1.3. Usage du carnet de santé mère-enfant en salle d'accouchement

La contribution du carnet mère-enfant au suivi de la santé de la mère et de l'enfant pour prodiguer des soins de qualité s'observe à travers la question de la présence de ce document tout au long de grossesse et en salle d'accouchement. A cette question, 66% des Sages-Femmes enquêtées estiment que l'absence du carnet mère-enfant ne contribue pas au décès d'une parturiente. Celles qui estiment que l'absence de cet outil contribue au décès de la parturiente représentent 30,9%. Ici, trois Sages-Femmes n'ont pas exprimé d'avis. Ces pourcentages se rapportent aux 91 Sages-Femmes.

L'absence de carnet de santé mère-enfant contribue au décès d'une parturiente

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	62	66,0	68,1	68,1
	Oui	29	30,9	31,9	100,0
	Total	91	96,8	100,0	
Manquante	Système manquant	3	3,2		
Total		94	100,0		

Ce tableau présente une distribution de l'effectif des Sages-Femmes selon l'usage du carnet de santé mère-enfant en salle d'accouchement. Contribution du Khi-deux montre que la répartition dans ce tableau est significative, avec $\chi^2 = 11,967$, ddl = 1, $p < 0.5\%$. On peut donc faire des spéculations sur les données de cette variable selon les données du tableau ci-dessous.

L'absence de carnet de santé mère-enfant contribue au décès d'une parturiente

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
Non	62	45,5	16,5
Oui	29	45,5	-16,5
Total	91		

Test	
	L'absence de carnet de santé mère-enfant contribue au décès d'une parturiente
Khi-deux	11,967 ^a
ddl	1
Signification asymptotique	,001

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 45,5.

3.1.4. Usage du partogramme en salle d'accouchement

Cet outil de suivi et d'évaluation, spécifiquement utilisé pour un accouchement imminent, se renseigne à un moment bien précis pour assurer son rôle décisionnel, interventionnel pour la qualité des soins d'accouchement. Les réponses à la question sur le moment

propice pour le renseigner montrent que 48,9% des Sages-Femmes affirment que c'est au début du travail. Celles qui estiment que le renseignement du partogramme se fait pendant le travail représentent 34%. Nous observons 17% des Sages-Femmes qui n'ont pas réagi sur la question.

Moment pour renseigner le partogramme chez une parturiente

		Effectifs	Pourcent age	Pourcen tage valide	Pourcen- tage cumulé
Valide	Au début du travail	46	48,9	59,0	59,0
	Pendant le travail	32	34,0	41,0	100,0
	Total	78	83,0	100,0	
Manquante	Système manquant	16	17,0		
Total		94	100,0		

Ce tableau présente une distribution de l'effectif des Sages-Femmes selon le moment pour renseigner le partogramme en salle d'accouchement. Contribution du khi deux montre que la répartition dans ce tableau n'est pas significative, avec $X^2 = 2,513$, ddl = 1, $p > 0,5\%$. On peut donc faire des spéculations sur les données de cette variable selon les données du tableau ci-dessous.

Moment pour renseigner le partogramme chez une parturiente

	Effectif observé	Effectif théori- que	Rési du
Au debut du travail	46	39,0	7,0
Pendant le travail	32	39,0	-7,0
Total	78		

Test

	Moment pour renseigner le partogramme chez une parturiente
Khi-deux	2,513 ^a
ddl	1
Significati on asymptotiq ue	,113

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 39,0.

3.2. Analyse descriptive « tri croisé » des variables

Selon les données ci-dessus, nous ne pouvons que croiser deux variables qui présentent une répartition des effectifs assez significative. Il s'agit des variables « nombre d'année d'expérience » et « absence de carnet de santé mère-enfant ».

Tableau croisé Nombre d'années d'expérience * L'absence de carnet de santé mère-enfant contribue au décès d'une parturiente

Effectif

		L'absence de carnet de santé mère-enfant contribue au décès d'une parturiente		Total
		Non	Oui	
Nombre d'années d'expérience	Un an	11	2	13
	Deux ans	6	6	12
	Trois à cinq ans	20	10	30
	Plus de cinq ans	25	10	35
Total		62	28	90

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,672	3	,299
Rapport de vraisemblance	3,730	3	,292
Association linéaire par linéaire	,041	1	,840
Nombre d'observations valides	90		

a. 2 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,73.

Le tableau présente une répartition fonction du nombre d'année d'activités de sage-femme. Ce tableau semble pertinent à l'analyse, mais, la contribution du khi deux montre que cette la répartition n'est pas significative. Le test du Khi-deux atteste que le seuil de signification est supérieur à 0,5%. $X^2 = 3,672$, ddl = 3, $p > 0,5\%$. ($p = 0,840$).

Nous pouvons mener des discussions sur nos résultats en retenant que pour ce croisement le fait de dire « oui » ou « non » pour la variable en rapport avec l'usage du carnet mère-enfant n'est pas en relation avec l'année d'expérience.

4. Discussion

4.1. Le carnet de santé mère-enfant, outil d'information, de communication et de prise de décisions.

La notion de parturiente dans la variable du questionnaire est bien choisie pour signifier que nous nous situons en salle d'accouchement pour un accouchement imminent. Dans les autres cas, on parlera de femme enceinte avec un carnet de santé. En n'affirmant pas que l'absence du carnet de santé contribue au décès d'une parturiente, dans 66% des enquêtés, les Sages-Femmes montrent qu'on peut s'en passer pour faire un accouchement. Cette affirmation est confirmée par la majorité des prestataires. C'est cette affirmation qui attire notre attention.

La notion de « contribution » au décès signifie pour nous que l'absence du carnet expose les prestataires à une insuffisance d'information, des difficultés de communication entre la parturiente et la Sage-Femme. Des prises de décisions importantes peuvent être retardées ou même occultées, positionnant la parturiente dans une situation à haut risque. Avec le carnet, certaines informations, surtout les informations des consultations du dernier trimestre de grossesse, pour une femme enceinte qui a effectué correctement ses consultations prénatales (CPN), peuvent situer la Sage-Femme sur les dispositions de prise en charge de la parturiente.

Le carnet de santé fournit les informations sur le nom, les antécédents médicaux, la date de dernière règle et terme prévu, le poids, la taille, la tension artérielle, le périmètre ombilical, les examens biologiques du sang, les battements du cœur du fœtus et des données biologiques sur les urines de la femme enceinte. Certains examens physiques sont notés dans le carnet. Les informations du carnet de santé permettent de suivre l'état de vie et fonctionnement du fœtus.

Nous constatons que les prestataires ne considèrent pas ce carnet de santé comme outil d'informations essentielle en salle d'accouchement.

Les investigations après certains décès de parturiente dans certaines conditions particulières avec plaintes des parents de parturientes montrent que les notions élémentaires consignées dans le carnet de santé n'ont pas été considérées par les prestataires avant les prises de décisions de soins. Certains travaux de recherche, (KPANGNI et al, 2000), ont montré que très souvent le carnet de santé n'est pas correctement renseigné par les prestataires de soins et il s'en suit une négligence de ce document par les mères. Elles finissent par s'y intéresser pour suivre l'évolution de leurs enfants en

ce qui concerne les mensurations et soins du nouveau-né, la vaccination de l'enfant, les soins curatifs de l'enfant.

L'existence du carnet de santé mère-enfant a pris forme dans les pays dits plus avancés (Catherine Rollet, 2008)¹ pour atteindre les pays en développement sous les observations de l'OMS (OCDE, 2009)².

Les recherches de Catherine ROLLET dans les pays africains francophones montrent que les pays africains d'expression française disposent d'un carnet de santé ayant pour originalité la prise en compte de la femme enceinte et l'enfant nouveau-né. Selon elle, en France, le carnet de santé répond à plusieurs objectifs ; dépositaire de la mémoire familiale, réponse à des préoccupations de l'Etat en matière de santé publique, l'éducation des parents à la santé, le contrôle des vaccins, l'attestation des examens périodiques obligatoires, etc³.

En Côte d'Ivoire les données sur l'accouchement consignées dans ce carnet sont exploitées par les agents de l'état civil des mairies pour établir les extraits d'acte de naissance. De plus en plus, les enseignants du préscolaire exigent ce carnet à l'inscription des enfants dans les établissements scolaires, afin de procéder aux contrôles des vaccins reçus, identifiés obligatoires.

L'importance du carnet de santé mère-enfant est démontrée à travers les écrits et publications de l'OCDE. Ainsi, le carnet de santé mère-enfant, dans les pays, peut constituer un important dispositif de coordination⁴ lorsque les prestataires des services prénataux sont multiples. Il fournit aux mères le calendrier prénatal et leur rappelle les soins gratuits mis à leur disposition à chaque étape de la grossesse, il procure des informations de santé publique et des indications sur la grossesse et le développement du fœtus. Il fournit aux futures mères des renseignements leur permettant de se mettre en rapport avec d'autres services, en particulier les services sociaux ou les services d'état civil.

En plus d'être un élément de suivi médical, le carnet de santé se présente comme un outil de communication (correspondance) entre diverses structures et diverses personnes. Sa présence en salle

¹ Catherine Rollet, 2016, « Du livret maternel au carnet de santé des enfants. Réflexions sur une histoire des relations entre famille et santé », dans Quand les professionnels de la santé et des sciences sociales se rencontrent, sous la direction de Laurence Pourchez, Edition des archives contemporaines, Paris, France.

² OCDE, 2009, Assurer le bien-être des enfants

³ Catherine Rollet, 2006, « Un carnet de santé pour les enfants : panorama contemporain » dans Enfant d'aujourd'hui - diversité des contextes - pluralité des parcours, Colloque international de Dakar, Ed ; PUF, Paris France.

⁴ OCDE, 2009, Carnet de santé maternité, pp 113.

d'accouchement au moment où la parturiente est en travail est même plus qu'obligatoire.

Les Sages-Femmes expérimentées n'ont pas été nombreuses à considérer l'importance de cet outil en salle d'accouchement. Les nouvelles Sages-Femmes d'un an n'ont pas été non plus nombreuses à considérer l'importance de cet outil en salle d'accouchement. Comment pourrait-on expliquer une telle situation?

4.2. Le partogramme outil de suivi et de décisions d'actions de la Sage-Femme

La question semble clairement exprimée une situation d'utilisation du partogramme comme outil de suivi du travail pour un accouchement normale sans complications. Dans ce contexte, nous nous attendions à des réponses en faveur du bon moment pour renseigner le partogramme. La notion de « début de travail » exprime le début du renseignement de l'outil. La notion de « pendant le travail » exprime un remplissage de ce partogramme un moment après le début du travail. La tendance entre les deux réponses tend vers l'équilibre. En considérant le total des répondantes, nous avons 59% des Sages-Femmes qui sont en faveur d'un renseignement dès le début de travail et 41% sont en faveur d'un renseignement un moment après le début du travail. Selon le document de recommandation sur les soins intrapartum de l'OMS (WHO-RHR-18.12-fre.pdf), il existe deux phases pendant le travail. La phase de latence et la phase active. La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5cm pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants.

La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants.

Cette description et l'introduction de la question sur le questionnaire présentent devant la Sage-Femme un schéma classique d'un accouchement qui peut se faire en suivant minutieusement les recommandations du Partogramme. Nous sommes dans ce cas face à la première phase du travail.

Un partogramme bien renseignement doit fournir les informations ou données sur la première phase du travail, la deuxième phase du travail et sur la troisième phase du travail lorsque la parturiente arrive assez tôt en salle d'accouchement. Dès

que la première phase est détectée, les traces de cette première phase doivent être visibles sur le partogramme. Cet outil constitue ainsi un document exprimant la mise en œuvre de soins de qualité pour un accouchement sans risques. Cet outil peut se présenter sous différentes formes dans les pays, mais, sa forme papier est exigée en salle de d'accouchement pour toutes les structures sanitaires. L'OMS met un accent particulier sur l'utilisation du partogramme en salle d'accouchement dans les pays en développement. Plusieurs modèles de présentation de cet outil sont discutés et présentés au fil des années par les spécialistes au service de la santé maternelle et infantiles pour donner l'occasion aux prestataires de prodiguer des soins de qualité et réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Il faut retenir, cependant, que le partogramme ne permet pas d'identifier les facteurs de risque qui pourraient exister avant le début du travail. C'est bien le carnet de santé mère-enfant qui peut jouer ce rôle en amont. Le recours au partogramme intervient quand il n'y a pas eu au cours de la grossesse une complication qui pourrait exiger une intervention chirurgicale. Le Partogramme de l'OMS exclut toute la période de latence, c'est-à-dire la période avant la dilatation du col de l'utérus à 4 cm. Les observations avant les 4 cm doivent être consignées dans le dossier médical ouvert à cet effet. Le tracé sur le partogramme commence dès que la dilation atteint les 4 cm représentant la phase active du travail.

L'article de J. LANSAC et al (2007)¹ sur le partogramme expose largement le rôle de cet outil dans le suivi de l'accouchement. Les chercheurs sont unanimes sur le fait que le partogramme bien tenu est le seul document de synthèse de la surveillance faite par les différents intervenants qui sont les Sages-Femmes, les obstétriciens, les anesthésistes, etc. il est le support de la transmission entre les équipes qui se succèdent. En tant que document d'appréciation du travail, il permet de vérifier les conditions normales de déroulement de l'accouchement, de dépister précocement les anomalies, d'aider à la prise de décision. Lorsque ce partogramme n'existe pas dans une structure ou s'il y est mal tenu, imprécis, cela témoigne de soins peu rigoureux, et entraîne des prises de décisions erronées mettant en danger la vie de la parturiente. Les chercheurs ont conclu que le partogramme est un outil d'aide à la communication entre les professionnels qui se succèdent dans la surveillance du travail. Selon SONI BL (2009), le partogramme permet de réduire la fréquence du travail prolongé, la fréquence l'accélération du travail, de

¹ J. Lansac, 2007, Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique, in Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction 36 (2007) 2-7

l'hémorragie du post-partum, de la rupture utérine, de l'infection puerpérale et enfin de la morbidité et des mortalités maternelles et périnatales.

Face à cette importance de l'outil de suivi, nous nous posons la question suivante : comment les Sages-Femmes ont-elles traité cette question sur le partogramme alors qu'elles se présentent comme des professionnels de l'accouchement ? Les Sages-Femmes communiquent-elles suffisamment sur le déroulement de l'accouchement ?

4.3. Attitudes des prestataires faces aux variables du questionnaire

Les réactions des professionnels face à ces questions semblent surprenantes. Dans les réponses aux questions sur le carnet de santé mère-enfant et le partogramme, nous observons deux groupes de Sages-Femmes dont l'un est en faveur de l'outil et l'autre en défaveur. Ce qui reste frappant est l'équilibre approximatif observé entre les deux groupes pour la question sur le partogramme.

Les Sages-Femmes ont-elles répondu aux questions en le traitant objectivement par voie centrale ou superficiellement par voie heuristique ? Selon la voie choisie, nous pouvons envisager le niveau d'implication des enquêtés dans le traitement des questions. Nous avons voulu mettre l'accent sur les relations et corrélations entre les réponses aux questions et l'implication des enquêtés. A ce sujet, W. Mc GUIRE (1968) propose un modèle de la persuasion constitué d'une succession de processus cognitifs de traitement de l'information. Selon lui, l'impact d'un message est le résultat d'une série de cinq étapes distinctes : le rôle de l'exposition et de la perception de l'information, de la compréhension du message et de son acceptation, de la mémorisation, et enfin de l'action fondée sur la décision découlant de ces étapes successives. Dès lors, nous pouvons nous poser la question de savoir : Les Sages-Femmes étaient-elles impliquées ou non dans les réponses aux questions ?

Au niveau de l'implication, l'approche cognitive est mise en avant. Au niveau de la non-implication, l'environnement physique et la situation psychologique, morale, relationnelle de la soumission du questionnaire et de l'individu sont pris en compte. C'est pourquoi Pour NIAMKEY A. (2017)

« Selon la théorie du jugement social, les individus évaluent les messages auxquels ils sont exposés en les catégorisant de trois manières : des messages qui rentrent dans la zone appelée « latitude d'acceptation », des messages qui se trouvent dans la zone « latitude de rejet » et des messages qui se placent dans la zone appelée « latitude d'indifférence ». Les messages qui s'intègrent dans la « latitude d'acceptation » de l'individu

sont en accord avec ses attitudes antérieures. Un message qui se place dans cette zone sera plus susceptible de le persuader qu'un message entrant dans la zone de rejet, car le premier sera plus facile à accepter que le second. Si un message est perçu comme renvoyant plutôt à la zone de rejet, le changement risque d'être réduit ou inexistant. La latitude d'acceptation et de rejet dépendent en tout état de cause de l'implication de l'individu. »

En nous laissant guider par les réponses aux questions sur le carnet de santé mères-enfant et sur le partogramme, nous faisons face à deux hypothèses. La première hypothèse est qu'un groupe de Sages-Femmes a traité efficacement les questions. Les arguments en faveur de cette hypothèse basée sur les attitudes manifestées par les réponses peuvent être en rapport avec la formation reçue, la compréhension de la question, l'implication aux soins de qualité et l'engagement à la réduction des décès maternels et les mortalités ou l'engagement à éviter les risques au moment de l'accouchement. Ces approches exigent des réflexions et des prises de responsabilités pendant le déroulement de la grossesse. La formation de sage-femme ou d'accoucheuse impose d'emblée ces deux outils dont l'un permet de suivre la grossesse et l'autre permet de faire un suivi de l'accouchement. Les formulations des questions sur le carnet et sur le partogramme ont pris en considération le vocabulaire et le contexte médical adapté et connu par les Sages-Femmes. La notion de renseignement du partogramme est bien connue. Ce renseignement ne peut se faire que devant une situation d'accouchement avec la présence d'une parturiente. Le carnet de santé mère-enfant est un outil bien connu par les Sages-Femmes. Le contexte de salle d'accouchement a été bien précisé à travers le mot parturiente. L'implication aux soins de qualité suggère que la Sage-Femme prend en compte tous les éléments à sa disposition pour prodiguer des soins de qualité selon les recommandations de l'OMS. L'engagement à la réduction des décès maternels et les mortalités suggère que les Sages-Femmes se proposent de détecter précocement les complications et tous les autres risques liés à l'accouchement et à la santé de la mère et de l'enfant. En s'inscrivant dans ces approches, le prestataire met en avant ses réflexions et ses acquis médicaux pour opérer un traitement profond des questions.

La deuxième hypothèse est qu'un groupe de Sages-Femmes a traité superficiellement les questions pour donner des réponses qui ne concordent pas avec la qualité des soins prodigués aux mères et aux enfants. Un élément dans les réponses nous conforte dans cette position. Les Sages-Femmes ont eu une semaine pour renseigner le

questionnaire. Pour conserver l'anonymat, les questionnaires ont été mis sous pli et distribués. On observe à ce niveau que 17% des Sages-Femmes n'ont pas répondu à la question sur le partogramme.

Les arguments dans cette situation peuvent être en rapport avec les heuristiques qui peuvent s'avérer très variés et nombreux. Nous n'allons pas nous soumettre à l'exercice de présentation de ces supposés heuristiques, mais, nous retenons que la routine dans le métier, au lieu de rendre performant certains prestataires, peut les amener à négliger certaines pratiques élémentaires en salle d'accouchement.

Certaines Sages-Femmes, comptant sur l'expérience, négligent la prise en compte des informations du carnet et du partogramme, arguant que le professionnel en salle d'accouchement peut détecter des anomalies à travers les examens in-situ. Elles s'inscrivent ainsi dans la sur-confiance professionnelle qui les expose aux situations de dystocies mal appréciées retardant les prises de décisions adéquates. Selon Greenwald (1968) l'impact persuasif d'un message serait déterminé par les pensées que les individus génèrent eux-mêmes lors de la réception du message. Hovland (1953) lui, souligne l'importance de l'activité cognitive des individus en situation de réception et leur tendance à ajouter des informations et à transformer les informations reçues ou à élaborer une explication personnelle à partir du contenu effectif du message. A ce niveau, Greenwald parle de la théorie du rôle médiateur des « réponses cognitives » dans la persuasion. Cette réponse cognitive est définie par Petty et Cacioppo (1982) comme « une unité d'information en rapport avec un objet ou un thème, résultat du traitement cognitif ».

Dans cette analyse on constate aussi une autre situation en rapport avec la transmission des informations aux personnes "relais" lors de la passation de charges pour fin du service de garde ou en cas de référence pour prise en charge par d'autres spécialistes de l'accouchement.

Un autre point non négligeable est le manque de rigueur dans la traçabilité du processus de l'accouchement qui est une manifestation d'une mauvaise qualité des soins et d'un manque de professionnalisme. Les investigations menées en cas de décès de parturientes, par les responsables des structures compétentes, ont toujours mis à nu ces comportements des prestataires.

Ces différents cas montrent l'importance de ces outils dans le suivi de la grossesse et de la parturiente.

Conclusion

Les outils de suivi que sont le carnet de santé de la mère et de l'enfant ainsi que le partogramme constituent largement le tableau de bord de l'accouchement. La place que prennent les attitudes des Sages-Femmes montre bien que des efforts sont à fournir pour les convaincre à utiliser ces instruments pendant l'accouchement quel que soit l'état de travail de la parturiente. Les activités et stratégies des Directions centrales du Ministère de la santé et de l'hygiène publique doivent inclure des activités de communication et de sensibilisation à la prise en compte de ces deux dispositifs d'information indispensables et précieux pour la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit surtout d'atteindre 100% d'attitude en faveur de l'utilisation du Carnet de santé mère enfant et du partogramme.

Références Bibliographiques

- CARL IVER Hovland, 1953, *Communication and Persuasion: Psychological Studies of Opinion Change*, Yale University Press, l'Université du Michigan.
- CATHERINE Rollet, 2006, « Un carnet de santé pour les enfants : panorama contemporain » dans *Enfant d'aujourd'hui - diversité des contextes - pluralité des parcours*, Colloque international de Dakar, Ed ; PUF, Paris France.
- CATHERINE Rollet, 2016, « Du livret maternel au carnet de santé des enfants. Réflexions sur une histoire des relations entre famille et santé », dans *Quand les professionnels de la santé et des sciences sociales se rencontrent*, sous la direction de Laurence Pourchez, Edition des archives contemporaines, Paris, France.
- GREENWALD, A. G., Albert, Rosita D., & Cullen, Dallas M. 1968, *Persuasion as a function of communication content learning*. Unpublished manuscript, Ohio State Univ.
- JACQUES Lansac, 2007, "Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique", in *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* 36 (2007) 27
- MCGUIRE William John, 1968, "Théorie de la structure de la pensée humaine", Abelson, R. P. et al (éds), *Théories de la cohérence cognitive: un livre source*, Chicago, Rand McNally.

- NIAMKEYAka, 2017, « La communication sociale entre persuasion et engagement » in *CAHIERSDUGREMS*, Revue annuelle du Groupe de Recherches en Morphosyntaxe et Sémantique, Université Marien Ngouabi, Brazzaville (Congo), décembre 2017.
- OCDE, 2009, Assurer le bien-être des enfants, Ed : publications de l'OCDE, www.oecd.org/editions/corrigenda
- PHILIPPE Cibois, 1990, L'analyse des données en sociologie, Ed : Presses Universitaire de France (réédition numérique FeniXX)
- RICHARD Petty, JOHN Cacioppo, 1981, *Attitudes et persuasion: Approches classiques et contemporaines*, Dubuque, Wcb.
- RICHARD Petty, JOHN Cacioppo, 1983, «Routes centrales et périphériques à la persuasion: application à la publicité», Percy, L., Woodside, AG (éds), Psychologie de la publicité et du consommateur, Lexington Books, D.C, Heath et Co.
- SONI B. (1er juin 2009), Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er juin 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.