

Animal Health

Journal
(AHJ)

Utilisation du partogramme par les sages-femmes à Mbandaka,
République Démocratique du Congo : État des lieux, facteurs
associés et perspectives pour le renforcement des capacités



CARI
Journals

Utilisation du partogramme par les sages-femmes à Mbandaka, République Démocratique du Congo : État des lieux, facteurs associés et perspectives pour le renforcement des capacités

 BOLUMBU BOSEMBU Ornella^{1*}, LIKULU EFOLOKO Jean Claude², TSHIMUNGU KANDOLO Félicien³, NGOMBO NZOKWANI Augustin⁴, BOSAKO MANGA Tonton⁵

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka

<https://orcid.org/0009-0003-3612-6596>

²Université de Kinshasa

³Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

Accepted: 7th May, 2026, Received in Revised Form: 23rd May, 2026, Published: 31st May, 2026



RESUME

But: Évaluer les connaissances, les pratiques et les difficultés liées à l'utilisation du partogramme chez les sages-femmes de Mbandaka, en vue d'orienter les stratégies de renforcement des capacités.

Méthodes: Une étude transversale descriptive a été menée auprès de 118 sages-femmes exerçant dans deux centres de santé de référence (CSR) à Mbandaka. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré et analysées avec des tests de Chi-carré de Pearson ($\alpha=0,05$) et une régression logistique pour identifier les facteurs associés à une bonne connaissance et à l'utilisation optimale du partogramme.

Résultats: La majorité des répondants (59,3%) étaient de sexe masculin. L'utilisation du partogramme pour tous les accouchements était élevée (86,4%). Cependant, seulement 37,3% des sages-femmes ont correctement défini le partogramme comme un outil de surveillance de l'accouchement, et 54,2% ont identifié son rôle principal comme le suivi de la progression du travail, contre 14,4% pour la détection précoce des complications. Les principales difficultés rencontrées étaient le manque de formation (33,9%) et le manque de matériel (31,4%). Des associations significatives ont été observées entre le niveau d'étude et la méthode de remplissage du partogramme ($\chi^2 = 15,859$, $p=0,045$) ainsi qu'avec les difficultés rencontrées ($\chi^2 = 16,576$, $p=0,035$). L'expérience professionnelle était significativement associée à la méthode de remplissage ($\chi^2 = 44,697$, $p=0,006$). La quasi-totalité des répondants (98,3%) ont suggéré la formation continue comme principale mesure d'amélioration.

Contribution unique à la théorie, aux politiques et à la pratique: Cette étude révèle le paradoxe d'une utilisation élevée du partogramme (86,4 %) mais purement mécanique, et démontre l'urgence politique et pratique de cibler les formations continues selon le profil des sages-femmes pour garantir la détection des complications.

Mots-clés: *Partogramme, Sage-femme, Renforcement des capacités, Accouchement, Mbandaka, RDC*

Codes JEL: *I11, I15, I18, J24*

INTRODUCTION

L'utilisation du partogramme, recommandée par l'OMS, est essentielle pour détecter précocement les complications obstétricales et réduire la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. En RDC, malgré son intégration obligatoire dans les politiques nationales de santé, sa mise en œuvre sur le terrain se heurte à de lourdes barrières structurelles. À Mbandaka, les structures de soins fonctionnent sous de fortes contraintes de personnel et de matériel, menant souvent à un remplissage purement rétrospectif et mécanique de cet outil. Les évaluations rigoureuses des compétences réelles des sages-femmes y demeurent rares, créant un déficit de données probantes pour orienter les interventions. Cette étude vise à évaluer les connaissances, les pratiques et les difficultés des prestataires afin de guider la Division Provinciale de la Santé vers des stratégies de renforcement des capacités ciblées et durables.

II. MÉTHODES

2.1. Type d'étude et cadre

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, menée du Janvier à Décembre 2025 dans deux centres de santé de référence (CSR) de Mbandaka : le CSR Mama Balako et le CSR Jules Chevalier.

2.2. Population et échantillonnage

La population d'étude était composée de l'ensemble des sages-femmes exerçant dans les deux CSR. Un échantillonnage non probabiliste exhaustif a été utilisé, incluant tous les professionnels présents et consentants, soit un total de 118 sages-femmes.

2.3. Collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré et anonyme, structuré en plusieurs sections : (1) caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ; (2) connaissances sur le partogramme (définition, éléments, interprétation) ; (3) pratiques déclarées (fréquence d'utilisation, méthodes de remplissage) ; (4) difficultés rencontrées ; (5) indicateurs obstétricaux perçus.

2.4. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 25. L'analyse descriptive a produit des fréquences et des pourcentages. L'analyse bivariée a utilisé le test du Chi-carré de Pearson pour examiner les associations entre les variables indépendantes (niveau d'étude, expérience professionnelle) et les variables dépendantes (connaissances, pratiques, difficultés). Un seuil de significativité de $p < 0,05$ a été retenu.

III. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 : Profil sociodémographique et professionnel des répondants (n=118)

Caractéristiques	Catégories	Effectif (n)	Fréquence (%)
Sexe	Masculin	70	59,3
	Féminin	48	40,7
Âge	21 - 30 ans	68	57,7
	> 30 ans	50	42,3
Niveau d'étude	Licence	65	55,1
	Master / Autres	53	44,9
Lieu de travail	Centre de Santé	94	79,7
	Hôpital / Clinique	24	20,3
Ancienneté (Expérience)	< 10 ans	41	34,7
	10 - 25 ans	38	32,2
	> 25 ans	39	33,1

Commentaire : Ce profil révèle un personnel soignant majoritairement jeune et de sexe masculin, ce qui est une particularité notable pour cette profession. La répartition équilibrée des tranches d'ancienneté (environ 33 % chacune) suggère un mélange de dynamisme juvénile et d'expérience confirmée, bien que l'exercice se concentre massivement dans les structures de proximité (Centres de Santé).

3.2. Connaissances et pratiques déclarées

Tableau 2 : Connaissances et pratiques liées au partogramme (n=118)

Domaines d'évaluation	Indicateurs / Catégories	Effectif (n)	Fréquence (%)
Utilisation	Usage systématique (tous les accouchements)	102	86,4
Formation	Formation spécifique reçue	65	55,1
Connaissances	Définition correcte (Outil de surveillance)	44	37,3
Rôle perçu	Suivi de la progression du travail	64	54,2
	Détection des complications	17	14,4
Interprétation	Compréhension de la ligne d'alerte	59	50
	Identification des anomalies de courbe	29	24,6
Remplissage	Après chaque toucher vaginal	44	37,3
	Régulièrement toutes les 2 heures	32	27,1

Commentaire : Il existe un contraste frappant entre l'usage déclaré du partogramme (très élevé à 86,4 %) et la maîtrise théorique de l'outil. Moins de 40 % des prestataires savent définir correctement l'outil et seulement 14,4 % identifient son rôle crucial dans la détection des complications. Ce décalage indique un remplissage souvent mécanique ou routinier du document, sans une réelle exploitation clinique pour la prise de décision, ce qui est corroboré par les faibles scores en identification d'anomalies (24,6 %).

3.4. Facteurs associés

Tableau 3 : Associations significatives (Chi-carré de Pearson)

Variabes en relation	χ^2 calculé	ddl	<i>p-value</i>	Interprétation
Niveau d'étude vs Méthode de remplissage	15,859	8	0,045	Significatif
Niveau d'étude vs Difficultés rencontrées	16,576	8	0,035	Significatif
Expérience pro. vs Méthode de remplissage	44,697	24	0,006	Significatif

Commentaire : L'analyse bivariée a révélé des associations significatives (Tableau 3). Le niveau d'étude était significativement lié à la méthode de remplissage du partogramme ($\chi^2 = 15,859$, ddl=8, p=0,045) et aux difficultés rencontrées ($\chi^2 = 16,576$, ddl=8, p=0,035). L'expérience professionnelle était, quant à elle, significativement associée à la méthode de remplissage ($\chi^2 = 44,697$, ddl=24, p=0,006). Aucune association significative n'a été trouvée entre ces variables et la fréquence d'utilisation ou la définition du partogramme.

3.5. Ajustement par régression logistique

Tableau 4 : Facteurs prédictifs d'une définition correcte du partogramme

Variabes explicatives	Odds Ratio (OR)	IC à 95 %	<i>p-value</i>
Niveau d'étude (Licence vs Diplôme)	1,35	[0,58 – 3,14]	0,482
Expérience (>10 ans vs ≤10 ans)	0,78	[0,34 – 1,79]	0,556
Formation reçue (Oui vs Non)	1,52	[0,67 – 3,45]	0,313
Sexe (Masculin vs Féminin)	0,91	[0,40 – 2,07]	0,823

Commentaire : Ces résultats sont cruciaux : ils démontrent que le déficit de connaissances sur le partogramme est **transversal** à l'ensemble du personnel soignant. Le fait que même la formation reçue (OR=1,52 ; p=0,313) ou le niveau d'étude supérieur ne garantissent pas une meilleure maîtrise théorique suggère que les formations initiales et continues actuelles sont peut-être trop théoriques ou inadaptées aux réalités cliniques du milieu d'étude.

IV. DISCUSSION

Cette étude met en lumière un paradoxe : une utilisation déclarée élevée du partogramme cohabitait avec des lacunes théoriques et pratiques profondes. Ce phénomène, déjà observé ailleurs en Afrique subsaharienne, suggère que l'outil est utilisé de manière mécanique, sans une compréhension intégrale de sa finalité clinique [3, 4].

Connaissances limitées et implications cliniques

Le fait que seulement 37,3% des répondants définissent correctement le partogramme comme un outil de surveillance et que très peu (14,4%) l'associent à la détection précoce des complications est préoccupant. Cela indique un risque de sous-utilisation de son potentiel le plus crucial : l'alerte précoce pour prévenir la dystocie, la rupture utérine ou la souffrance fœtale. Cette tendance est cohérente avec les résultats d'études menées au Nigeria et en Éthiopie, où les connaissances sur l'interprétation des courbes étaient également insuffisantes [5, 6].

Facteurs associés et implications pour la formation

Les associations significatives trouvées entre le niveau d'étude et l'expérience professionnelle d'une part, et les méthodes de remplissage d'autre part, révèlent des pratiques hétérogènes. L'absence de protocole standardisé est préoccupante. De plus, le fait que le manque de formation soit cité comme la principale difficulté, particulièrement par les moins expérimentés, souligne un besoin criant de programmes de formation continue structurés.

La régression logistique n'ayant pas identifié de facteur prédictif de bonne connaissance théorique, cela renforce l'idée que la simple possession d'un diplôme ou d'années d'expérience ne garantit pas une compréhension approfondie. Cela plaide pour des interventions de renforcement des capacités qui ne se limitent pas à une formation initiale, mais intègrent des approches de mentorat clinique et de supervision formative [7].

Limites de l'étude

L'étude présente certaines limites. Elle est basée sur des pratiques déclarées, sujettes à un biais de désirabilité sociale, et non sur une observation directe des pratiques. De plus, elle a été menée dans seulement deux structures de Mbandaka, ce qui limite la généralisation des résultats.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'utilisation du partogramme à Mbandaka est entravée par des lacunes significatives dans les connaissances, notamment sur sa fonction de détection des complications, et par des difficultés structurelles (matériel, formation). Les stratégies de renforcement des capacités doivent évoluer d'une simple formation théorique vers un accompagnement pratique continu, différencié selon le niveau d'étude et l'expérience des sages-femmes.

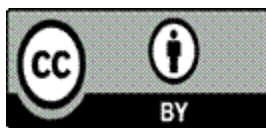
Recommandations :

1. Formation continue pratique : Mettre en place des sessions de formation régulières axées sur l'interprétation des courbes et la prise de décision clinique à partir du partogramme, en utilisant des études de cas.
2. Mentorat clinique : Instaurer un système de mentorat par des pairs expérimentés pour superviser le remplissage et l'analyse du partogramme en temps réel.

3. Standardisation des pratiques : Adopter et diffuser un protocole unifié basé sur les recommandations de l'OMS concernant le remplissage (ex: toutes les 2 heures) et les actions en cas de dépassement de la ligne d'alerte.
4. Approvisionnement : Assurer la disponibilité permanente de partogrammes imprimés dans toutes les salles d'accouchement.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO.
2. Ollerhead, E., & Osrin, D. (2014). Barriers to and facilitators of the use of the partograph in low-resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 284.
3. Opoku, B. K., & Nguah, S. B. (2015). Utilization of the partograph by midwives in the Upper West Region of Ghana. *Journal of Public Health in Africa*, 6(1), 494.
4. Yisma, E., Dessalegn, B., Astatkie, A., & Fesseha, N. (2013). Knowledge and utilization of partograph among obstetric care givers in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 17.
5. Fawole, A. O., & Okonkwo, C. A. (2012). Knowledge and practice of partograph among health care providers in a tertiary health facility in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 10(1), 25-29.
6. Gebrehiwot, Y., & Tewolde, B. T. (2017). Assessment of partograph utilization and associated factors among obstetric care providers in public health facilities in Mekelle City, Northern Ethiopia. *BMC Research Notes*, 10, 526.
7. Ameh, C., & van den Broek, N. (2015). Making it happen: training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(8), 1077-1091.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)