



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2015- 2016

Thèse N °

THESE

**EVALUATION DE L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/01/2017 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par: **M. Daouda SAMAKE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY:

Président: Pr Abdoulaye Ag RHALY

Membre: Dr Mamadou KEÏTA

CO DIRECTEUR: Dr Seydou FOMBA

DIRECTEUR: Pr Hamadoun SANGHO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail:

➤ **A Dieu**

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et m'avoir préservé de tout mal.

A lui Seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que Sa protection soit sur nous.

Amen!

➤ **Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui)**

Que le salut et la paix soient sur toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

Amen !

➤ **A ma mère: Coumba DOUMBIA**

Tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

➤ **A mon père: Noumery SAMAKE**

Mes études ont été plus que jamais au centre de tes préoccupations et tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Les mots ne sauraient traduire ce que je ressens pour toi en ce moment solennel de ma vie. Ce travail est plus le tien que le mien. Merci tout simplement et que l'éternel Dieu te bénisse et te prête une longue vie!

➤ **A mon épouse: Safiatou KONATE**

Que Dieu bénisse notre couple.

Amen !

➤ **A mes tontons:**

Votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

➤ **A mes oncles:**

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

➤ **A mes tantes du côté paternel ainsi que maternel:**

Recevez ici ma profonde gratitude.

➤ **A mes frères et sœurs:**

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection.

Courage et union car le chemin de la réussite est dur et laborieux.

Que la grâce du tout Puissant nous accompagne.

➤ **A mes cousines et cousins:**

Votre courtoisie ne m'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout cœur.

➤ **A mes amis:**

Je garde de vous un heureux souvenir.

➤ **A tous mes maîtres du premier cycle, du second cycle et du lycée:**

Merci pour la qualité de votre formation.

➤ **Aux Professeurs de la FMOS:**

Merci pour la qualité de l'encadrement.

➤ **A mes chers Maîtres: Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou, Dr KAYENTAO Abdoul Baber.**

Hommes de science, de principe, de rigueur et surtout de dignité, chers Maîtres vous avez transmis votre connaissance avec honnêteté. Soyez assurés de notre profonde gratitude.

➤ **A mes aînés :**

Pour votre encouragement et votre disponibilité pour le reste du chemin laborieux.

Un grand merci à vous tous pour tous ces moments agréables passés à vos côtés.

➤ **Au personnel du CSRéf CVI du district de Bamako et plus particulièrement aux internes en gynéco-obstétrique, aux anesthésistes, sages-femmes, externes et élèves sages-femmes.**

Je garde de vous un heureux souvenir. C'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout mon cœur, bonne chance pour le reste.

➤ **A l'Etat malien**

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu pour la réalisation de ce travail.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Abdoulaye Ag RAHLY

- **Professeur honoraire de Médecine interne à la FMOS**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS**
- **Ancien Directeur de la l'INRSP**
- **Ancien Secrétaire de l'Organisation et d coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE)**
- **Chevalier de l'ordre Internationale des Palmes Académique du CAMES**
- **Doctorat Honoris CAUSA de l'Université LAVAL/QUEBEC CANADA**

Cher Maître

C'est un insigne honneur que vous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, font de vous un maître admirable.

Au cours de notre formation nous avons toujours apprécié la clarté de votre enseignement et surtout l'amour parentale dont nous avons toujours bénéficié.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et de nos profonds respects.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mamadou KEITA

➤ **Gynécologue obstétricien praticien hospitalier au CSRéf CVI**

Cher maître,

Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre simplicité et l'esprit de tolérance sont aux temps de qualités qui vous incarnent et font de vous un formateur exceptionnel.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de référence.

Puisse DIEU vous donner longue vie et vous guider dans vos futurs projets.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DR SEYDOU FOMBA

MD,PhD en management des services de santé et de médecine sociale ; chargé de recherche ; chargé de cours au DER de santé publique ; chef de division prévention et de prise en charge des cas du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de co-diriger ce travail. Votre bonne humeur sans limite et contagieuse, votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique font de vous un maître d'approche facile. Recevez cher maître, notre reconnaissance pour votre contribution à la réussite de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Hamadoun SANGHO

- **Professeur Titulaire en santé publique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie(FMOS)**
- **Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).**
- **Chef de département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la FMOS.**

Cher Maître,

Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser.

Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié.

Vous constituez une référence pour la jeunesse de ce pays en quête de repère.

Permettez – moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS :

BCF : bruit du cœur fœtal

BPM : battement par minute

CPN : consultation prénatale.

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF: centre de santé de référence

CU : contraction utérine

DRS : direction régionale de la santé

DSFC : division santé familiale et communautaire.

EDS-M : enquête démographique et de santé Mali

ESS : école secondaire de la santé.

IST : infections sexuellement transmissibles.

MASF : microanalyse du sang fœtal

MEF : monitoring électro fœtal

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino laryngologie.

RCF : rythme du cœur fœtal

SA: semaine d'aménorrhée

UNICEF: united Nations International Children and Education Found

SAA: soins après avortement

USAC: unité de soins d'accompagnement et conseil

SONU : soins obstétricaux et néonataux d'urgence

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf CVI .

Tableau II : Situation du personnel du CSRéf de la CVI en janvier 2016.

Tableaux III : Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux IV : Répartition selon la parité des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux V : Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux VI : Répartition selon le facteur de risque des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux VII : Répartition selon le nombre de CPN faits s des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux VIII : Répartition selon le mode d'admission des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableau IX : Répartition selon l'existence d'un partogramme des parturientes référées par une autre structure au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux X : Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XI : Répartition selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XII : Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XIII : Répartition selon la durée du travail des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XIV : Répartition selon la qualité de remplissage du partographe des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XV : Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et à la 5^é minute des nouveaux nés au CSRéf CVI en Janvier 2016.

Tableaux XVI : Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XVII : Relation entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partographe au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XVIII: Relation entre le facteur de risque et la durée du travail chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XIX : Relation entre le nombre de CPN et le score Apgar à la 5ème minute au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XX: Relation entre le nombre de CPN et l'issu de la grossesse au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XXI : Relation selon le mode d'admission de la parturiente et la fréquence de BCF au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XXII : Relation entre la nature de la présentation et le devenir de l'enfant chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XXIII : Relation entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XXIV : Relation entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tableaux XXV: Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction du type de formation reçue sur le partogramme.

Tableaux XXVI: Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction de la cause d'oubli de remplissage correcte du partographe.

Tableaux XXVII : Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d'accouchement.

LISTE DES FIGURES :

Fig. 1. Modification du col : l'effacement et dilatation selon Robert Merger.

Fig. 2. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN (18).

Fig. 3. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale (18).

Fig.4. Partogramme à deux lignes pour la primipare (19).

Fig.5. Partogramme de l'OMS : selon SONU

Fig.6 : Partogramme du Mali niveau CSRéf

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	13
II-	OBJECTIFS.....	17
III-	GENERALITES.....	19
IV-	METHODOLOGIE.....	36
V-	RESULTATS.....	48
VI-	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	60
VII-	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE.....	68
	ANNEXE.....	72



I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent le risque de décès le plus élevé chez la femme en âge de procréer. Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les meilleures conditions possibles pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement. L'accouchement comme la grossesse est un moment particulier de la vie qui comporte un risque évident malgré l'évolution des soins de santé. Le partogramme permet d'identifier précocement les anomalies du travail d'accouchement; il facilite la prise de décision et la communication entre les professionnels, il améliore aussi la prise en charge de la mère et du fœtus. En effet, dans les pays développés, l'OMS [1] et la banque mondiale ont élaboré une série de mesures sous forme d'un programme de maternité sécuritaire dont l'une des recommandations est « enseignement d'un partogramme simplifié afin de reconnaître le travail dystocique et prolongé, basé sur le partogramme de PHILOPOTT ». Selon l'OMS [2] en 2013 dans le monde 289.000 femmes meurent chaque année suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; soit 800 femmes par jour. Selon l'UNICEF [3] on enregistre chaque année pas moins de 80.000 cas de fistules vésico-vaginale et/ou recto-vaginale (c'est à dire une déchirure dans le vagin créant un passage vers la vessie ou le rectum) rendant la femme incontinente, compromettant sa vie conjugale et obstétricale en absence d'une prise en charge appropriée. Pour le nouveau-né, l'accouchement dystocique peut entraîner l'asphyxie, des lésions cérébrales, des infections et même la mort.

Dans le monde, environ un demi-million de femmes meurt chaque année des complications liées à la grossesse, dont plus de 80 % ont lieu pendant l'accouchement [4]. Dans les pays en développement, où la santé des femmes dépend en premier lieu de leur rôle reproductrice, le risque de décès lié à la grossesse ou à l'accouchement est de 1/60 contre 1/ 4.100 dans les pays industrialisés [5] Ce risque, chez la femme africaine est de 1 sur 19 contre 1 sur 10.000 chez l'Européenne [6].

Pour chaque femme qui meurt, une trentaine d'autres subissent des blessures, des infections ou des lésions douloureuses invalidantes par suite d'accouchement dystocique ou d'un travail anormalement long [7]. Selon l'UNICEF, entre 500.000 et un million de femmes vivent aujourd'hui avec une fistule vésico-vaginale, un bon nombre d'entre elles sont socialement marginalisées [8].

Au Mali en 1994, l'équipe de médecin du monde en collaboration avec le service d'urologie de l'hôpital national du Point G, recensait 275 cas de fistules vésico-vaginale à Bamako et à Mopti [9]. Cependant, les causes les plus fréquentes de décès chez les accouchées dans les pays en voie de développement sont l'hémorragie du post partum immédiat, les accouchements dystociques les complications de l'hypertension gravidique et les infections [10].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle reste comme dans les autres pays en voie de développement élevé. Le rapport EDS V Mali faisait mention d'un taux de 266 pour 100.000 naissances vivantes [11]. Pour le nouveau-né, le travail long, la présentation non céphalique, l'hypertension, les infections (rupture prolongée de la poche des eaux), la fièvre maternelle sont les principaux facteurs de risque de la mortalité détectée en cours de travail [12]. Environ 4 à 5 millions des nouveau-nés en souffrent et plus d'un million qui en survivent développent des séquelles dont on peut citer entre autres les troubles psychomoteurs, paralysie ou de retard du développement physique [13]. C'est ainsi que AKPADZA.K.S et coll. ont trouvés une fréquence de 82,22% de mortalité périnatale au centre régional de Sokodé (TOGO) en 2004. Selon KEITA JBM [14] la souffrance fœtale aiguë est la première cause de décès périnatal avec 43,5% en 2004. Au CHU GABRIEL TOURE ; N'DIAYE B [15] a trouvé 40,88% de taux de mortinatalité en 2006. Depuis l'introduction de cet instrument de surveillance de nombreuses études d'évaluation menées par l'OMS à travers le monde ont montré son efficacité. C'est ainsi qu'au Mali, une étude réalisée par BAMBA M en 2007 [16] au CSREF de la commune V a montré une diminution du taux de décès maternel, qui a passé de 206,6 à 131 pour 100.000 naissances vivantes et une régression nette de la mortinatalité de 33 à 8,6 pour 1000 naissances vivantes. Malgré ce progrès, nous constatons que dans l'utilisation de cet outil on rencontre d'énormes difficultés telles que la mauvaise qualité de remplissage; des interruptions et même des abandons. La bonne utilisation du partographe permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement. A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales et même la mort fœtale, fistules vésico-vaginale, hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle) qui causent des handicaps dans la vie de ces femmes et de ces enfants pouvant être bien évités avec l'utilisation correcte de cet instrument. Face à cela, nous avons jugé nécessaire de mener une étude pour identifier et comprendre ces problèmes en formulant la question qui suit. Quel

DAOUDA SAMAKE

est la fréquence et la qualité de l'utilisation du partographe lors des accouchements à la maternité du CSRéf de la Commune VI ?

Afin de répondre à cette question nous formulons l'hypothèse que le partographe est couramment utilisé à la maternité du CSRéf de la Commune VI cependant son utilisation reste confrontée à des insuffisances liées au comportement, la capacité des agents, au volume des activités, et la mauvaise organisation.

Pour bien mener cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants.



II. OBJECTIFS

II. Objectif général :

Etudier l'utilisation du partographe dans le Centre de Santé de référence de la CVI du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Mesurer la fréquence d'utilisation du partographe ;
- Déterminer la qualité du remplissage du partographe;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal ;
- Comprendre les attitudes des prestataires assurant les accouchements ;
- Formuler des recommandations pour l'amélioration de l'utilisation du partographe.



III. GÉNÉRALITÉS

A. Rappels

1. L'accouchement :

L'accouchement est un processus physiologique dans lequel le fœtus et le délivre sont expulsés de la cavité utérine à partir de la 28^e SA (semaines d'aménorrhée) selon Robert Merger. L'accouchement à terme survient entre le début de la 37^e à la 42^e SA selon Robert Merger.

2. Les phases :

- La phase de latence :

Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus de 8 heures et s'il y a moins 2 contractions en l'espace de 10 min, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes. Par conséquent, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir.

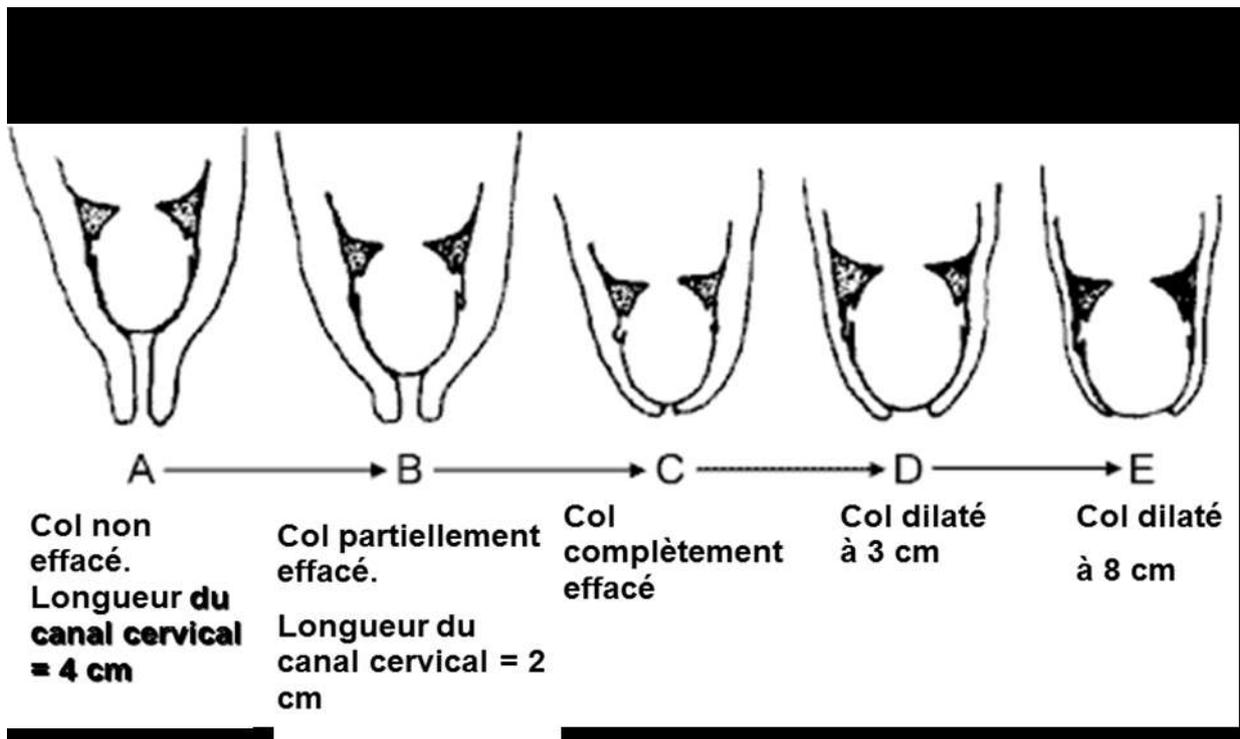


Fig. 1 Modification du col : l'effacement et dilatation selon Robert Merger.

- La phase active :

Lorsque la dilatation atteint 4 cm, le travail entre dans sa phase active. Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm /heure ou plus vite encore dans la phase active.

La ligne d'alerte qui va de 4 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col. Si la courbe passe à droite de la ligne d'alerte, cela veut que la dilatation soit lente et le travail est retardé, et la surveillance de plus près s'impose. La ligne d'action est située à 4 heures de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser. Ce partogramme est conçu pour pouvoir être utilisé dans tous les services de maternités mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partogramme. Il importe en particulier de noter la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (en fonction de la ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe à droite de la ligne d'alerte sert à attirer l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre les décisions concernant la conduite de l'accouchement.

3. Physiologie des contractions utérines :

- La contraction utérine : le moteur

Les contractions utérines ont 3 effets : Augmentation de la pression intra utérine, appui sur le col par l'intermédiaire de la poche des eaux et/ou de la présentation fœtale ; effet de traction directe sur le col par l'intermédiaire du segment inférieur et du raccourcissement des fibres utérines.

LINGREN (1973) [29] démontre que la dilatation du col ne débutait que si les contractions avaient une intensité supérieure à 30 mm de Hg et si leur fréquence dépassait 11 à 12 par heures. La progression du travail est la meilleure lorsque la fréquence se situe entre 21,3 et 23,5 contractions normales par heure avant la rupture des membranes chez la primipare et entre 20,9 et 22,8 contractions par heure après rupture des membranes.

- Le col : l'obstacle

Deux propriétés sont importantes :

Son élasticité qui est une élasticité du type « nylon » plutôt qu'une élasticité du type « caoutchouc ». Le col, après s'être dilaté revient sur lui-même mais sa mémoire, c'est-à-dire le temps de retour à sa dilatation initiale est long. Ceci explique la progression de l'effet dilatateur d'une contraction à l'autre : le col n'a pas le temps de revenir à la dilatation de départ après avoir été sollicité. Cette élasticité est la dépendance des phénomènes de maturation ainsi que de la résistance, plus ou moins grande, que le col oppose au facteur de distension.

- Le mobile fœtal:

Il joue, avec la poche des eaux, un rôle important car il appuie directement sur l'orifice interne du col. Ce rôle est encore plus important après rupture des membranes ou seuls les appuis directs de la présentation sur le col provoquent la dilatation. D'où la perturbation de la dilatation en cas de présentation du siège (surtout complet), de présentation postérieure persistante, de face ou de front ou de présentation de l'épaule.

4. Les surveillances :

- Fœtale :

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement les paramètres suivants :

Le rythme cardiaque fœtal une auscultation (stéthoscope de Pinard) toutes les 15 minutes pendant et juste après l'arrivée d'une contraction utérine. Le liquide amniotique la poche des eaux intacte ou rompue. Si la poche est rompue, la qualité du liquide : couleur, consistance, présence de vernis. Si elle est intacte, on peut procéder à une rupture artificielle des membranes si la progression du travail atteint la phase active (4 cm). Sinon il faut faire une amnioscopie chaque fois que l'on suspecte une souffrance fœtale. La présentation estimer, toutes les heures, la variété, le degré de flexion ainsi que l'apparition d'un chevauchement important des os du crâne ou d'une bosse séro-sanguine.

- La surveillance de la mère :

L'état général avec la prise de la température, du pouls, de la pression artérielle et l'existence des métrorragies (couleur et volume). L'analyse des contractions utérines : fréquence, intensité, durée, relâchement utérin ; l'appréciation du col : dilatation, mais aussi position, degré d'effacement et consistance. L'analyse des urines (volume et couleur). Rubrique

thérapeutique : toute administration de drogue *per os* ou en perfusion est inscrite, datée et signée.

A. Partographe :

1. Définition :

Le **partographe** est une fiche sur laquelle sont consignés en fonction du temps les paramètres materno-fœtal en vue d'une détection des anomalies du travail d'accouchement. Selon l'OMS [17] le partogramme est l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

2. HISTORIQUE :

Dans le monde l'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de FRIEDMAN en 1954.

FRIEDMAN EA [18] souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple, objective et reproductible. Il a choisi d'étudier les modifications du col utérin chez un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique. Après cette étude, il a établi le schéma d'une dilatation normale du col (fig1)

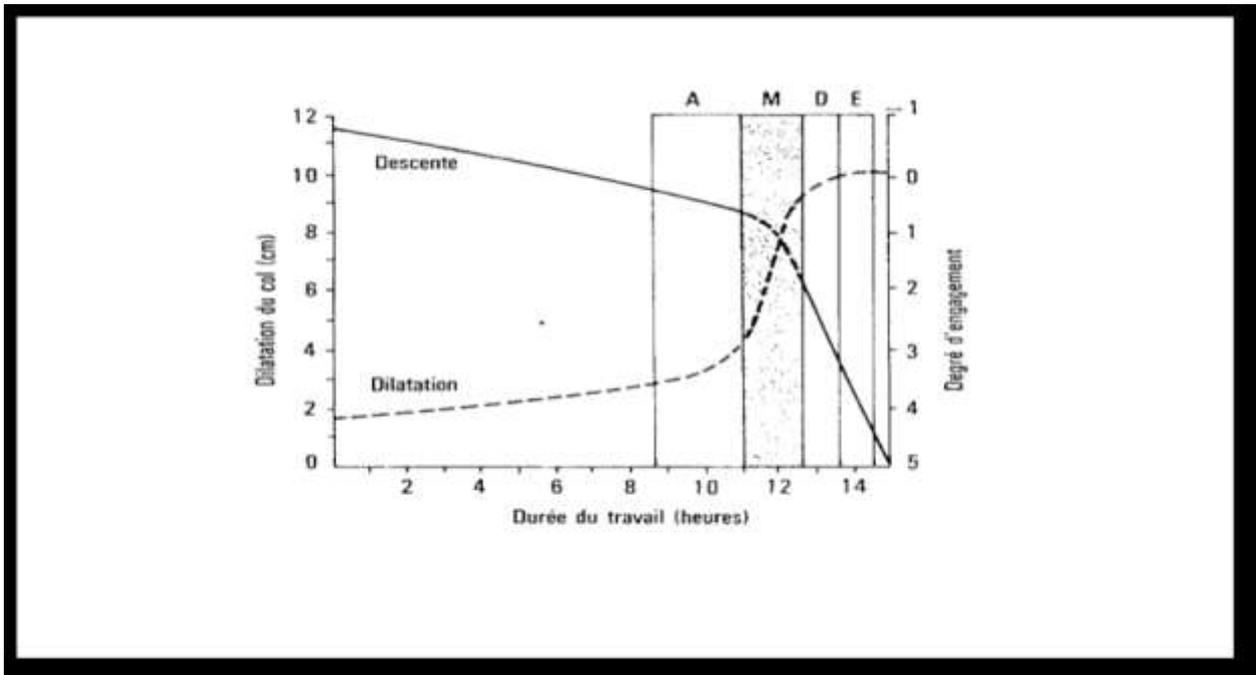


Fig. 2. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN (18).

FRIEDMAN a démontré que le travail se composait de deux phases : la phase de latence et la phase active. La phase, dite de latence, correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 3 centimètres. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare, et de 5 à 6 heures pour

une multipare. Cette phase se poursuit par la phase active, plus rapide, conduisant à la dilatation complète. Elle dure 5 heures \pm 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 \pm 1 h 30 pour une multipare. Cette phase active se divise en deux périodes : une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale, et une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète. Ces différentes phases sont objectivées par une courbe d'allure sigmoïde, représentant la dilatation du col (en centimètre) selon la durée du travail (en heures) (fig. 2). Cette courbe, appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme

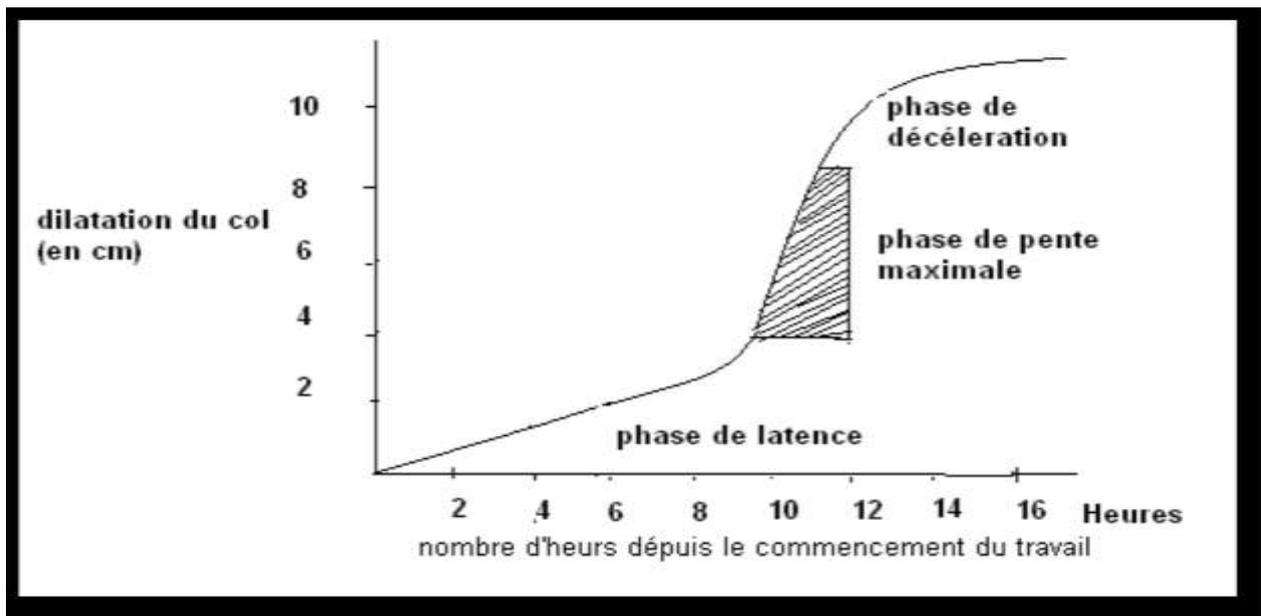


Fig. 3. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale (18).

Cependant, l'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement contestée par HENDRICKS et al. [19] qui ont apporté des conclusions légèrement différentes. Le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier aux présentations postérieures : si la phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie de travail.

La dilatation du col commence souvent dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm).

A la dilatation de fin de grossesse succède une dilatation du pré travail, tout à fait au début du travail : 2,5 cm chez la nullipare et 3,5 cm chez la multipare.

En effet, HENDRICKS rejoint FRIEDMAN sur l'importance du diagramme de dilatation (partogramme) dans la surveillance du travail. La vitesse de dilatation doit toujours être supérieure à 1 cm / h chez la nullipare et 1,5 cm chez la multipare.

Dans le cas contraire, une correction adaptée à la cause doit être appliquée.

LACOMME, en 1960, [20] utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend, outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno-fœtale.

Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble de modifications observées, lors des examens successifs.

PHILOPOTT, [21] en Rhodésie en 1972, cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et moins qualifié des centres maternels de santé.

Son objectif est de dépister précocement les disproportions fœtaux-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde.

Ces anomalies du travail sont mises en évidence sur le partogramme, par l'intermédiaire de deux lignes croisant la ligne de dilatation cervicale.

Une première d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail. La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate (**fig. 3**)

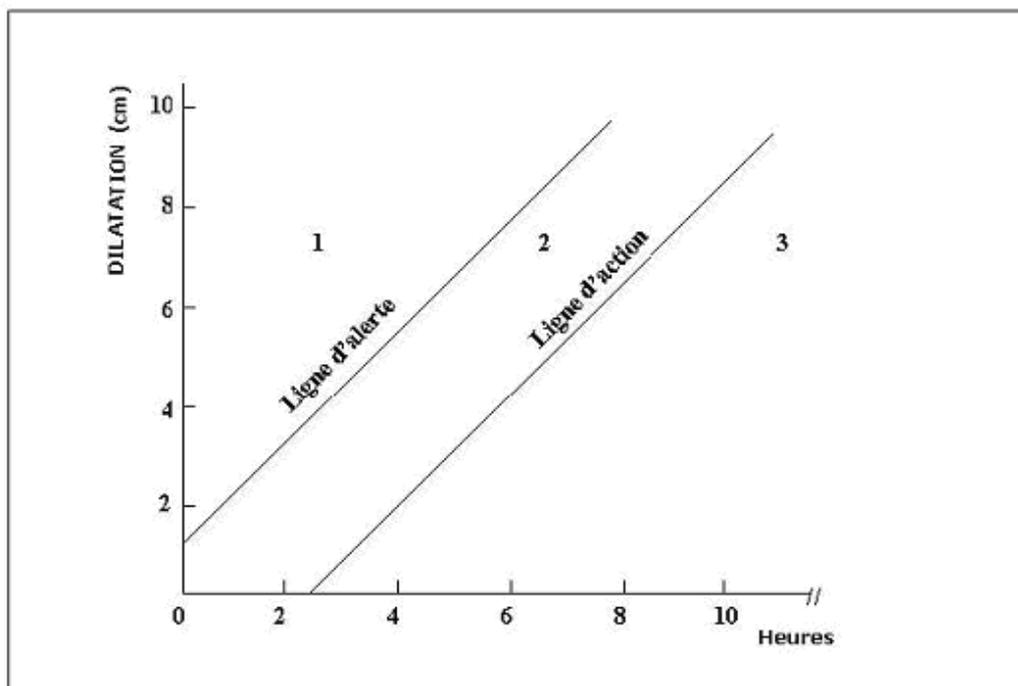


Fig.4. partogramme à deux lignes pour la primipare (19).

Ces travaux de PhiloPott, ont largement inspiré l’OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle. Ce modèle de partogramme est aujourd’hui très répandu dans les pays du tiers monde. O’Driscoll,[22] à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l’unique ligne d’alerte se superpose à la dilatation de référence de 1 cm par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

3. Partogramme modifié de l’OMS :

a. Principe :

Mis en œuvre dans les pays développés, il est promu par l’OMS à la suite d’un séminaire de l’Unité de Santé Maternelle et Infantile tenu à Genève du 06 au 08 avril 1988. Le modèle de l’OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plus part des travaux publiés sur le partogramme et sur leur conception. Il correspond par certains côtés à un compromis synthétisé et simplifié qui empreinte à plusieurs partogrammes ce qu’ils ont de meilleur [23]. Il est fondé sur plusieurs principes.

b. Les éléments de surveillance du fœtus :

Le rythme cardiaque (à l’auscultation), l’aspect du liquide amniotique (à l’inspection), l’absence ou non de déformation crânienne (au toucher vaginal).

c. les éléments de surveillance de la mère :

Le pouls maternel, la tension artérielle (TA), La température (à surveiller toutes les heures si la parturiente présente une hyperthermie. Par contre quelle que soit la température initiale, celle-ci doit être reprise toutes les 4 heures), l’albumine dans les urines, le comportement.

d. Remplissage du partogramme :

✓ BCF: écouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l’auscultation des BCF

✓ LA: marquer l’état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque touché vaginale.

I : membranes intactes

C : LA clair

M : LA méconial

S : LA sanguinolent

F : LA fétide

RAM: rupture artificiel des membranes

RSM: rupture spontanée des membranes

DAOUDA SAMAKE

- ✓ Modelage de la tête:
 - 1=os du crâne apposés
 - 2=chevauchement réductible des os
 - 3=chevauchement irréductible des os
- ✓ **Contractions utérines** : appréciées toutes les 30 minutes; palper le nombre de CU en 10 minutes et mesurer leur durée en secondes :

Inférieure à 20 secondes = 

Entre 20 et 40 secondes = 

Plus de 40 secondes = 

- ✓ **Ocytocine** : En cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion en gouttes par minutes toutes les 30 minutes.
- ✓ **Pouls** : compter le pouls toutes les 30 minutes et marquer par un point (.)
- ✓ **TA** : prendre toutes les 4 heures et marquer par une flèche.
- ✓ **Température** : la prendre toutes les 2 heures et marquer
- ✓ **Protéinurie, Acétonurie, Glycosurie et volume des urines** : marquer à chaque émission d'urines.

Fig.5.PARTOGRAMME DE L'OMS :

Nom	Geste	Parité	Numéro de l'hôpital
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heures
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80</p> <p>Bruits du cœur foetal</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			
Liquide amniotique Chevauchement			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</p> <p>Col (cm) [Tracer un X]</p> <p>Descente de la tête [Tracer un O]</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			
Nombre d'heures			
Heure			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>5 4 3 2 1</p> <p>Contractions par 10 minutes</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			
Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute			
Médicaments prescrits et liquides IV			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60</p> <p>Pouls ● et ▲ TA ▼</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			
Temp en C°			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>protéinurie cétone volume</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			

e. Règles d'OR :

Avant de commencer le partogramme, vérifier qu'il n'y a aucune complication de la grossesse et/ou du travail nécessitant une intervention immédiate.

Le tracé de la dilatation commence quand la parturiente est en phase active du travail (dilatation égale ou supérieure à 4cm).

En phase active la dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure.

La 1ère croix de la dilatation doit être portée sur la ligne d'alerte, noter ensuite l'heure et les autres paramètres sur la même verticale ou dans la case juste à droite.

Lorsque les croix de la dilatation sont sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci : la dilatation progresse normalement. Lorsque les croix de la dilatation sont dans la zone 2, attention vous devez réévaluer votre parturiente (les 3 « p »), danger à l'horizon.

Lorsque les croix sont sur la ligne d'action ou dans la zone 3, le danger est là, une action doit être prise en urgence.

La dilatation du col est importante mais n'est pas le seul élément du partogramme, tenez compte des autres paramètres et menez une action dès qu'il y a une anomalie.

La dilatation stationnaire est le reflet d'une anomalie que l'on doit rechercher et prendre en charge.

Ce n'est pas une cause mais une conséquence, l'évaluation des « 3 P » permet de trouver la cause.

LES « 3P »

Dans le mécanisme de l'accouchement vont intervenir :

- ✓ Un mobile représenté par le fœtus : le passager
- ✓ Une force motrice représentée par les contractions utérines : la puissance contractile
- ✓ Des obstacles à franchir représentés par le col utérin et le bassin : le passage.

Le mécanisme de l'accouchement ne sera possible que si:

- ✓ Le mobile est normal en forme et en volume et s'adapte au canal pelvien
- ✓ La contraction utérine est efficace
- ✓ Le col se laisse dilater
- ✓ Le canal pelvien est de forme et de dimensions normales

4. PARTOGRAMME DU MALI :

a. Historique du partogramme au Mali :

Au Mali, les premières études sur le partogramme ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point G en 1986.

En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement. Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mis au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec université de Rochester (New York, Etat Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako.

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité maternelle et infantile. L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme. Une révision des outils de travail s'imposait donc.

b. Principes :

- ✓ Durée:
 - phase de latence: du début du travail (0 cm) à 3cm, sa durée maximum est de 8heures.
 - Phase active: de 4cm à 10cm, sa durée maximum est de 6heures.
 - Phase expulsive: de 10cm à l'expulsion, sa durée maximum est de 45mm.

Le travail d'accouchement normal ne doit pas atteindre 14 heures.

✓ **Évolution de la dynamique utérine:**

Le graphique de la dilation du col en fonction du temps peut se situer dans 3 zones délimitées par 2 lignes:

- la zone d'évolution normale : zone située à gauche de la ligne d'alerte
- la zone d'alerte: zone située entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, elle donne un délai d'une à 3 heures pour la prise de décision en fonction du niveau de la structure sanitaire après avoir fait le point de la situation.

La zone d'action: zone située à droite de la ligne d'action, une dynamique située dans cette zone impose une action immédiate.

-la ligne d'alerte: ligne allant de 4cm à 10 cm à un rythme qui devra être au moins d'1 cm par heure.

-ligne d'action: parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures.

c. Remplissage :

Renseignements généraux sur la parturiente

- ✓ Le partographe regroupe les éléments indispensables à la surveillance d'une parturiente
- ✓ Les éléments de surveillance du fœtus.
- ✓ Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement.
- ✓ Les éléments de surveillance de la mère.
- ✓ Ces éléments doivent être répétés pendant le travail.
- ✓ Les éléments de surveillance du fœtus.

Le rythme cardiaque (à l'auscultation)

L'aspect du liquide amniotique (à l'inspection)

L'absence ou non de déformation crânienne au toucher vaginal.

- **BCF:**

Ecouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF.

- **LA:**

Marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV.

*I= membranes intactes

*c= LA clair

*M= LA méconial

*S= LA sanguinolent

*RAM: rupture artificiel des membranes

*RSM: rupture spontanée des membranes

- ✓ **Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement:**

- Dilatation col (au TV)
- Descente de la présentation (au TV)
- Contractions utérines (à la palpation utérine)

✓ **Dilatation du col:**

Évaluer à chaque TV et marquer par une croix.

En phase de latence le niveau de la dilatation est noté à l'intersection de la ligne verticale de l'horaire et la ligne de dilatation correspondante. Lorsque l'admission au centre de santé a lieu pendant la phase active la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.

✓ **Dilatation du col:**

Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation est immédiatement transféré sur la ligne d'alerte à l'intersection avec la ligne correspondant à la dilatation dans la phase active.

A dilatation complète, les efforts expulsifs sont notés, l'heure de début et durée des efforts expulsifs.

✓ **L'heure sera toujours marquée à gauche de la dilatation.**

✓ **L'engagement apprécie la descente.**

Médicaments administrés:

***ocytocine**: en cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion. Préciser la quantité en gouttes par minutes (fiche de perfusion).

Marquer tout autre médicament administré.

Fig.6 : Partogramme du Mali

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / ZONE SANITAIRE
 Région / District de : _____ Cercle / Zone sanitaire de : _____
 Commune de : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
 Nom de la Femme : _____ Age : _____ Niveau de soins : _____
 Adresse : _____ Antécédents : _____
 Quartier : _____ G _____ P _____ V _____ AV _____ BG _____
 Entrée à la maternité : Date : / / 20 _____ Heure : h _____ Min _____
 Motif : _____
 Début du travail : Date : / / 20 _____ Heure : h _____ min _____

Risque	Normal	Alerte	Ref/Evacuation
Taille	Puis > 150 cm		< 150 cm
Hémorragie	NON		OUI
A terme	OUI	28-32 SA	
CPN	NON	NON	Gross. à risque
Césarienne dernier accouché	NON		OUI
Présentation	Sommet	Sigé/face	Epaule/avant
Dernier enfant	Vivant	Mort-né	

Ter examen	Valeur	Normal	Alerte	Ref/Evacuation
TA		< 140/110	101-140 et 100/112	> 160/111
Poids		< 100	> 100	
T		< 37 °	38°	> 38°
HU		< 36 cm	36 cm	> 36 cm
BCF		120-180/min	100-120/min 160-180/min	< 100/min > 180/min
Contractions		17.5 min	< 1 / 5 min	≥ 1 / 2 min (on début du travail)
PDE		Infusé ou morphé/Liq	Liq. téneé	Rompue 12H

Autres facteur de risque

Phase active

Phase de latence

Accouchement				APGAR					
				1 mn			5 mn		
				1	2	3	1	2	3
Nom de l'accoucheuse : _____				Poids/BG*					
Date : / / 20 _____				Respiration					
Heure : h. min _____				Tonus					
Heure : h. min _____				Reflexes					
Normal				Alerte			Reference		
Expulsion < 45 mn				Dystocique			Expulsion > 45 mn		
Eutoctique				Dystocique			Coloration		
Traitement / Soins				TOTAL					

Heures	TA	BCF	Contraction Fréquence	PDE	Engagement	Poids	Température	Traitement
10								
9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								

* BC : Battement cardiaque

DELIVRANCE DATE: _____ HEURE: _____

Type Naturelle Active Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acrète Poids

Référence/Evacuée : Oui → Si Oui Motif et structure vers laquelle se fait la référence/évacuation _____
 Non

DAOUDA SAMAKE

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT (LA MINUTE QUI SUIT) APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				38° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Agrès ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				38° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Agrès ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Multilatération				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															
Tailler															
Permettre Crânen															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT

Temps après accouchement	Paramètres	1 heure			2 heures		
		Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement		Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité		Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Poids		moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA		moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température		37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement							

RESULTATS DE LA MERE	Résultats N 1	MIF	Résultats N 2	MIF	Résultats N 3	MIF
Vivante <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>
Référée <input type="checkbox"/>	Référée <input type="checkbox"/>		Référée <input type="checkbox"/>		Référée <input type="checkbox"/>	
Date: / / 20	Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min	Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause: _____	Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	
Décédée <input type="checkbox"/>	Décédée <input type="checkbox"/>		Décédée <input type="checkbox"/>		Décédée <input type="checkbox"/>	
Date: / / 20	Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min	Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause: _____	Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	

Administration de la Vitamine A à la mère: Oui Non

5. DIFFERENCE ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES (celui préconisé par l’OMS et celui utilisé au Mali) :

Le partogramme que nous utilisons est beaucoup plus simple d’utilisation que celui préconisé par l’OMS. Il contient également plus de renseignements sur la parturiente, le fœtus et le nouveau-né que le partogramme de l’OMS n’en contient.

➤ Plus simple d’utilisation :

- Bruit du cœur fœtal :

Pour le contrôle du rythme cardiaque fœtal, notre partogramme présente une seule ligne de carreaux où l’on peut mettre tous les chiffres. Le partogramme de l’OMS, par contre, a huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que les BCF allant de 100 à 180 bat/min.

- Toucher vaginal :

Le partogramme de l’OMS préconise un toucher chaque heure dans la phase de latence. Le nôtre prévoit un toucher vaginal toutes les deux heures dans la phase de latence.

- Rythme des contractions utérines et Tension Artérielle :

La partie réservée aux contractions utérines est constituée de cinq lignes de carreaux dans le partogramme de l’OMS, alors que le nôtre ne prévoit qu’une seule ligne de carreaux où on peut mettre tous les chiffres. La partie réservée à la tension artérielle est composée dans le partogramme de l’OMS de douze lignes de carreaux et d’une ligne de carreaux dans le nôtre. Dans le partogramme de l’OMS, il n’y a pas de place prévue pour tous les chiffres tensionnels.

➤ Plus riche en renseignement

Nous pouvons recueillir, dans notre partogramme des renseignements sur la provenance des parturientes (région, cercle, ou commune). Cela n’existe pas dans le partogramme de l’OMS ; il y a là tout juste le numéro de l’hôpital.

- Les risques à l’entrée de la parturiente :

Il n’existe pas dans le partogramme de l’OMS de chapitre réservé à cet effet. Il est à noter que dans d’autres chapitres importants, manquent dans le partogramme préconisé par l’OMS (chapitre du suivi des nouveaux nés, la mère dans les premières heures après l’accouchement et celui de la délivrance).



IV.METHODOLOGIE

A. CADRE D'ETUDE

Notre étude a lieu au service de Gynéco-obstétrique du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako.

1. Présentation de la Commune : La maternité de Sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999, mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants : l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ; la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales. Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

2. Données géographiques

La Superficie (densité/km²) et Limites: La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 704738 habitants en 2015.

La commune est limitée au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V.

Le relief est accidenté dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m, par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio par Kandoura koulou, Magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguella- sokorodji par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite Est de la commune par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune. Le climat est Sahélien avec une saison sèche de février à juin et une saison pluvieuse de juillet à septembre et une saison froide d'octobre à janvier.

La commune connaît des variations climatiques d'année en année.

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité et le manguier.

La commune VI est arrosée par le fleuve Niger au nord et les marigots sogoniko, koumanko et babla.

3- Voies et moyens de communication

Les voies de communications (routes) : Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

Les moyens de transport : La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville d'où est assuré le trafic aérien.

4- Données socioculturelles et religieuses

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté. La structure sociale et culturelle reste traditionnelle et les habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit: du mariage traditionnel, la polygamie, le lévirat, le sororat, les cérémonies rituelles.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient en symbiose.

5- Situation sanitaire : La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un **Hopital** National (Hopital du Mali), un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 2 structures confétionnelles, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

Tableau I: Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf CVI .

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACOYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

Observations

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro(ASACONIA etANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé(Sokorodji –Dianéguéla). La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

6- Ressources humaines

Au niveau du CSRéf. il y a les différentes catégories de personnels à savoir :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de la mairie
- Les contractuels du CSRéf ;
- Les conventionnaires de l'INPS ;

7- Organisation du service

Infrastructure du service:

Le service se compose de sept bâtiments :

➤ Le premier bâtiment en étage construit en 1981 et réhabilité en 2010 et il est composé de :

- au rez-de-chaussée :
 - la pharmacie de jour,
 - le bureau du pharmacien,
 - trois bureaux de consultation pour la médecine,
 - une salle d'observation pour la médecine,
 - une salle de garde,
 - la salle d'injection,
 - un magasin pour la pharmacie,
 - deux bureaux de consultation pour la pédiatrie,
 - trois grandes salles d'hospitalisation pour la pédiatrie
 - une salle de garde pour les infirmières de la pédiatrie,
 - une salle de garde pour les infirmières de la médecine
 - une toilette.
 - un hangar,

• A l'étage :

L'administration composé de :

- le secrétariat,
- le bureau pour le Médecin-Chef,
- le bureau pour le système d'information sanitaire (SIS),
- le bureau de la comptabilité,
- le bureau du service social,
- le bureau médecin appui SIS,
- le bureau du chef du personnel,
- la brigade d'hygiène,
- la salle de photocopie,
- la salle de réunion,
- un magasin,
- des toilettes.

DAOUDA SAMAKE

➤ Le deuxième bâtiment construit en 1999, il a été réhabilité en 2014. Il abrite :

La consultation chirurgie et les hospitalisations (médecine et chirurgie)

- le bureau de consultation chirurgie,
- le bureau du major de la chirurgie,
- une grande salle d'hospitalisation à sept (7) lits pour la chirurgie,
- la salle de pansement,
- le bureau du major de la médecine,
- une salle d'hospitalisation à cinq (5) lits pour la médecine,
- deux salles d'hospitalisation à un (1) lit,
- deux toilettes.
- une salle d'hospitalisation à deux (2) lits,

➤ Le troisième bâtiment construit en 2008, il abrite la maternité composée de :

- une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,
- une salle de travail de neuf (9) lits,
- une salle de réanimation des nouveaux nés,
- une salle d'hospitalisation de dix-huit (18) lits,
- une salle de garde pour sage- femme,
- une salle de garde pour médecin,
- une salle de garde pour les infirmières,
- une salle de garde pour les internes,
- des toilettes.
- trois salles de consultation prénatale,
- une salle de consultation planification familiale,
- une salle d'informatique,
- une salle de SAA (soins après avortement),
- un hangar,
- une salle de consultation gynécologique,

➤ Le quatrième bâtiment construit en 2010 : le bloc technique b est composé de :

- le laboratoire avec quatre salles (biochimie, hématologie, prélèvement, bactériologie), l'imagerie médicale (une salle d'échographie, une salle de radiographie, et une salle de développement),

DAOUDA SAMAKE

- le bureau de consultation cardiologie/dermatologie,
 - des toilettes.
 - deux bureaux de consultation O R L,
 - deux bureaux de consultation ophtalmologiques,
 - deux bureaux de consultation d'Odontostomatologie,
- Cinquième bâtiment construit en 2010 : l'unité chaîne de froid et l'USAC (unité de soins d'accompagnement et conseil)
- L'unité chaîne de est composée de :
 - une grande salle,
 - un bureau,
 - deux (2) toilettes,
 - un hangar.
 - L'USAC est composée de :
 - un bureau pour le médecin coordinateur,
 - un bureau pour le pharmacien,
 - une grande salle avec un box servant de salle de counseling,
 - un hangar.
- Le sixième bâtiment construit en 2010 : le bureau des entrées composé de :
- un guichet,
 - un guichet pour l'espace AMO (Assurance Maladie Obligatoire),
 - un bureau de consultation de garde,
 - un bureau de garde pour médecin,
- Le septième bâtiment construit en 2010 : le bloc opératoire
- Deux hangars,
 - deux (2) toilettes.
 - une pharmacie de garde,
 - deux blocs opératoires,
 - une salle de stérilisation,
 - deux salles de réveil (une à quatre lits et une à deux lits),
 - deux toilettes.
 - une salle de pansement pour les opérés,
 - un bureau de consultation pour les anesthésistes,

DAOUDA SAMAKE

- une salle de garde pour les anesthésistes,
- un hangar,
- bureau pour le major du bloc,

➤ Les annexes :

- la buanderie et les deux salles pour les manoeuvres et les chauffeurs construites en 2010,
- la suite des couches construite en 2005,
- le logement du médecin-chef réhabilité en 2010,
- le logement du gardien construit en 2010,
- deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre construites en 2011 par le CSRéf,
- un grand magasin construit en 2010,
- des toilettes,
- une morgue fonctionnelle construite en 2008.

NB : Tous les bâtiments sont en bon état.

Tableau II : Situation du personnel du CSRéf de la CVI en janvier 2016

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	3
Médecin généraliste	7
Médecin chirurgien	3
Pharmacien	1
Médecin santé publique	1
Etudiants thésards	9
Radiologue	1
Médecin anesthésiste réanimateur	1
Chirurgien-dentiste	1
Assistants médicaux	21
Administrateur de l'Action sociale	1
Ingénieur Sanitaire	3
Gestionnaire	1
Infirmier diplômé d'Etat	8

DAOUDA SAMAKE

Qualification	Nombre
Technicien Supérieur de laboratoire	2
Technicien Supérieur d'hygiène Assainissement	4
Sages-femmes	34
Technicien de laboratoire	2
Infirmiers Santé Publique	12
Infirmières Obstétriciennes	12
Techniciens sanitaires	9
Secrétaire	7
Comptable	4
Aide Comptable	4
Aides-soignantes	12
Matrones	3
Documentaliste	1
Maintenance	1
Planton	1
Chauffeurs	4
Chauffeurs mécaniciens	1
Gardiens	3
Manceuvres	11
Lingères	2
Total	180

8. Fonctionnement du service

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques les lundis, mardis, mercredis, et vendredi. Le dépistage du cancer du col tous les jours. Les séances d'échographie tous les jours ouvrables.

Un programme opératoire réservé aux mercredis et jeudis. Une équipe de garde qui assure la permanence au centre 24 heures/24. Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables

DAOUDA SAMAKE

parallèlement aux autres domaines de la santé. Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours.

Les activités de vaccination des femmes enceintes et des enfants ont lieu tous les jours du lundi au vendredi. Les activités de santé publique sont menées.

Nous avons choisi cette structure pour les raisons suivantes :

- Peu d'études de grande envergure sur la surveillance du travail d'accouchement.
- Le nombre d'accouchements élevé (environ 20 accouchements par 24 heures) par rapport aux structures privées et communautaires
- L'accessibilité et la disponibilité du partographe au sein de ce centre.

B .Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale sur la surveillance du déroulement de l'accouchement et l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

L'étude a concerné toutes les parturientes reçues durant la période d'étude (1mois) à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI.

C .Echantillonnage

Il s'agirait d'un sondage exhaustif visant à recueillir les informations concernant les parturientes et l'état du partographe rempli par les prestataires ainsi que les perspectives d'accouchement dans le but d'établir les priorités en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Pour cela nous avons procédé de la manière suivante :

➤ Critères d'inclusion :

- Toutes les femmes admises en travail et ayant accouché pendant cette période d'étude (1mois) à la maternité du CSRéf de la CVI avec leurs accords préalable,
- Tous les nouveau-nés dont le travail de la mère a été suivi par un partographe à la maternité du CSRéf de la CVI.

➤ Critères de non inclusion :

- Les femmes ayant subi une césarienne prophylactique ;
- Les femmes ayant accouché hors de la maternité ;
- Les femmes admises à dilatation complète (10 cm de dilatation cervicale) ;
- Les femmes non consentantes ;
- Les femmes admises pour un avortement précoce ou tardif.

D .Variables et méthodes d’exploration :

- Variables concernant le niveau de protection de la grossesse :
Prescription de CPN, possession du carnet de suivi, utilisation de la moustiquaire imprégnée d’insecticide, de la sulfadoxine pyriméthamine, et du fer.
- Variables concernant la qualité de l’utilisation du partogramme :
Nom et qualification du prestataire ayant tenu le partogramme, identité de la parturiente (âge, profession, antécédents obstétricaux), motif d’admission, durée du travail, notation des paramètres cliniques maternelle (Taille, tension artérielle, température, hauteur utérine) , fœtale (BCF, couleur du liquide amniotique, type de présentation, engagement) et du nouveau né (score d’APGAR, taille, poids), respect des périodes d’examen au cours du travail.
- Variables concernant les valeurs intrinsèques : zone d’accouchement (à gauche de la ligne d’alerte, à droite de la ligne d’alerte, atteinte de la ligne d’action) et accouchements anormaux (forceps, ventouse, césarienne, laparotomie).
- Variables concernant les facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail : antécédents obstétricaux (parité, gestité, nombre d’enfant décédé, intervalle inter gésésique, antécédent de césarienne), taille, etc.
- Variables concernant les facteurs de risque de morbidité et mortalité maternelle et périnatale : mariage consanguin, HTA, paludisme, infection urinaire, Score d’APGAR, HTA, diabète, drépanocytose, durée du travail.
- Variables concernant les priorités en matière de prévention du risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale : résultat de l’analyse de la qualité de surveillance de la grossesse par le personnel et des femmes enceinte, résultat de l’analyse de la qualité de l’utilisation du partogramme, résultat de l’analyse des valeurs intrinsèques, résultat de l’identification des facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail, résultat de l’analyse des facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

E .La collecte et analyse des données :

La collecte des données a été faite à l’aide d’un questionnaire, dont une copie, a été remplie pour chaque femme. En plus, un questionnaire semi structuré anonyme a été utilisé pour comprendre les attitudes et pratique des prestataires assurant les accouchements à la maternité. Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 20. Le test statistique χ^2 a été utilisé pour étudier les relations entre les variables. L’obtention

d'une probabilité p inférieure à 0,05 était en faveur de l'existence d'un lien statistiquement significatif entre les variables comparées.

F .Considérations d'éthique et de déontologie :

- Est-ce que l'étude est scientifique ou apporte quelques choses ?

La surveillance du travail d'accouchement étant un moyen de réduction de la mortalité maternelle et périnatale, elle fait partie de l'obstétrique qui est une science médicale qui s'occupe à la naissance des êtres humains.

- Cette science est pratiquée au Mali par des médecins obstétriciens, des sages femmes et du personnel de la santé ayant été formé dans ce domaine (infirmières, matrones, faisant fonction d'interne) Les résultats permettront au CSRéf d'améliorer la qualité des soins offerts aux parturientes.

- Consentement éclairé des patientes

Les femmes ont été incluses seulement après l'obtention du consentement éclairé, traduit en langue locale pour une meilleure compréhension du protocole. Dans les cas où la femme n'était pas à la mesure de donner son consentement (travail avancé, problème mental ou non consciente cliniquement) nous avons attendu la fin de l'accouchement dans le premier cas et dans les autres cas, nous avons demandé le consentement de l'accompagnateur. Le consentement expliquerait le but de l'étude, les risques et bénéfices et aussi la possibilité de retrait volontaire de la participante à tout moment sans porter préjudice à sa prise en charge conformément aux procédures des services de santé de la reproduction élaborées par le ministère de la santé au Mali. Le refus d'une femme à participer à l'étude n'a entraîné aucune conséquence néfaste lors de sa prise en charge.

- Bénéfice/Compensation au sujet d'étude :

La surveillance du travail et de l'accouchement est un moyen de protection de la mère et du nouveau-né. Ainsi lorsqu'on la dirige correctement, il y aurait une diminution du taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

- Intérêt sur le plan de la santé publique :

L'un des objectifs principaux de la santé publique est de mener des actions en vue d'améliorer la santé de la population.

- Ainsi le thème surveillance du travail d'accouchement sert à prévenir et à résoudre des anomalies survenant au cours du travail et de l'accouchement dans le but de réduire le taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.



V. RESULTATS

Résultats :

L'étude a concerné 220 femmes parmi 317 ayant accouché à la maternité du CSRéf de la CVI en janvier 2016. Nous avons enregistré 194 accouchements par voie basse soit 88,2% ; 26 par césarienne soit 11,8%. Concernant les nouveau-nés nous avons enregistré 192 vivants soit 87,3% ; 28 mort-né frais soit 12,7%, parmi lesquels le partogramme était incorrectement rempli dans 90% des cas et le BCF était bon dans 98% des cas à l'admission. Il n'y a pas eu de décès maternel au cours de notre étude, ni de fistule vésico-vaginale, par contre nous avons enregistré 3 cas d'hémorragie du post partum immédiat. Nous n'avons pas enregistré de cas de refus de participer à l'étude.

1. Etude descriptive :

1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE :

Tableaux III : Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	59	26,8
20 -35	149	67,7
> 35	12	5,5
Total	220	100

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 149 cas soit 67,7%.

Tableaux IV : Répartition selon la parité des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	79	35,9
Paucipare	83	37,7
Multipare	45	20,5
Grande multipare	13	5,9
Total	220	100

Les paucipares ont représenté jusqu'à 37,7% des cas.

Tableaux V : Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	208	94,5
Célibataire	12	5,5
Total	220	100

Les femmes mariées ont représenté 208 cas soit 94,5%.

Tableaux VI : Répartition selon le facteur de risque des parturientes à la maternité du CSRéf de a CVI en Janvier 2016.

Facteur de risque	Effectifs	Pourcentage
Aucun	186	84,5
Antécédent de césarienne	10	4,5
Grande multipare	14	6,4
Autre	10	4,5
Total	220	100

Les femmes ne présentant aucun risque étaient les plus représentées avec 84,5%.

Autres représentées : les bassins limites, les primipares âgés les antécédents obstétricaux chargés.

Tableaux VII : Répartition selon le nombre de CPN faits des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

CPN	Effectifs	Pourcentage
Aucune CPN	46	22,8
1-3 CPN	84	41,6
≥4 CPN	72	35,6
Total	202	100

La majorité des femmes avait effectuée 1-3 CPN soit 41,6%.

L'information sur le nombre de CPN effectué par les parturientes était présente à 91,8% (202/220)

Tableaux VIII : Répartition selon le mode d'admission des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venues d'elles-mêmes	191	86,8
Référées	29	13,2
Total	220	100

Les femmes venues d'elles-mêmes avaient représenté 86,8% des cas.

1.2 Fréquence et qualité de remplissage du partogramme

Tableau IX : Répartition selon l'existence d'un partogramme des parturientes référées par une autre structure au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Partogramme	Effectif	%
Oui	16	55
Non	13	45
TOTAL	29	100

Seulement 55% de ces parturientes avaient un partogramme.

Tableaux X : Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité du CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Début de remplissage du partogramme	Effectifs	Pourcentage
Dès l'admission	69	31,4
En cours	109	49,5
Enfin de l'accouchement	42	19,1
Total	220	100

Le partogramme avait été rempli à 49,5% des cas en cours de la surveillance du travail d'accouchement.

Tableaux XI : Répartition selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016

Nature de la présentation	Effectifs	Pourcentage
Céphalique	158	96,9
Siège	5	3,1
Total	163	100,0

Dans 96,9% des cas la présentation fœtale était céphalique.

L'information sur la nature de la présentation était présente à 94,1% (163/220)

Tableaux XII : Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016

Fréquence des BCF	Effectifs	Pourcentage
≤ 120bat/mn	4	2
120-160	195	97,5
≥ 160	1	0,5
Total	200	100

Dans 97,5% des cas les parturientes avaient un bon score du BCF à l'admission.

L'information sur la fréquence des BCF était présente à 90,9% (200/220).

Tableaux XIII : Répartition selon la durée du travail des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016

Durée du travail	Effectifs	Pourcentage
≤14heures	20	90,9
>14heures	2	9,1
Total	22	100

Dans 90% des cas la durée du travail des parturientes n'était pas notée sur le partogramme.

L'information sur la durée du travail était disponible à 10% (22/220).

Tableaux XIV : Répartition selon la qualité de remplissage du partogramme des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Qualité de remplissage	Effectifs	%
Correctement rempli	10	4,5
incorrectement rempli	210	95,5
Total	220	100

Les partogramme incorrectement remplis ont représenté 95,5% des cas

1.3 Pronostic materno-foetal :

Tableaux XV : Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et à la 5^e minute des nouveaux nés au CSRéf CVI en Janvier 2016.

Score d'apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Effectif	%	effectif	%
0-3	21	9,5	38	17,3
5-7	26	11,8	27	12,3
8-10	173	78,6	155	70,5
Total	220	100	220	100

Les nouveau-nés qui avaient un bon Apgar à la 5^{ème} ont représenté 70,5% des cas, alors qu'ils représentaient 78,6% à la 1^{ère} minute.

Tableaux XVI: Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Tranche d'âge	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	mort-né	
≤ 19 ans	55(93,2%)	4(6,8%)	59(100%)
20 -35	128(85,9%)	21(14,1%)	149(100%)
> 35	9(75%)	3(25%)	12(100%)
Total	192	28	220

Khi² =3,757 P=0,153

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né.

Tableaux XVII : Relation entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partographe au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Parité	Qualité de remplissage		Total
	Correctement rempli	incorrectement rempli	
Primipare	5(6,3%)	74(93,7%)	79(100%)
Paucipare	4(4,8%)	79(95,2%)	83(100%)
Multipare	1(2,2%)	44(97,8%)	45(100%)
Grande multipare	0(0,0%)	13(100%)	13(100%)
Total	10	210	220

Khi² =1,77 P=0,62

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la parité et la qualité de remplissage du partographe.

Tableaux XVIII: Relation entre le facteur de risque et la durée du travail chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Facteurs de risque	Durée du travail			Total
	<14heures	≥14heures	Non dispo	
Aucun	17(9,1%)	2(1,1%)	167(89,8%)	186(100%)
Antécédent de césarienne	0(0,0%)	0(0,0%)	10(100%)	10(100%)
Grande multipare	2(14,3%)	0(0,0%)	12(85,7%)	14(100%)
Autre	1(10,0%)	0(0,0%)	9(90,0%)	10(100%)
Total	20	2	198	220

Khi² =1,84

P=0,9

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le facteur de risque et la durée du travail.

Tableaux XIX : Relation entre le nombre de CPN et le score Apgar à la 5^{ème} minute au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Nombre de CPN	Apgar à la 5 ^{ème} minute			Total
	apgar0	apgar5-7	8-10	
Aucune CPN	13(28,3%)	5(10,9%)	28(60,9%)	46(100%)
1-3 CPN	14(16,7%)	8(9,5%)	62(73,8%)	84(100%)
≥4 CPN	4(05,6%)	12(16,7%)	56(77,8%)	72(100%)
Non disponible	7(38,9%)	2(11,1%)	9(50%)	18(100%)
Total	38	27	155	220

Khi² =17,920

P=0,009

Il existait une relation statistiquement significative entre le nombre de CPN effectuées et le pronostic néo natale à la 5^{ème} minute.

Tableaux XX: Relation entre le nombre de CPN et l'issu de la grossesse au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Nombre de CPN	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
Aucune CPN	37(80,4%)	9(19,6%)	46(100%)
1-3 CPN	74(88,1%)	10(11,9%)	84(100%)
≥4 CPN	68(94,4%)	4(5,6%)	72(100%)
Non disponible	13(72,2%)	5(27,8%)	18(100%)
Total	192	28	220

Khi² =8,992

P=0,029

Il existait une relation statistiquement significative entre l'issu de la grossesse et le nombre de CPN effectué. Plus la grossesse est bien suivi plus le pronostic du nouveau-né est bon.

Tableaux XXI : Relation entre le mode d'admission de la parturiente et la fréquence des BCF au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Mode d'admission	Fréquence de BCF à l'admission				Total
	<120	120-160	>160	Non dispo	
Venue d'elle-même	1(0,5%)	173(90,6%)	1(0,5%)	16(8,4%)	191(100%)
Référée	3(10,3%)	22(75,9%)	0(0,0%)	4(13,8%)	29(100%)
Total	4	195	1	20	220

Khi² =14,936 P=0,002 Il existait une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et la fréquence de BCF. Les femmes venues d'elles-mêmes avaient un bon pronostic par rapport à celles référées.

Tableaux XXII : Relation entre la nature de la présentation et le devenir de l'enfant chez les parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Nature de la présentation	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
Céphalique	139(88%)	19(12%)	158(100%)
Siège	4(80%)	1(20%)	5(100%)
Non disponible	49(86%)	8(14%)	57(100%)
Total	192	28	220

Chi² =6,940

P=0,03

Il existait une relation statistiquement significative entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement. Les présentations céphaliques accouchent plus par voie basse que les autres présentations.

Tableaux XXIII : Relation entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Mode d'admission	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort ne	
venu d'elle-même	171(89,5%)	20(10,5%)	191(100%)
Référée	21(72,4%)	8(27,6%)	29(100%)
Total	192	28	220

Chi² =6,640

P=0,01

Il existait une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant. Les femmes venues d'elles-mêmes avaient plus de chances d'accoucher d'un enfant vivant que celles référées.

Tableaux XXIV : Relation entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement des parturientes au CSRéf de la CVI en Janvier 2016.

Nature de la présentation	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Céphalique	145(91,8%)	13(8,2%)	158(100%)
Siège	4(80%)	1(20%)	5(100%)
Non disponible	45(79%)	12(21%)	57(100%)
Total	194	26	220

$\text{Khi}^2 = 0,396$ $P = 0,820$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement.

1.4 Attitudes et pratiques des prestataires :

Tableaux XXV: Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction du type de formation reçue sur le partogramme.

Type de formation	Effectif	Pourcentage
Atelier	16	53,33%
Staff	9	30%
Supervision	5	16,67%
Total	30	100%

Chacune des sages-femmes a au moins bénéficié d'une formation sur l'utilité et la bonne manière de remplissage du partogramme.

Tableaux XXVI: Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction de la cause d'oubli de remplissage correcte du partographe.

Causes	Effectif	%
Négligence	21	70
Nombre élevé de femme en travail	6	20
Nombre insuffisant de sage-femme par garde	3	10
Total	30	100

La cause d'oubli de remplissage correcte du partographe par simple négligence a représentée 70%.

Tableaux XXVII : Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d'accouchement.

Difficultés	Effectif	%
Nombre élevé de support à remplir	15	50
Nombre élevé de parturientes	13	43,33
Insuffisance du nombre de sage-femme de garde	2	6,67
Total	30	100

Le nombre élevé de supports à remplir évoqué par les prestataires comme difficulté majeure a représenté 50%.



**VI COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

1) Discussions méthodologiques:

Nous avons effectué une étude transversale avec des questions rétrospectives sur l'appréciation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Certaines données ont manqué à cause du fait que les partogrammes étaient incorrectement remplis.

2) Paramètres étudiés:

✓ Age:

Dans notre étude la majorité des parturientes (67,7%) avaient une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans; avec une moyenne de 27 ans, Cette moyenne est supérieure à celle de SANOGO. A [26] qui était de 23 ans au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2009 ; elle est égale à celle trouvée par CH. KOME [24] au CSRéf de la CII du district de Bamako en 2015.

✓ Parité:

Les parturientes étaient paucipares dans 37,7% des cas, ce taux est légèrement supérieur à celui de TOURE.O [25] qui était (36,5%) dans la commune urbaine de Sikasso en 2009; mais inférieur à celui de CH. KOME [24] qui était (51,3%) au CSRéf de la CII du district de Bamako en 2015.

✓ La consultation prénatale:

Environ 41,6% des femmes ont fait une consultation prénatale. Ce taux est inférieur à celui de CAMARA.S [27] qui a trouvé 83% des cas au CSRéf de la CV en 2007, et celui de BAGAYOKO.Y K [28] qui a trouvé 79,7% des cas au CSRéf de la CVI en 2009. Notre taux est inférieur à celui de l'enquête démographique et de santé (EDS V) qui est de 83% à Bamako [29]. Les parturientes n'ayant pas effectué de CPN représentaient environ 20,2% des cas. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le faible niveau socio-économique des femmes car la CVI est habitée par beaucoup de populations venant des campagnes où elles n'ont pas la culture de la CPN, mais aussi du fait de leur faible niveau de revenu.

✓ Bruit du cœur fœtal:

Près de 97,5% des fœtus avaient un rythme cardiaque compris entre 120 et 160 battements à la minute. Dans l'évaluation classique des bruits cardiaques fœtaux, on évaluait le pouls fœtal à l'aide d'un stéthoscope obstétrical en faisant une moyenne sur 15 ou 30 secondes. Le rythme était normal entre 120 et 160 battements par minute.

Nous avons trouvés une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et les BCF, avec $Khi^2 = 6,64$ $P=0,01$.

En effet les fœtus des parturientes venues d'elles même avaient des BCF plus normaux comparés à ceux des parturientes réfères. Cela pourrait s'expliqué par le retard dans la référence entre les centres de santé communautaire et le CSRéf.

✓ **La présentation du fœtus:**

Près de 96,9% des fœtus étaient en présentation céphalique. La présentation du siège a été de 2,3% des cas. La présentation n'avait pas d'effet majeur sur le devenir du nouveau-né $Khi^2 = 0,396$ ($P=0,82$), ceci pourrait s'expliqué par le recours à la césarienne qui est gratuite. Notre hypothèse est soutenue par le fait qu'il y'avait une relation statistiquement significative entre la présentation et la voie d'accouchement avec $Khi^2 = 6,940$ $P=0,03$.

✓ **La coloration du liquide amniotique:**

Les parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair à la rupture de la poche des eaux ont représenté 88,6% de cas. Ce taux est légèrement inférieur à celui de CH.KOME [24] qui était de 90%.

✓ **La progression du travail:** Plus de 76,4% des parturientes de notre étude ont accouché avant la ligne d'alerte et 11,4% à droite de la ligne d'alerte, alors que ces taux étaient respectivement de 90% et 0,4% dans l'étude de CH.KOME [24].

✓ **Le score d'Apgar:**

Plus de 70,5% de nos nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8. Le score d'Apgar inférieur ou égal 7 a représenté 17,3% des cas. Ce taux est supérieur à celui de BAMBA.M [32] (6,1%) au CSRéf de la CV en 1998 ; mais il est de loin inférieur à celui de DEMBELE.D [30] qui a trouvé 56,6% des cas au CSRéf de la CII en 2002.

✓ **La durée du travail:**

Plus de 90,9% de nos parturientes ont fait moins de 14 heures de travail, information non disponible dans 90% des cas. En relation avec le score d'Apgar, on a remarqué que plus le travail d'accouchement a duré plus le score d'Apgar était mauvais avec $Khi^2 = 6,640$ $P=0,01$.

Une des raisons fondamentales de l'utilisation du partographe est d'apprécier la durée du travail qui est un facteur déterminant dans le pronostic fœto-maternel de l'accouchement. En effet, plus le travail dure plus le pronostic de l'accouchement est mauvais.

Pronostic néonatal:

Les nouveaux nés au décours de l'utilisation du partographe avaient un état à la naissance généralement satisfaisant. Notre taux de mortalité néonatale est de 12,7% des cas. Il est supérieur à ceux de BAMBA M. [15] au CSRéf de la CV en 1998 ; et DEMBELE D. [30] au CSRéf de la CII en 2002. Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 comme défini par DAILLAND et TRAZIER cité par BERTHE.Y [34]. Un nouveau-né ayant un score d'APGAR ≥ 8 est dit vigoureux. Ce taux élevé pourra s'expliquer par le retard de la référence entre les CSCOM et le CSRéf, ainsi que la mauvaise utilisation du partographe.

✓ **Le pronostic maternel:**

Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude contrairement à celle de KANTE.M [35] qui a trouvé 0,4% des cas dans les maternités publiques à Bamako en 1999. Certains auteurs comme : Huss et collaborateurs [36.] à Nice rapportaient 32,9 pour 100000 naissances vivantes; par contre d'autres comme BAMBA.M [32] en 1998 au CSRéf de la CV; et M.K Bohoumou et col. [37] en Côte d'ivoire en 1998 avaient trouvé respectivement 131 et 224,38 pour 100000 naissances vivantes.

3) Utilisation du partographe:

Le partographe a été utilisé avec une fréquence de 100%. Cette fréquence est plus élevée que celle trouvée par SANOGO.A [38.] lors d'une étude réalisée dans la commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partographe et KONE M. [38] qui a rapporté un taux de 48% dans le CSCOM de Garantibougou en 2007. Cette disparité dans l'utilisation du partographe dans nos différents centres pourrait s'expliquer d'une part par la qualification des agents impliqués dans les accouchements et d'autre part par leur effectif qui varie d'une structure à une autre. En effet, dans les centres où le taux d'utilisation du partographe a atteint 100%, nous avons plus de sages-femmes et médecins que d'infirmières obstétriciennes. Notre taux de partographe incorrectement rempli (95,5%) est supérieur à celui de KANTE.M [35] qui a trouvé 16,85 % pour 712 partogrammes remplis dans les maternités publiques à Bamako en 1999 et à celui de BATUNGWA- NAYO. C et COLL [39] qui ont trouvé 13 % à la maternité de Kabgayi au Rwanda en 1995.

4) Connaissance et attitudes des prestataires :

Pour comprendre les raisons de ce mauvais remplissage, nous avons administré un questionnaire à 30 sages-femmes qui ont évoqué les raisons suivantes :

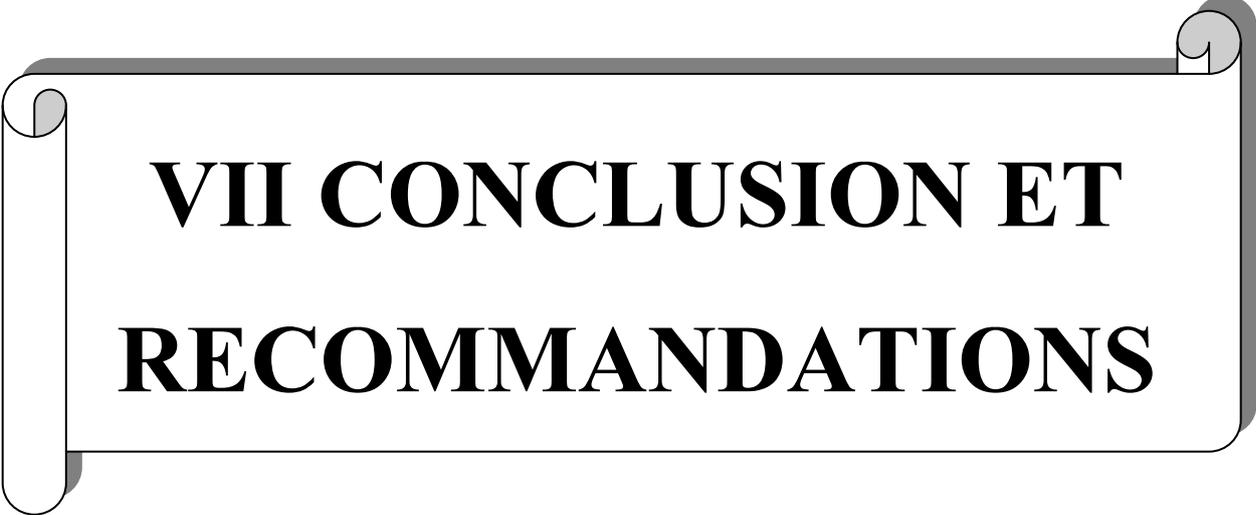
DAOUDA SAMAKE

- ✓ L'existence de trop de supports à remplir
- ✓ Un nombre élevé de parturientes à suivre en même temps
- ✓ Un nombre insuffisant de sages-femmes de garde
- ✓ La simple négligence
- ✓ Un manque de surveillance de la qualité de remplissage des partogrammes par les gynécologues-obstétriciens.

En effet, même si 100% des sages-femmes interrogés affirment être formés sur l'utilisation du partographe (dont 53,33% en atelier) 70% oublient de remplir le partographe par négligence. Par rapport aux difficultés liées au remplissage du partographe lors de la conduite du travail d'accouchement, 50% évoquent le nombre élevé de supports à remplir et 43,33% le nombre élevé de parturientes.

Comme proposition d'amélioration, elles suggèrent :

- ✓ La surveillance rigoureuse des sages-femmes par les gynécologues-obstétriciens.
- ✓ L'introduction de sanctions pour une prise de conscience des sages-femmes.
- ✓ La mise en place de mesures de motivation.
- ✓ La formation des personnels des centres de santé communautaire pour la référence à temps des parturientes.
- ✓ L'augmentation du nombre de sages-femmes par garde.



**VII CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1) conclusion

Nous avons réalisés une étude transversale sur l'utilisation du partographe chez 220 parturientes dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako sur la période allant du 1er au 31 janvier 2016. Ainsi, nous avons noté que le taux d'utilisation du partographe était de 100%. Les principales insuffisances dans l'utilisation du partographe étaient que les partographes étaient incorrectement remplis (95,5%) des cas. Certaines données (antécédents obstétricaux, premier examen à l'admission, la fréquence des BCF, durée du travail, type de délivrance, issue du nouveau-né et la surveillance du post-partum) ont été le plus souvent incorrectement rapportées sur les partographes. Concernant les nouveau-nés nous avons enregistré 192 vivants soit 87,3% des cas, 28 morts nés frais soit 12,7% des cas. L'amélioration de la qualité du remplissage du partographe gage de l'amélioration du pronostic maternel et fœtal, passe par le remplissage à bon escient de cet outil.

La sensibilisation, la formation, et le suivi des agents quant à l'intérêt du partographe peuvent contribuer à sa meilleure utilisation.

2) RECOMMANDATIONS:

Aux autorités du CSRéf :

- ✓ Réorganiser la rotation des équipes de garde de la maternité en tenant compte de la charge du travail.
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partographe et en gynéco-obstétrique.
- ✓ Trouver un système de motivation des prestataires performants comme une possibilité de bourse d'étude ou de stages.
- ✓ Faire une mise à niveau des agents des centres de santé communautaire et du CSRéf sur les soins au cours des accouchements y compris l'utilisation correcte du partographe.

Aux prestataires de services de santé:

- ✓ Etablir un partogramme pour chaque parturiente dès l'admission.
- ✓ Remplir correctement et complètement le partographe.
- ✓ Tenir correctement les dossiers obstétricaux.
- ✓ Faire une présentation quotidienne des partographes au staff du CSRéf.

A la population:

- ✓ Suivre le calendrier de la consultation prénatale de façon régulière.
- ✓ Se rendre au centre de santé le plus proche dès les premiers signes du travail d'accouchement.



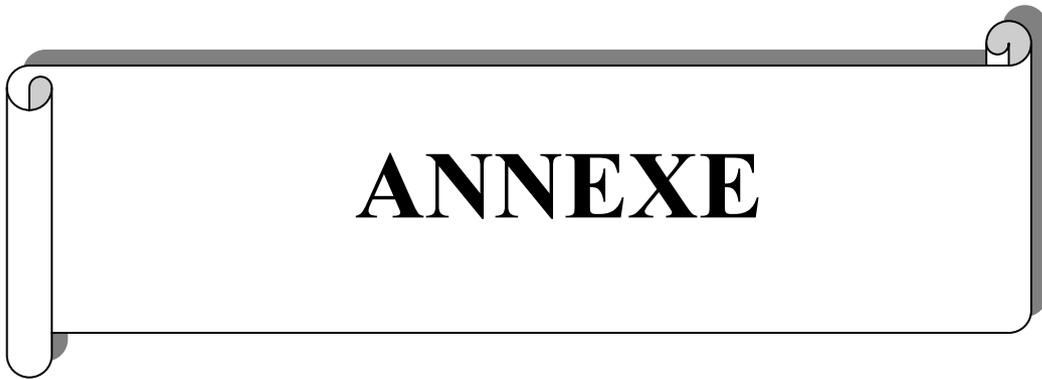
REFERENCES

REFERENCES:

- 1. Philpott RH, Castle WM.** Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. J Obstet. Gynecol. 1972; 79: p.599-602.
- 2.OMS /lasante maternelle :** www.who.int/features/factfiles/maternelle
- 3. O 'Driscoll K, Meagher D.** Duration of labour. In Active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986. p. 20-3.
- 4. Stéphane Sain**
t-Leger: Le partogramme principes et méthodes (en ligne) « [http:// documentation.ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html](http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html) (consulté le 22/12/05).
- 5. OMS :** Mortalité maternelle. (En ligne) «[http// www. Unicef. Org//french/special session/about/sgreport-pdf/09_ maternal mortality- D 7341 Inser_ french.Pdf](http://www.Unicef.Org/french/specialsession/about/sgreport-pdf/09_maternal_mortality-D_7341_Inser_french.Pdf) » (consulté le 14/08/2006)
- 6. Colle SeckAwa.** Femme et programme de Santé en Afrique, adsp. N° 30 mars 2000 ; p.51-52.
- 7. Unicef 2001.** Mortalities maternally. (En ligne) « [http//www. Unicef.org/ French/special session/about/ sgreport-pdf/09_ D7341 Insert_ French.pdf](http://www.Unicef.org/French/specialsession/about/sgreport-pdf/09_D7341_Insert_French.pdf)» (consulted le 14/08/05).
- 8. Unicef.** Le progrès des Nations New York 1995.
- 9. Toure H.** Etude critique de 220 cas de fistule vésico-vaginale. Bilan d'activité du projet fistule vésico-vaginale initié par médecin du monde et le service d'urologie de l'hôpital national du Point G Thèse Med Bamako 1995.
- 10. Marie-Hélène et Bouvier-colle.** Mortalité maternelle : la honte de notre époque, le défi des années à venir. Adsp. Mars 2000 vol n° 30, p 52-53.
- 11. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.** Enquête démographique et de santé – (EDS) – Mali – 2001.
- 12. Base documentaire Ledamed.** Mortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest. (En ligne) «[http://documentation.ledamed.org/print.php3 ?i d'article=10928](http://documentation.ledamed.org/print.php3?i_d'article=10928) (consulté le 11/30/2005).
- 13 Avetingmaternel.Death and disability program.**
Manuel d'utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de servicesobstétricaux d'urgence.AMDD 2003 P.36.
- 14. Azanddegbé N., Jean T., MakoutodéM.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin.Cahier Santé 2004;14:251-5: p.251-252
- 15. Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G.** Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and lab our. Am J ObstatGynecol 1970; 106: p.1065-82.

16. **OMS** : Mortalité maternelle. (En ligne) «[http:// www. Unicef. Org//french/special session/about/sgreport-pdf/09_ maternal mortality- D 7341 Inser_ french.Pdf](http://www.unicef.org/french/special_session/about/sgreport-pdf/09_maternal_mortality-D_7341_Inser_french.Pdf) » (consulté le 14 /08/2006.)
17. **Lacommé M.** L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale. Paris : Masson ;1960. p. 202-7.
18. **Friedman Ea.** The graphic analysis of labor. Am J ObstetGynecol 1954; 68:p.1568-75.
19. **OMS.** Programme Santé Maternelle et Maternité Sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.8.
20. **Stephane Saint-Leger.** Le partogramme : principes et méthodes (en ligne) « [http:// documentation.Ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html](http://documentation.Ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html) (consulté le 22/12/05).
21. **Lewin D., Sadoul G., Beuret T. H, et al.** «La mesure objective et continue de la dilatation du col ; description et premier résultat» J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1978, 7, 63-71.
22. **O 'Driscoll K, Meagher D.** Duration of labour. In Active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986.
23. **OMS. Programme Santé Maternelle et Maternité Sans risque. Division de la santé familiale.** La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.8
24. **CH KOME.** Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS de la commune II du district de Bamako. The semed 2015.
25. **Lindgren L.** "The influence of uterine motility upon cervical dilatation in labor "Am. J. Obstet. Gynécol. 197, 117 -530-536.
26. **TOURE.O** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso Thèse Med Bamako 2009, n°126.
38. **SANOGO A.** Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du district de Bamako.
27. **CAMARA S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2007, n°235
28. **BAGAYOKO.Y K** : Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako Thèse de Med Bamako 2009, n°251
29. **Cellule de Planification et de Statistique (CPS)** : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de santé – (EDS IV) – Mali – 1996. Mortalité maternelle. p 183.

30. **DEMBELE D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF CII de BKO. Thèse de Med.BKO.2002 ; 70 ; 158
31. **TOGO I:** Evaluation du partogramme au centre de référence de la commune V du district de BAMAKO.
Thèse de Med. BKO 2006. 63 p. 95
32. **BAMBA M :** Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas. Thèse de Med 1998, n°52.
33. **Stéphane Saint-Leger.** Le partogramme: principe et méthodes (en ligne) « <http://ledamed.org/IMG/html.10889.html>.
documentation.
34. **Dr Seydou Z DAO :** Cours CES 2005 ; Bamako ; Mali
35. **KANTE M.** Etude clinique et épidémiologie de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse de Med., Bamako 1999. 62p. 75.
36. **HUSSM; BONGAIN A; BERTRANDY M; HOFMAN P; GRIMAUD D, GILLET JT.** Mortalité maternelle à Nice : résultats de type « RAMOS » à partir des registres de décès du Centre Hospitalier Universitaire de Nice 1986-1993.
37. **M.K BOHOUMOU ET COLL.** Mortalité maternelle à Abidjan ; Thèse de Médecine Abidjan 1998.
38. **KONE M.** Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou. Thèse de Med Bamako 2007, n°188
39. **Batungwanayo.C; Dujardin .B; Questaux.G; Dusabemaria. B.** Résultat de l'introduction du partogramme à l'Hôpital de Kabgayi (Rwanda) Médecine d'Afrique Noire 1995 pp 628-635.



FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: SAMAKE

Prénom: Daouda

Titre de la thèse: Evaluation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Ville de soutenance: Bamako

Année universitaire: 2015-2016

Pays de soutenance: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt: Gynécologie- obstétrique et Santé publique.

Résumé: Nous avons réalisés une étude transversale sur l'évaluation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, s'étendant du 1^{er} au 31 janvier 2016. Elle a porté sur 220 fiches de partogramme.

Le partographe considéré comme correctement rempli a représenté 4,5%.

Notre taux de mortalité néonatale est de 12,8% des cas.

Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude.

Mots-clés: **Accouchement, partographe, partogramme et pronostic fœto-maternel**

Summary: We carried out a cross-sectional study on the evaluation of the use of the partograph in the referral health center of commune VI of the district of Bamako, from January 1 to 31 2016. It covered 220 records of partograph.

The partograph considered correctly filled accounted for 4.5%.

Our neonatal mortality rate was 12.8% of cases.

No maternal deaths were reported during our study.

Keywords: **Childbirth, Partograph, and Fetal-Maternal Prognosis**

FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche :

I. IDENTIFICATION :

A. Agent de sante

Q1 Profil du prestataire ayant tenu le partographe :

1 : Médecin 2 : Interne 3 : Sage-femme

4° Infirmière

5 : Autre : à préciser.....

Statut : employé, stagiaire, bénévole

B. Parturiente

Q2 Age de la parturiente :.....ans

Q3 Profession de la Parturiente :

Q4 Adresse :.....

Q5 Antécédents obstétricaux :

1 : Parité :..... 2 : Gestité :.....

3 : Vivant :..... 4 Décédé.....

5 : Avorté 6 : IIG :.....

Q6 Statut matrimonial :

1 : mariée 2 : Célibataire

3 : Divorcée 4 : Veuve

Q7 Si mariée a-t- elle un lien de parenté avec son mari :

1 : Oui 2 : Non

Q8 Si Oui précisé :.....

Q9 Facteurs de risque notés sur le partographe :

1 : Antécédent de césarienne 2 : HTA 3 : Diabète

4 : Autre à préciser.....

Q10 Taille : cm

Q11 Hauteur utérine en cm :

Q12 Possession d'un carnet de suivi de la grossesse :

1 : Oui 2 : Non

Q13 Nombre CPN :.....

DAOUDA SAMAKE

Q14 Utilisation de Moustiquaire imprégné d'insecticide par la parturiente :

1 : Oui 2 : Non

Q15 Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine (TPI) par la parturiente :

1 : Oui 2 : Non

Si oui nombre de prise.....

Q16 Pathologies survenues au cours de la grossesse

1 : Paludisme 2 : Infection urinaire 3 : HTA

4 : Diabète 5 : Autres

Survenue de MAP : 1 : oui 2 : Non

II. ADMISSION

Q17 Mode d'admission :

1 : Venue d'elle-même 2 : Référée

Q18 Si référée, a-t-elle un partographe

1 : Oui 2 : Non

Q19 Centre référant :

Q20 Motif de référence :

1 : Hémorragie au cours du travail 2 : Disproportion

foeto-pelvienne

3 : Dilatation stationnaire 4 : souffrance fœtale aiguë

5 : Eclampsie 6 : Syndrome de pré-rupture ou de rupture utérine 7 : Phase expulsive

sup à 45mm

8 : Autres

Q21 Référence :

1 : A la phase de latence

2 : A droite de la ligne

d'alerte

3 : Atteinte de la ligne d'action

4 : A droite de la ligne

d'action

Q22 Motif d'admission si venue d'elle-même :

1 : CUD sur grossesse 2 : RPM

3 : Autre

Q23 Début de remplissage du partographe :

1 : Dès l'admission 2 : En cours 3 : En fin de l'accouchement

Q24 Paramètre fœtaux notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non

Q25 Respect des périodes de l'examen au cours du travail

-Examen fait à la phase de latence :

1 : Toutes les 2 heures 2 : Autre périodicité

-Examen fait à la phase active :

1 : Toutes les heures 2 : Plus d'une heure

Q26 Respect de l'heure de prise de décision :

1 : Précoce : 2 : A temps 3 : Tardive :

Q27 Nature de la présentation

1 : Céphalique 2 : Siège 3 : Transverse

4 : Autres

Q28 Niveau de la présentation

1 : Engagée 2 : Non engagée

Q29 Fréquence des BDCF (bats/mn) :.....

Q30 Couleur du liquide amniotique

1 : Clair 2 : Teinté jaune 3 : Teinté de méconium

Q31 Paramètres maternels notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non:

Q32 Durée du travail en heure:.....

Q33 Accouchée référée

1 : Oui 2 : Non

Q34 Motif de référence

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Déchirure des parties molles

3 : H.T.A ($\geq 14/9$) 5 : Autre à préciser.....

Q35 Issue maternelle

1 : Vivante 2 : D C D

Q36 Cause du décès maternel

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Infection du post-partum

DAOUDA SAMAKE

3 : Autres à préciser.....

Q37 Apgar du nouveau-né : à la 1^{ère} minute.....à la 5^{ème} minute.....

Q38 Poids en g :.....

Q39 Taille du nouveau -né en cm :

Q40 Enfant référé :

1 : Oui 2 : Non

Q41 Raison de la référence :

1 : Prématuré 2 : Hypotrophie 3 : Détresse respiratoire

4 : Autres

Q42 Devenir de l'enfant :

1 : Vivant 2 : Mort-né 3 : Décès néonatal

Q43 Cause du décès :

1 : Souffrance fœtale 2 : Grande prématurité 3 : Infection néonatal

4 : Autres

Q44 Si mort-né

1 : Frais 2 : Macéré

III. IDENTIFICATION :

Q1 PRESTATAIRE :

1 : Médecin

2 : Interne

3 : Sage-femme

4 : Infirmière

5 : Autre : à préciser.....

Q2 STATUT PROFESSIONNEL :

1 : Personnel permanent

2 : bénévole

3 : Interne

4 : stagiaire

Q3 NOMBRE D'ANNEE DE SERVICE :

1: moins d'un an

2 : 1à5 ans

3 : supérieur à 5 ans

IV. LE PARTOGRAPHE :

Q4 DEFINITION DU PARTOGRAPHE :

Q5 FORMATION REÇU SUR LE PARTOGRAPGE :

DAOUDA SAMAKE

1 : Oui 2 : Non

Si oui quel type de formation :

- 1- Atelier de formation en salle
- 2- Staff
- 3- Formation lors d'une supervision
- 4- Formation à la tâche par les aînés

Q6 But du partographe :

1 : suivi gynécologique 2 : surveillance du travail d'accouchement 3 : Autre à préciser

Q7 Condition d'utilisation du partographe :

1 : vers la fin de la grossesse 2 : Dés contact avec la femme en travail 3 : A la fin de l'accouchement

Q8 A quelle dilatation du col utérin ouvrir le partographe ?

1 : Inférieur à 3 cm 2 : A 4cm 3: Supérieur à 4 cm

Autre :(préciser).....

Q9 : Avez-vous oublié d'ouvrir un partographe au temps opportun lors de votre dernière garde oui non

Si oui

10-Quel était le statut obstétrical de la femme

Primipare

Multipare

Grande multipare

Q11- Quelles sont les facteurs pouvant favoriser l'oubli du remplissage du partographe

- 1. Négligence
- 2. Nombre insuffisant de sage-femme par garde
- 3. Nombre de femme en travail

DAOUDA SAMAKE

4. L'heure d'arrivée de la femme à la maternité (exemple :
femme arrivant au-delà minuit)
5. Autre (à préciser)

III- Conditions de travail des prestataires

Q12- Disponibilité du partographe :

1. Permanent
2. Rupture rares
3. Rupture fréquente
4. Rupture très fréquente

Q13 : Accès au partographe

1. Facile
2. Assez difficile
3. Très difficile

Q14 -Disponibilité des autres équipements : quels matériels est (sont) le plus souvent non disponible(s) dans la salle d'accouchement

1. Tensiomètre
- 2.
3. Stéthoscope de Pinard
4. Gants
5. Savon
6. Allaises
7. Eau javellisées
8. Autres.....

Q15- Quelles sont les 3 difficultés majeures pour conduire un travail d'accouchement dans cette maternité ?

- 1
- 2.....
- 3.....

DAOUDA SAMAKE

Q16- Quelle(s) suggestion(s) vous avez pour améliorer l'utilisation du partographe dans cette maternité ?

.....

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux être connaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. **Je le jure.**