

Ministère de l'enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)



Année universitaire 2016-2017

Thèse N° :/.....

**Evaluation de l'utilisation du
partogramme au Centre de Santé de
Référence de KATI**

Thèse présentée et soutenue publiquement le .../.../2017 devant
la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

M. Simbo COULIBALY

En vue de l'obtention du grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Membres du jury

Président : Pr SY Assitan SOW
Membre : Dr Abdramane DIABATE
Codirecteur : Dr Konimba KONE
Directeur : Pr Moustapha TOURE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS



DEDICACE

Je dédie ce travail

❖ A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

❖ Au prophète Mohamed paix et salut sur lui(PSSL), sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas

❖ A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la propriété puissent te couvrir. Puisse le MALI rester uni à jamais (LE MALI UN ET INDIVISIBLE).

❖ A mon père : NOUMORI COULIBALY

Père grâce au tout puissant et à ta détermination nous voilà au terme de ce travail. Tu as été un exemple pour moi et tu continues de me guider ; il n'existe point de mot pour te dire merci.

Tes infatigables conseils ont porté fruit. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour, sans toi, nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil.

Sois assuré de ma profonde reconnaissance et mon profond amour.

❖ A ma feuie mère : ASSETOU DIAKITE

Tu as été une Femme soumise, courageuse, et combative.

Après nous avoir donné naissance, vous nous avez aimé, éduqué et dorloté, tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Vous nous avez appris à rester unis comme un seul homme. Comme le dit ce proverbe « Unissez-vous comme un fagot et il sera difficile de vous briser, mais pris séparément vous serez faciles à écraser ».

Que ton âme repose en paix, Mère.

- ❖ A mes Tonton :Adama Nomoko, Mari Nomoko, Zoumana Toure, Samaké
Vous avez été toujours à mes cotés. Votre soutien affectif et moral ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre.
- ❖ A mes frères et sœurs : Aissata, feu Madou, Drissa ,et Aminata
J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

REMERCIEMENTS

- ❖ A tous mes maîtres de l'école fondamentale de Koulouba.
- ❖ Aux maîtres du lycée Askia Mohamed de Bamako.
- ❖ Aux professeurs de la FMOS.
- ❖ Aux Dr. Koné Abou, Dr. Dao Daouda, Dr Zakaria ,Vous avez été des grand-frères pour moi et surtout mes premiers enseignants tant sur le plan théorique que pratique. Vous êtes pour moi une source d'inspiration.
- ❖ Vous m'avez appris les soins infirmier de base d'une bonne pratique médicale. C'est un honneur pour moi d'avoir été votre élève. Puisse DIEU vous donner longue vie.
- ❖ A mes amis :Sékou, Oumar, Modibo, Amadou...etc.
- ❖ Je n'oublierais jamais notre amitié qui date de long temps. Difficile d'imaginer à l'époque que nous resterons amis jusqu'à maintenant.
- ❖ Aux aînés médecins : Ilias Guindo, Luc Sidibé, Kibili D Kanouté, Moussa Coulibaly, Adama Sidibé, Mory Bengaly, Mamadou Diakité, Seydou Doumbia, Cheick Tounkara, Bintou et Cheick Samaké, Daouda Coulibaly
- ❖ Merci pour vos conseils et encouragements.
- ❖ Aux collègues internes : Ahmadou H Cissé, Mamadou Ongoïba, Alfousseyni Koné, Moussa Traoré, Koniba Diakité,
- ❖ Pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche
- ❖ Aux frères cadets du CS Réf : Modi Sissoko, Térédjou Fatou Sanogo, Ibrahima Sangaré, Moussa Diarra, Youssouf Bamadio: merci pour le soutien et le respect.
- ❖ A l'association Santé plus de Kati
- ❖ Aux Sages-femmes, Infirmières et Matrones de la maternité du CS Réf de Kati, pour votre collaboration et votre constante disponibilité.
- ❖ Aux amis : Souleymane Sanogo, Joseph Traoré ,Eli ,Adama ...et tous les autres.

- ❖ Merci pour l'encouragement.
- ❖ Aux personnels de la clinique médicale <<BABA FATY>> merci pour la collaboration.
- ❖ Aux personnels du CS Réf de Kati
- ❖ Aux personnels du CSCOM de KBA
- ❖ A toute la 7^e promotion du Numerus clausus <<Promotion du Feu Pr. Alou Bah >>
- ❖ A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant la vie.
- ❖ A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.
- ❖ A tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury :

Professeur Sy Assitan SOW

- **Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie ;**
- **Ancienne présidente de la SOMAGO ;**
- **Chevalier de l'ordre national du MALI**

Cher Maître,

En acceptant d'encadrer cette thèse, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Mes sincères remerciements pour votre extrême courtoisie, votre aide, vous êtes bienveillante, aimable.

Je vous remercie pour l'enseignement, votre gentillesse, votre disponibilité et les conseils que vous nous avez prodigués.

A notre Maître et Juge :

Docteur Abdramane DIABATE

- **Gynécologue obstétricien ;**
- **Chef de service du gyneco-obstetrique au CS Réf de Dioila.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Codirecteur :

Docteur Konimba KONE

- **Gynécologue obstétricien ;**
- **Ancien Chef de service de gynécologie obstétrique du CS Réf de Kati.**
- **Praticien au service de gynécologie obstétrique du CHU-Point G.**

Cher Maitre,

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous d'être un de vos élèves.

En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et Directeur de Thèse :

Professeur Moustapha TOURE

.

- **Chef de service de gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du MALI.**
- **Maître de conférences à la FMOS.**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF
OMS/Genève.**
- **Secrétaire Général de l'union Professionnelle Internationale des
Gynécologues Obstétriciens(UPIGO)**
- **Officier de l'ordre national du MALI.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Cm : Centimètre

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle

DV : Dépôt de Vente

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

g : Gramme

HNPG : Hôpital National du Point G.

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSC : Plan de Développement de la Santé des Communes

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planning Familial

PTME : Protection de la Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

SA : Semaine d'Aménorrhée

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

\geq : Supérieur ou égal

\leq : Inférieur ou égal

% : Pourcentage

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	
OBJECTIFS.....	
GENERALITES.....	
METHODOLOGIE.....	
RESULTATS.....	
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	

I-INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le partogramme est l'enregistrement graphique, méthodique et synthétique de la progression du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus [1]. Ce document dont l'utilisation est généralisée depuis les années 70 émane en particulier les travaux d'E - A Friedman sur la physiologie du travail [2]. Son contenu s'est enrichi au cours de l'évolution des techniques médicales et thérapeutiques. 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 (semaine d'aménorrhée) [3]. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^e S.A (259j) et la fin de la 42^e S.A (294j) est dit à terme [4]. L'accouchement comme la grossesse sont des moments particuliers de la vie qui comportent un risque évident malgré la révolution qu'ont connue les soins de santé [5]. Le partogramme permet d'identifier précocement les anomalies du travail, il facilite la prise de décision et la communication entre les professionnels, il améliore la prise en charge de la mère et du fœtus. En effet dans les pays en voie de développement, l'OMS et la banque mondiale ont élaboré une série de mesure sous forme d'un programme de maternité sécuritaire dont l'une des recommandations est « enseignement d'un programme simplifié afin de reconnaître le travail dystocique et prolongé, basé sur le partogramme de Philpott » [6]. Selon l'OMS [7] en 2015 « Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. ». Selon l'UNICEF [8] on enregistre chaque année pas moins de 80.000 cas de fistules (c'est à dire une déchirure dans le vagin créant un passage vers la vessie ou le rectum) rendant la femme incontinente et 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.

Keita JBM [9] a rapporté que la souffrance fœtale aiguë est la première cause de décès périnataux avec 43,5% lors d'une étude dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du point G. A la maternité de l'hôpital Gabriel Toure ; N'Diaye B [10] a trouvé 40,88% de taux de mortinatalité. 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. [11] en 1995 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 notamment de mauvaises qualités de remplissage ; des interruptions et même des abandons. La bonne utilisation du partogramme permet une meilleure prise-en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement. Par contre, sa mauvaise utilisation peut entraîner des complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales la mort fœtale ; éclampsie, fistules vésico-vaginales, hémorragies du post-partum, rupture utérine 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. Ainsi il nous a semblé nécessaire de faire une analyse sur le partogramme afin d'apprécier la qualité de l'utilisation de cet instrument de surveillance du travail au CSREF DE KATI.

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

- Evaluer l'utilisation du partogramme dans la maternité du service de gynécologie-obstétrique du CSREF de Kati.

Objectif spécifiques :

- Apprécier la qualité de remplissage du partogramme ;
- Analyser les difficultés liées à l'utilisation du partogramme ;
- Déterminer la sensibilité et la valeur prédictive des lignes d'alerte et d'action ;
- Apprécier le mode de référence lié au partogramme ;
- Etudier le pronostic materno-fœtal.

III. GENERALITES

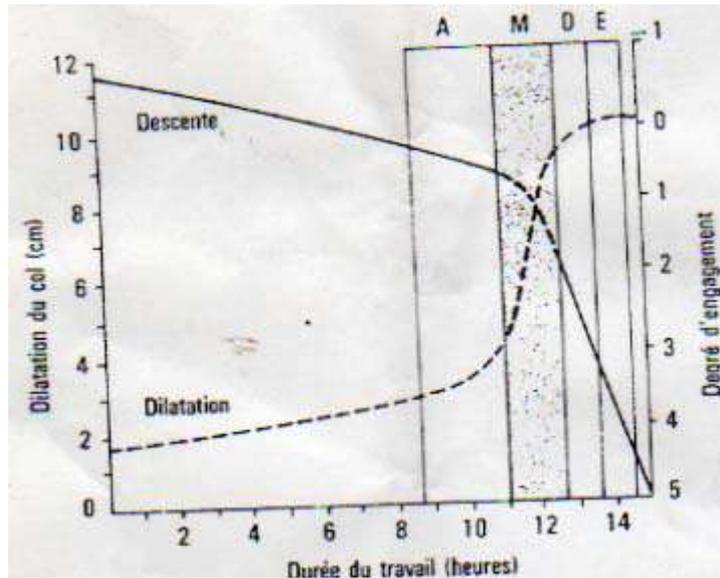
GENERALITES

Définition : Selon l'OMS le partogramme est l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus [12].

2-HISTORIQUE

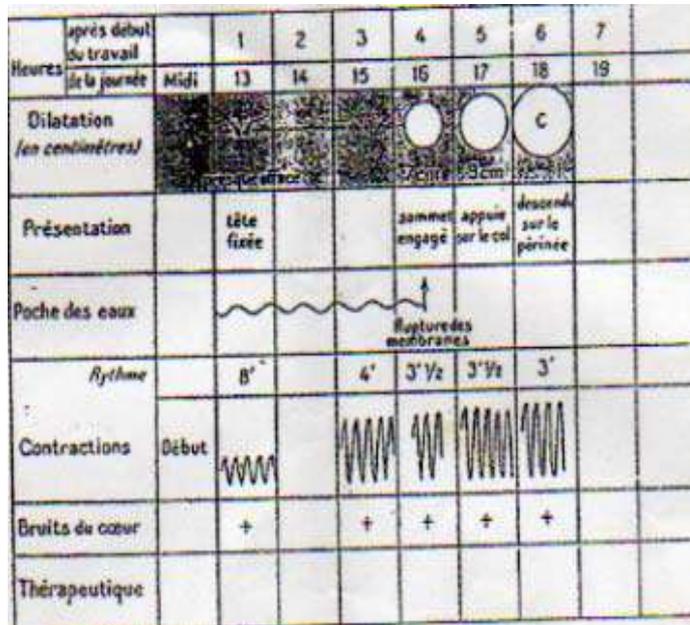
2.1- Historique du partogramme dans le monde : L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de **Friedman** en 1954. **Friedman** souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple objective et reproductible. Il a choisi d'étudier les modifications de la dilatation du col utérin chez une centaine de primipares. Il confirmera le résultat de ses travaux par l'étude statistique des durées de travail à partir de 10.000 dossiers. Il 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 sa dilatation jusqu'à 3cm. 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 plus ou moins 3 heures pour une primipare et 2h30 + ou - 1h30 pour une multipare. Cette phase active se divise en deux périodes : une phase d'accélération où la vitesse de dilatation est maximale ; et une phase de décélération ou d'inertie qui précède la dilatation complète. L'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement constatée par **Hendicks et all**. Ces différentes phases sont objectivées par une courbe d'allure selon la durée du travail (en heure)

Figure 1: Les différents temps du travail d'après **Friedman**.



Cette courbe appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme. Lancome en 1960 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 des modifications observées lors des examens successifs.

Figure 2 : Diagramme de Lancome



Philpott [13 ;14] en Rhodésie en 1972 cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées aux personnels peu nombreux et plus ou moins qualifiés des centres maternels de santé.

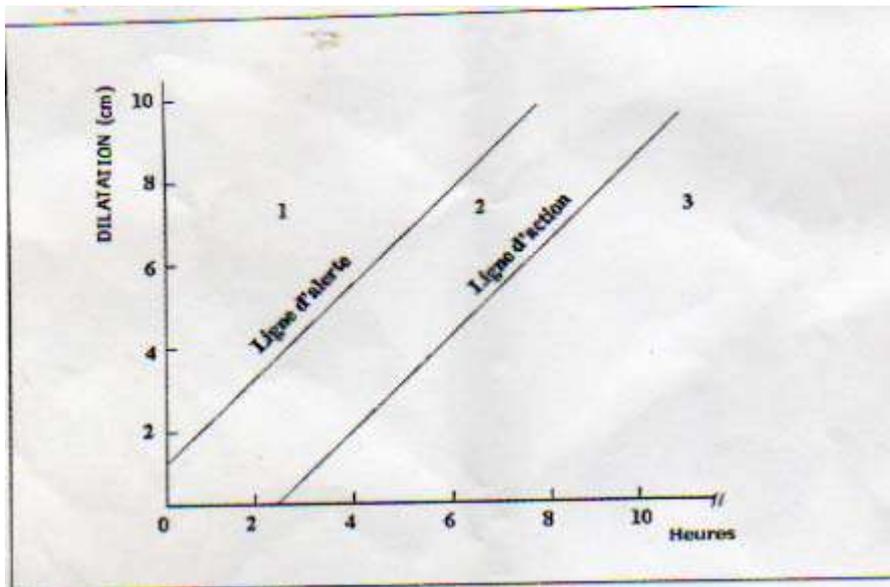
Son objectif est de dépister les disproportions fœtaux-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde.

Elle est principalement constituée de deux lignes croissantes.

La première appelée ligne de dilatation cervicale d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail et de les faire réagir.

La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la première mais décalée de 4heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate.

Figure 3 : Partogramme à deux lignes pour primipare d'après Philpott



Ces travaux de **Philpott** ont largement inspiré l'OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle et ont également limité de multiples études (fig.4). Ce modèle de partogramme est aujourd'hui répandu dans les pays du tiers monde.

Figure 4 : Partogramme selon l'OMS

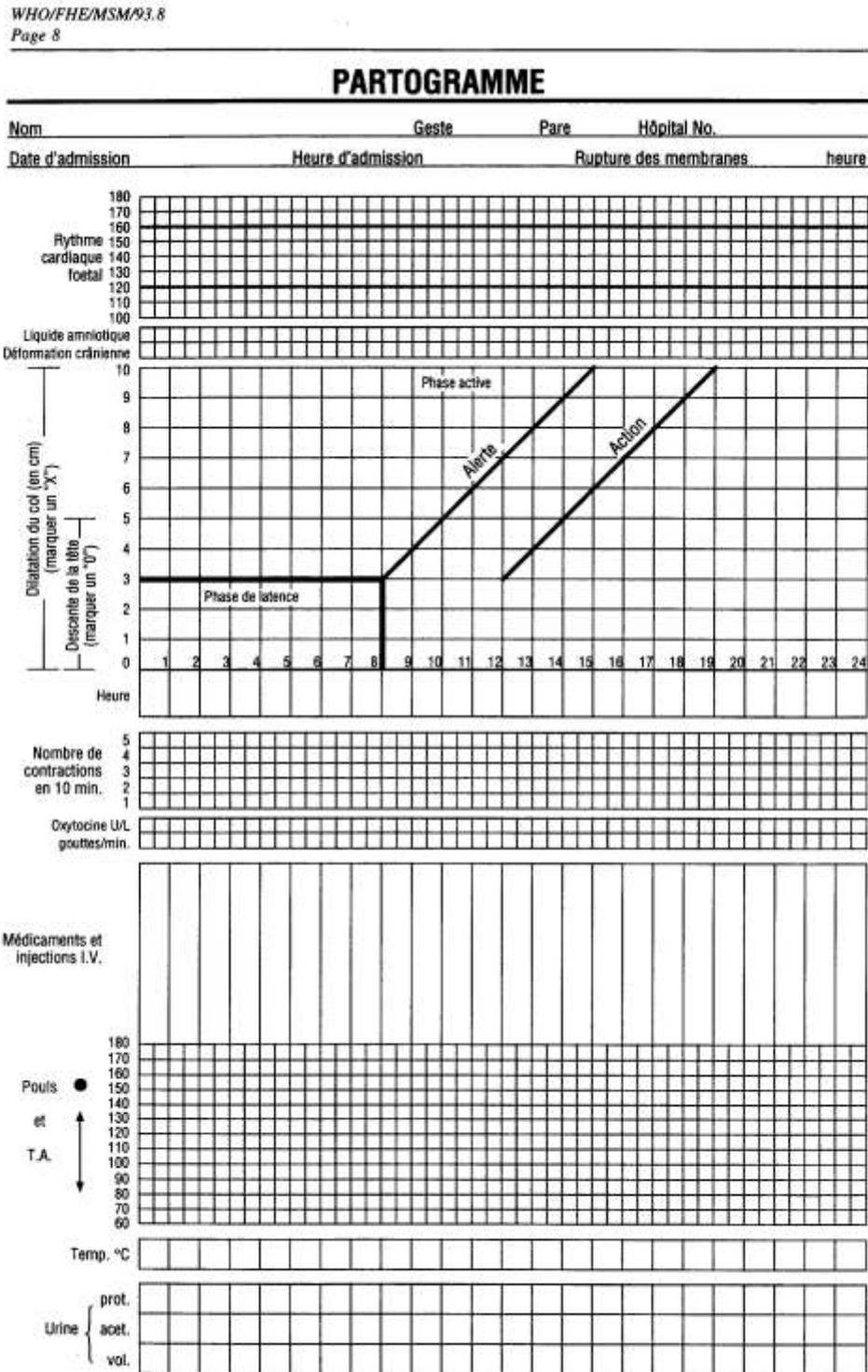


Figure 1.2

LE PARTOGRAMME :

2. 2- Historique du partogramme 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. Pendant des 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 mise en route à la maternité du quartier Mali en collaboration avec l'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 DSFC a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux 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.

Après quelques années d'utilisation, les résultats n'étaient pas à la hauteur des expériences. Le principal problème résidait au niveau des évacuations tardives. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfectionnement du partogramme. Une révision des outils de travail s'impose donc. La maternité du centre de santé de référence de la commune V (CSRéf. CV) a été retenue comme site d'étude car elle bénéficiait de la présence d'un gynéco obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autre part des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur les accouchements de 24 heures.

Un tel contexte permettait d'envisager la mise au point d'un système de référence complet après l'élaboration d'un support adapté de suivi de l'accouchement. Au cours de ces travaux, le partogramme a subi de nombreuses transformations qui le rendirent beaucoup plus simple. Ces transformations aboutissent au partogramme actuel

Lors de ce travail la participation des sages femmes a été active de même que la collaboration de la DRS et l'avis de plusieurs organismes ressources de projet de la Maternité sans risque (ESS et UNICEF).

2.3- Différence entre les deux partogrammes :

Le partogramme que nous utilisons au Mali est beaucoup plus facile à utiliser et contient également plus de renseignements sur la parturiente le fœtus et le nouveau-né que celui de l'OMS.

Tension artérielle.

Le partogramme de l'OMS contient douze lignes de carreaux ne pouvant contenir que des chiffres tensionnels allant de cent vingt à cent quatre vingt ; celui du Mali prévoit une seule colonne dans laquelle on mentionne les chiffres tensionnels trouvés par heure.

Bruit du cœur fœtal.

Concernant le contrôle du rythme cardiaque fœtal, le partogramme du Mali présente une seule ligne de carreaux où l'on peut mettre tous les chiffres. Le partogramme de l'OMS, par contre compte huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que des bruits du cœur fœtal allant de cent à cent quatre vingt.

Toucher vaginal.

Le Partogramme de l'OMS préconise un toucher vaginal toutes les quatre heures dans la phase de latence ; celui du Mali prévoit un toucher vaginal toutes les deux heures.

Identification des parturientes

Dans le partogramme du Mali, il est possible de recueillir des renseignements sur la provenance des parturientes (région ,Préfecture commune), qu'on ne retrouve sur le partogramme de l'OMS.

Risque à l'entrée de la parturiente (en rapport avec la taille ; l'hémorragie ; l'âge de la grossesse ; le type du dernier accouchement ; la présentation du fœtus ; les consultations prénatales).

Dans le Partogramme de l'OMS il n'existe pas un chapitre réservé à ce sujet. Ce chapitre renferme des informations essentielles dans le suivi du travail.

Surveillance après accouchement

Dans le partogramme du Mali un chapitre est réservé à la surveillance du post partum immédiat (saignement, globe de sécurité, température, tension artérielle, pouls), qui n'apparaît pas sur le partogramme de l'OMS.

3- IMPORTANCE DU PARTOGRAMME :

3.1- Document de communication :

De nombreux professionnels interviennent en salle de naissance (Sage femmes, médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmières, étudiants) ; le partogramme témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail est un support de transmission entre ces différents agents.

3.2-Document de décision :

La présentation visuelle des informations cliniques facilite l'analyse de la progression du travail, à tout moment et par tous les membres de l'équipe. Le partogramme permet de vérifier la normalité du travail et de dépister de façon précoce toute anomalie. Le partogramme est un outil de conduite de travail qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale. Plusieurs études ont montré que l'introduction du partogramme dans les pays du tiers monde a été efficace dans la prévention de la prolongation excessive du travail et dans la réduction du nombre d'intervention intempestive. Enfin, en cas d'accouchement dystocique, le partogramme permettra d'établir une conduite à tenir pour un accouchement ultérieur.

3.3- Document médico-légal

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal, et le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale. Bien tenu, les informations qu'il fournit facilitent la compréhension des faits par les experts juridiques. Le partogramme peut être considéré comme

un des moyens de protection et de démonstration, à posteriori, d'un art obstétrical irréprochable.

3.4- Support de référence pour l'enregistrement :

Le caractère pédagogique du partogramme a largement été prouvé par sa contribution au succès des programmes de prévention de mortalité maternelle et infantile de l'OMS. En dehors de ce contexte, le partogramme est aussi un support d'enregistrement pour les étudiants (médecins et sages-femmes).

Au sein d'une équipe, son analyse rétrospective alimente les commentaires et discussions collégiales.

3.5- Support d'évaluation des pratiques des professionnels :

Le partogramme permet d'apprécier la qualité de la prise en charge materno-fœtale. A ce titre, l'évaluation de sa tenue constitue, pour les professionnels la première étape dans une politique d'amélioration de la qualité des soins. L'évaluation de la tenue du partogramme permet d'identifier objectivement les dysfonctionnements et d'envisager des solutions d'amélioration.

4- MODE D'ENREGISTREMENT DU PARTOGRAMME D'UNE PARTURIENTE :

Le partogramme doit comporter :

Le nom et la qualification de l'agent à l'accueil.

L'identité de la parturiente comportant son nom de famille, son âge, son adresse; ses antécédents obstétricaux ; le nom du mari.

La date et l'heure d'entrée; le motif ; la date et l'heure du début de travail

Des informations sur les antécédents et l'état physique de la mère.

Les facteurs de risque (taille; hémorragie; âge de la

Grossesse; le nombre de C P N ; dernier accouchement par

Césarienne ; présentation du fœtus ; l'issue néonatale du dernier enfant).

Les données cliniques comprenant:

L'état général; la température, le pouls, la tension

Artérielle.

L'appréciation de la hauteur utérine.

L'analyse des contractions utérines: sa fréquence, son Intensité.

L'appréciation de la poche des eaux.

La recherche d'autres facteurs de risque.

Une courbe de dilatation du travail (l'horaire de chaque examen est noté Précisément en fonction de la progression du travail.

Le nom de l'accoucheuse .

La date; l'heure; le mode d'accouchement.

Le sexe; le poids et le score d'Apgar de l'enfant.

La surveillance de l'accouchée (saignement, globe de sécurité, Pouls, tension artérielle, la température), et celle du nouveau né.

IV.METHODOLOGIE

1. CADRE D'ÉTUDE:

L'étude s'est déroulée au C S Réf Major Moussa Diakité de Kati.

1.1-Historique du CSREF de Kati :

Autrefois appelé AM (Assistance Médicale) de Kati, qui a eu son apogée grâce au premier infirmier Moussa Diakité, un patriote dévoué à son travail, sa disponibilité et son savoir-faire, a fait de l'AM un lieu fréquenté par la population.

Le CS Réf de Kati a été créé par le décret no 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service de sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu CS Réf de Kati (Centre de Sante de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du **Centre de Santé de Référence Major Moussa Diakité de Kati.**

1.2- Données géographiques :

CS Réf Major Moussa Diakité de Kati:

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6,5 hectares environ.

Il est situé en plein cœur de la ville de Kati à environ 20 mètres du commissariat de police et à environ 100 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-est. Il recouvre 31 aires de santé plus le CS Réf.

Commune urbaine de Kati : est limitée :

- au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- à l'Est par la commune rurale de Safo,
- au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati Coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoroniarié) et un (1) hameau (Sebenikoro).

1.3-Population :

Le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3ème région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelle du Mali avec : les Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkes, les Sonrhais, les Ouolofs, les Senoufos.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

1.4- Infrastructures socio-sanitaires :

- Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-universitaire de Kati.

- Structures sanitaire de deuxième niveau :

Centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati.

- Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de garnison, CSCOM de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara), Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.

- Secteur privé :

Cliniques (Tenan, Plateau)... et des cabinets.

1.5- Différent service du CS REF :

Le CS Réf Major Moussa Diakité de Kati se compose de plusieurs unités :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI) ;
- Une unité d'Odontostomatologie ;

- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des Personnes Vivants avec le VIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de **santé de la reproduction** qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements ;
 - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits ;
 - Deux salles de garde (des sages-femmes et internes) ;
 - Une salle de CPN ;
 - Une salle de PF ;
 - Une salle de vaccination et suivie préventive des enfants sains ;
 - Une salle PTME ;
 - Un bureau pour le gynécologue ;
 - Un bureau pour la sage-femme-maitresse ;
 - Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas a froids) ;
 - Une salle de réveil ;
 - Une salle de préparation ;
 - Trois salles d'hospitalisation.

Ces différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état et ceux pris en charge sur recouvrement du fond des collectivités.

Tableau I: Personnel du C S Réf Major Moussa Diakité de Kati à la date du 31 décembre 2015 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds des collectivités

Médecin odontostomatologue (Médecin chef)	01
Gynécologue obstétricien	01
Spécialiste en chirurgie générale	01
Ophtalmologue	01
Médecin généraliste	07
Pharmacien	01
Technicien d'Hygiène et assainissement	02
Technicien supérieur de santé (ophtalmologue, Santé publique, Laborantin)	21
Gérant de DRC ET DV	03
Sage-femme	08
Infirmière obstétricienne	08
Secrétaire	02
Assistant médical (anesthésiste)	01
Chauffeur	04
Gardien	02
Billeteur	01
Comptable	02
Caissière	01
Lingère	01
Manœuvre	05

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMOS.

1.6- Activités de gynécologie - obstétrique

Un staff de 1h30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 h 30min réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées. Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur. Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées. Les urgences gynéco- obstétriques bénéficient d'une prise en charge diligentée.

Tableau II: Equipement de la maternité

	MATERIELS	NOMBRE
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	02
	Stéthoscope obstétrical	02
	Bassin de lit	02
	Sceau d'eau de décontamination	02
	Appareil à tension	01
	Source lumineuse	01
	Poubelle	01
	Poupinelle	01
	Ventouse	01
	Boite d'accouchement	04
	Table chauffante pour N-né	01
Bloc opératoire	Boite de laparotomie	01
	Boite gynécologique	01
	Boite de forceps	01
	Boite de césarienne	02
	Table opératoire	02
	Boite de sécurité	02
	Autoclave	01
	Bistouri électrique	01
	Poupinelle	01
	Aspirateur	02
	Générateur d'oxygène	01
	Poubelle	03
	Boite à blouses et champs	04
Lampe scialytique	01	

2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 concernant 1049 parturientes.

3. ECHANTILLONNAGE :

-critère d'inclusion

Toutes les femmes admises en travail avec une dilatation cervicale de moins de 8cm, et ayant accouché pendant cette période .

Tous les nouveau-nés dont le travail de la mère est suivi par un partogramme.

-critères de non inclusion :

les femmes admises pour un avortement précoce ou tardif ;

les femmes ayant subi une césarienne prophylactique ;

les femmes admises avec une dilatation ≥ 8 cm ou a la phase expulsive ;

les femmes ayant accouché hors de la maternité.

4.TAILLE DE L'ECHANTILLON :

A partir des critères d'inclusion et de non inclusion notre étude a porté sur 1049 partogrammes au centre de sante de référence de KATI.

5. METHODES :

5.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective de 12 mois du premier Janvier au 31 décembre 2015 concernant 1049 parturientes permettant de faire Une image sur l'utilisation du partogramme à la maternité du Centre de sante de référence de KATI.

5.2. Support des données :

- une fiche d'enquête portant les paramètres cliniques a été le Support matériel essentiel de ce travail ;
- la collecte des données a été faite en salle d'accouchement ;
- les données ont été saisies sur Word et l'analyse a été faite

Sur le logiciel EPI info version 7. Le test statistique utilisé est le χ^2 avec une probabilité $P < 5\%$

Les paramètres étudiés :

- l'âge
- la parité
- la provenance
- le mode d'entrée
- la hauteur utérine
- les BCF
- la phase de la dilatation
- le type de présentation
- la coloration du liquide amniotique
- la voie d'accouchement
- la durée de travail
- le score d'Apgar
- l'issue néonatale
- le pronostic maternel

Définitions opérationnelles :

Partogramme correctement rempli : est considéré comme Correctement rempli tout partogramme sur lequel on retrouve Correctement tous les renseignements demandés.

Partogramme incorrectement rempli : est considéré comme Incorrectement rempli tout partogramme portant des erreurs de remplissage sur au moins un des chapitres Suivants (antécédents obstétricaux, le premier examen à l'entrée, le type de délivrance, l'état du nouveau né, la surveillance du post-partum, l'état de la courbe).

Partogramme incomplètement rempli : est considéré comme incomplètement rempli tout partogramme ne comportant pas au moins un des renseignements demandés.

V.RESULTATS

Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

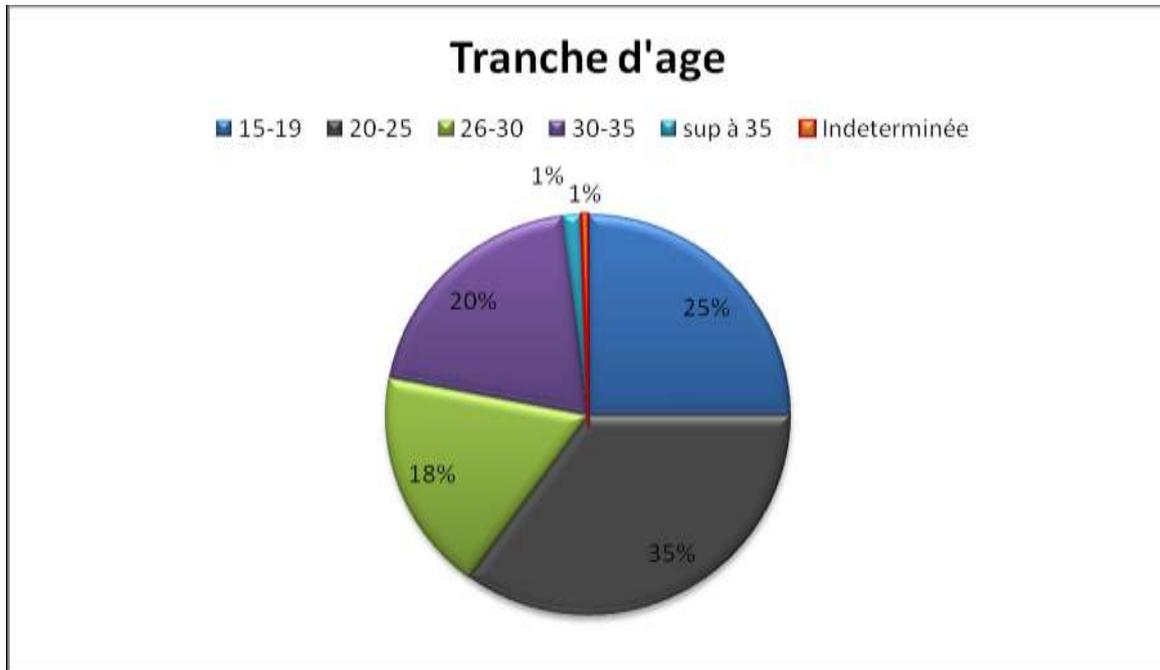


Figure 1 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

L'âge moyen des parturientes était de 24ans avec des extrêmes de 15 et 45ans

Tableau I : Répartition des parturientes selon le statu matrimonial

Statu matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariées	756	72,07
Célibataires	293	27,93
Total	1049	100

La majorité des parturientes était mariée , soit 72,07%

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	413	39,37
Malinké	200	19,07
Peulh	142	13,54
Soninké	120	11,44
Bobo	50	4,77
Sonrrhai	45	4,29
Sénoufo	43	4,10
Dogon	18	1,72
Minianka	15	1,43
Touareg	03	0,29
Total	1049	100

La majorité des parturientes était des bambaras soit 39,37%

Tableau III : Répartition des parturientes selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Commune urbaine de Kati	860	81,98
Zone rurale de Kati	143	13,63
Bamako	46	04,39
Total	1049	100

La majorité des parturientes résidaient dans la commune urbaine de Kati, soit 81,98%

Tableau IV: Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primi geste	349	33,27
Pauci geste	501	47,76
Multi geste	128	12,20
Grande multi geste	71	6,77
Total	1049	100.00

La gestité moyenne des parturientes était de 5 gestes avec des extrêmes de 1 et 12

Tableau V : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nulli pare	360	34,32
Primi pare	235	22,40
Pauci pare	344	32,79
Multi pare	71	6,77
Grande multi pare	39	3,72
Total	1049	100.00

La parité moyenne des parturientes était de 4 parités avec des extrêmes de 0 et 8

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Nbre de CPN	Fréquence	Pourcentage
0	118	11,25
1 - 2	255	24,31
3 et plus	676	64,44
TOTAL	1049	100

Le nombre moyen de CPN était de 3CPN avec des extrêmes de 0 et 7

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Venue d'elle même	979	93,33
Référée	25	2,38
Evacuée	45	4,29
Total	1049	100

Les parturientes venues d'elle-même ont été les plus représentées soit 93,33 %

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Motif	Fréquence	Pourcentage
Contraction utérine	874	83,32
Rupture prématurée des membranes	40	3,81
Ancienne césarienne	40	3,81
HTA/crise d'éclampsie	35	3,34
Dilatation stationnaire	32	3,05
Métrorragie	11	1,05
HU excessive	9	0,86
Taille inf. à 150cm	8	0,76
Total	1049	100

La contraction utérine a été le motif d'admission pour 83,32% de nos parturientes.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la taille

Taille	Fréquence	Pourcentage
Inf à 150 cm	12	1,14
Sup ou = 150 cm	1037	98,86
TOTAL	1049	100

La taille moyenne des parturientes était de 160cm, avec des extrêmes de 128cm et 174cm.

Tableau X : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
28-33sa+6j	24	2,29
34-36sa+6j	30	2,86
37- 42sa	990	94,37
Sup à 42sa	5	0,48
Total	1049	100

L'âge moyen des grossesses était de 37sa avec des extrêmes variant entre 30 et 44sa

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la tension artérielle(T A) à l'admission.

T.A(mm de Hg)	Fréquence	Pourcentage
Inf 100/60mmhg	15	1,43
100/60-139/89	990	94,34
Sup 139/89	44	4,19
Total	1049	100

Parmis nos parturientes 94.34% avaient une TA normale(100/60 – 139/89).

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Fréquence	Pourcentage
Inf ou égale 36	1011	96,38
Sup a 36	38	3,62
Total	1049	100

La hauteur utérine moyenne était de 32cm avec des extrêmes de 22cm et 43cm

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission

Phase du travail	Fréquence	Pourcentage
Phase de latence	123	11,73
Phase active (avec une dilatation cervicale de moins de 8cm)	926	88,27
Total	1049	100

La majeure partie des parturientes sont admises à la phase active, soit 88,27 %

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal(BDCF)

BDCF	Fréquence	Pourcentage
Inf à 120	19	1,81
120 - 160	1022	97,43
Sup à 160	8	0,76
Total	1049	100.00

La majorité des parturientes avaient un BDCF entre 120-160 ; soit 97,43 %

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la nature de la présentation

Présentation	Fréquence	Pourcentage
Céphalique	1023	97,52
Siege	20	1,91
Transversale	6	0,57
Total	1049	100

La majorité des parturientes avaient une présentation céphalique soit 97,52%.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le niveau d'engagement à l'admission

Engagement	Fréquence	Pourcentage
oui	459	43,76
Non	590	56,24
Total	1049	100

La présentation n'était pas engagée chez 56,24 % des parturientes.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique

Couleur du liquide	Fréquence	Pourcentage
Clair	907	86,46
Meconial	93	8,87
Sanguinolent	49	4,67
Total	1049	100

Pour 86,46 % des parturientes le liquide amniotique était clair.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Basse spontanée	950	90,56
Ventouse	52	4,96
Césarienne	47	4,48
Total	1049	100

La majeure partie des parturientes ont accouché par voie basse spontanée soit 90,56% .

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la situation du partogramme à l'accouchement

Situation du partogramme	Fréquence	Pourcentage
A gauche de la ligne d'alerte	910	86,75
Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	134	12,77
A droite de la ligne d'action	5	0,48
Total	1049	100

Pour 86,75 % des parturientes le partogramme était situé à gauche de la ligne d'alerte au moment de l'accouchement, il y a 5 seulement qui ont accouché à droite dont toute par césarienne.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la durée du travail

Durée du travail	Fréquence	Pourcentage
Inf à 12h	910	86,75
12-24h	134	12,77
Sup a 24 h	5	0,48
Total	1049	100

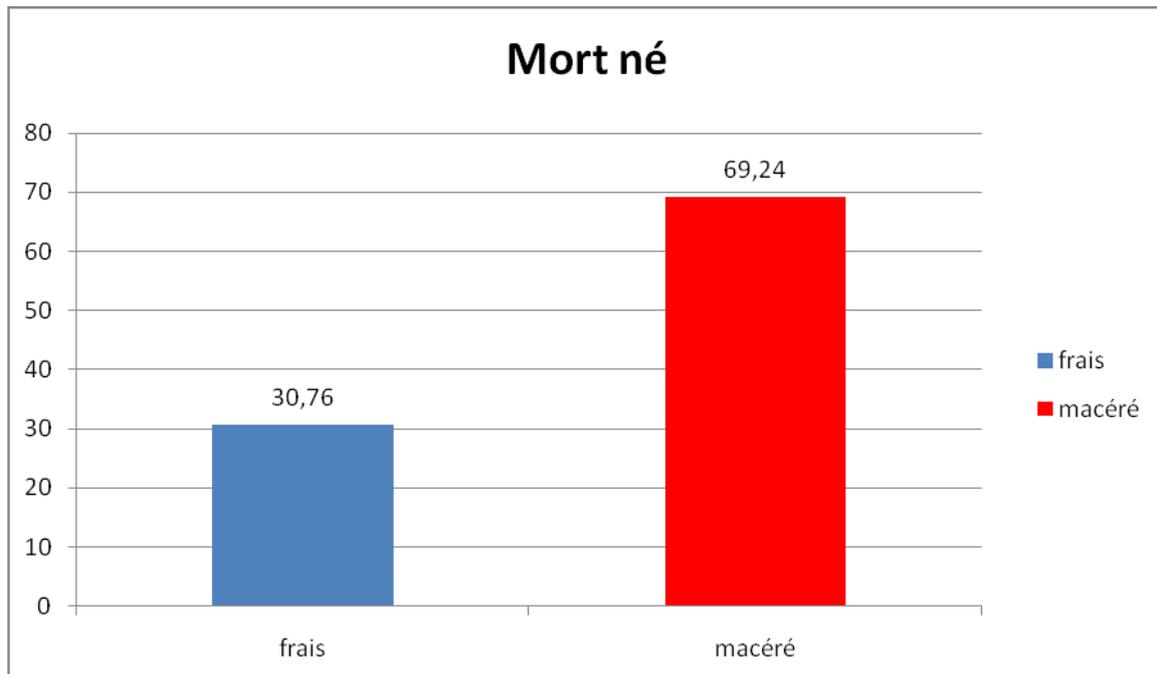
La durée moyenne du travail était de 8h avec des extrêmes de 2 à 28h

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon l'issue du nouveau née à la naissance

L'issue du Nouveau. Né	Fréquence	Pourcentage
Vivant	1036	98,76
Mort né	13	1,24
Total	1049	100

98,76 % des parturientes ont donnée naissance à des nouveaux nés vivants

Répartition en fonction du type de mort né



Sur les 13 mort nés 9 étaient macérés soit 69,24%

Figure II : Répartition en fonction du type de morts nés

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon l'état du nouveau née à la naissance

Etat du Nouveau. Né	Fréquence	Pourcentage
Réanimé	150	14,30
Non réanimé	899	85,70
Total	1049	100

Les nouveaux nés qui n'ont pas été réanimé ont représenté 85,70%.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon le devenir des nouveau née réanimés

Devenir des Nouveaux. Né Réanimés	Fréquence	Pourcentage
N.Né récupérés après la réanimation	90	60
N.Né décédés dans les 72h suivant l'accouchement	60	40
Total	150	100

Parmis les nouveaux nés réanimés ,60% ont pu être sauvé.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le score d'Apgar à la1^{ère} min.

Apgar	Fréquence	Pourcentage
0	13	1,24
1-3	2	0,19
4-7	105	10,01
Sup ou égale a 8	929	88,56
Total	1049	100.00

87,99 % des nouveaux nées avaient un Apgar sup ou = 8.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le poids des nouveaux nés

Poids du N.Né	Fréquence	Pourcentage
Inf à 1500g	5	0,47
1500-2499g	134	12,77
2500-3999g	896	85,41
Sup ou =4000g	14	1,35
Total	1049	100

85,41 % des parturientes avaient un nouveau né de poids normal

Tableau XXVI : Répartition des mamans selon l'indice de **Karnofsky**, en post partum immédiat.

Indice de Karnofsky	Fréquence	Pourcentage
80 -100%	1005	95,81
40 - 70%	40	3,81
10 - 30%	04	0,38
Total	1049	100

95,81% des mamans avaient un bon état général(indice de Karnofsky supérieur ou = 80%) .

TABLEAU XXVII : Relation entre l'âge et les lignes d'alerte et d'action du partographe

Tranche d'âge	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
15-19ans	230(25,27%)	30(22,38%)	2(40%)	262
20-25ans	333(36,59%)	31(23,13%)	3(60%)	367
26 a30ans	120(13,18%)	69(51,49%)	0(00%)	189
30-35ans	205(22,52%)	4(2,99%)	0(00%)	209
Supà35ans	17(1,86)	0(00%)	0(00%)	17
Indéterminé	5(0,54)	0(00%)	0(00%)	5
Total	910	134	5	1049

Chi2=51,76 ddl=6 p=0,00000002

Parmi les accouchements effectués à gauche de la ligne d'alerte les femmes ayant un âge compris entre 20 et 25ans ont représenté 36,59%.

TABLEAU XXVIII : Relation entre la taille et les lignes d'alerte et d'action

TAILLE	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
Inf à 150cm	6(50%)	4(33%)	2(17%)	12(100%)
Sup à150cm	904(87,17%)	130(12,39%)	3(0,28%)	1037(100%)
Total	910	134	5	1049

Chi2= 193,6612 ddl= 4 p=0,0000

Les parturientes courtes de moins de 150cm ont une durée de travail longue avec franchissement de la ligne d'action le plus souvent (p=0,0000).

TABLEAU XXIX : Relation entre la taille et le mode d'accouchement

TAILLE	Voie naturelle normale	Ventouse	Césarienne	Total
Inf à 150cm	2(0,21%)	3(5,77%)	7(14,89%)	12
Sup ou=150cm	948(99,79%)	49(94,23%)	40(85,1%)	1037
Total	950	52	47	1049

Khi2= 95,7294 ddl= 2 p=0,0000000

Les parturientes de taille inférieure à 150cm accouchent le plus souvent par césarienne.

TABLEAU XXX : Relation entre la gestité et les lignes d'alerte et d'action

GESTITE	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
Primi geste	231(25,38%)	114(85,07%)	4(80%)	349
Pauci geste	490(53,84%)	10(7,46%)	1(20%)	501
Multi geste	189(20,76%)	10(7,46%)	0(00%)	199
Total	910	134	5	1049

Khi2=193 ddl=4 p=0,00000000

Les primigestes représentent 80%(4/5) de l'ensemble des femmes ayant accouché à droite de la ligne d'action.

TABLEAU XXXI : Relation entre la parité et les lignes d'alerte et d'action

PARITE	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
Nullipares	247(68,61%)	110(30,56%)	3(0,83%)	360(100%)
Primipare	223(94,89%)	10(4,26%)	2(0,85%)	235(100%)
Pauci pare	334(97,1%)	10(2,91%)	0(00%)	344(100%)
Multi pare	106(96,36%)	4(3,64%)	0(00%)	110(100%)
Total	910	134	5	1049

Khi2=160,54 ddl=6 p=0,00000000

96,36% des accouchements chez les multipares ont eu lieu à gauche de la ligne d'alerte

TABLEAU XXXII : Relation entre le score d'APGAR et les lignes d'alerte et d'action

APGAR	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
0	5(0,55%)	04(03,12%)	4(80%)	13
1 à 3	0(0%)	1(0,78%)	1(20%)	02
4 à 7	95(10,37%)	10(7,81%)	0(00%)	105
Sup ou égale à 8	816(89,08%)	113(88,28%)	0(00%)	929
Total	916(100%)	128 (100%)	5(100%)	1049

Khi2= 313,45 ddl=6 p=0,0000000000

Les accouchements à droite de la ligne d'action donnent le plus souvent des morts nés.

TABLEAU XXXIII : Relation entre le score d'Apgar et le mode d'accouchement

APGAR	Voie naturelle normale	Ventouse	Césarienne	Total
0	2(00,21%)	11(23,91%)	0(00%)	13
1 à 3	0(00%)	2(04,35%)	0(00%)	02
4 à 7	69(07,22%)	29(63,04%)	7(14,89%)	105
Sup ou =8	885(92,57%)	4(08,70%)	40(85,11%)	929
Total	956(100%)	46(100%)	47(100%)	1049

Chi2= 483,8534 ddl= 6 p=0,0000000000

91,30%(42/46) des accouchements par ventouse ont donné naissance à des nouveaux nés à score d'Apgar bas(inferieur ou = 7) contre seulement 8,70%(4/46) des nouveaux nés à bon score d'Apgar(supérieur ou =8).

Tableau XXXIV : Relation entre le liquide amniotique et les lignes d'alerte et d'action

Liquide amniotique	A gauche de la ligne d'alerte	Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	A droite de la ligne d'action	Total
Clair	860(94,50%)	45(33,58%)	2(40%)	907
sanguinolent	40(4,40%)	52(38,81%)	1(20%)	93
Meconial	10(1,10%)	37(27,61%)	2(40%)	49
Total	910(100%)	134(100%)	5(100%)	1049

Chi2=397,28 ddl=4 p=0,000000

Dans 40% des accouchements ayant lieu à droite de la ligne d'action le liquide était meconial contre seulement 1,10% des accouchements ayant eu lieu à gauche de la ligne d'alerte.

TABLEAU XXXV : Relation entre le score d'Apgar et le liquide amniotique

APGAR	Clair	Meconial	Sanguinolent	Total
0	3(0,33%)	4(4,30%)	06(24,49%)	13
1 à3	0(0%)	2(2,15%)	00(00%)	02
4 à 7	0(0%)	85(91,40%)	20(40,81%)	105
Sup ou =8	910(99,67%)	2(2,15%)	17(34,69%)	929
Total	913(100%)	93(100%)	43(100%)	1049

Chi2= 1034,3136 ddl= 6 p=0,000000

Dans 97,85%(91/93) des cas des accouchements avec le liquide amniotique meconial, on a eu des nouveaux nés avec un score d'Apgar bas (inferieur ou =7) contre 0,33%(3/907) des cas avec le liquide amniotique clair.

Tableau XXXVI : Relation entre la durée du travail et l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar à la naissance	Inf. à 12h	12 à24h	Sup a 24 h	Total
0	3(0,33%)	5(8,21%)	5(100%)	13
1-3	0(00%)	2(1,49%)	0(00%)	2
4-7	5(0,55%)	100(74,63%)	0(00%)	105
Sup ou égale 8	907(99,12)	22(15,67%)	0(00%)	929
Total	915(100%)	129(100%)	5(100%)	1049

Chi2 =1058,80 ddl=6 p=0,000000

La durée de travail inferieure à 12h a donné 99,12% des nouveaux nés à bon score d'Apgar (supérieur à 7), tandis que 100% des nouveaux nés issues d'un travail de plus de 24h avaient un score d'Apgar bas(inferieur ou =7).

Tableau XXXVIII : Relation entre la durée du travail et l'état du nouveau né

Etat du nouveau ne .	Inf. à 12h	12-24h	Sup a 24 h	Total
Non réanimé	898(98,68%)	1(0,75%)	0(00%)	899
Réanimé	12(1,32%)	133(99,25%)	5(100%)	150
Total	910(100%)	134(100%)	5(100%)	1049

Khi²=944,26 ddl=2 p=0,0000

Parmi les nouveaux nés issues d'un travail d'accouchement de durée inférieure à 12h, 1,32 % seulement ont été réanimé contre 100% de ceux issues d'un travail de plus de 24h.

Tableau XXXX : La sensibilité, spécificité et la valeur prédictive des lignes d'alerte et d'action.

Ligne d'alerte franchie	Apgar sup ou=8	Apgar inf à 8	Total
Oui	113	26	139
Non	810	100	910
Total	923	126	1049

Sensibilité : 113/923=12,24%

C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR après avoir franchi la ligne d'alerte par rapport à l'ensemble des parturientes ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR.

Spécificité : $100/126=79,36\%$

C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un mauvais APGAR sans avoir franchi la ligne d'alerte par rapport à l'ensemble des parturientes ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un mauvais APGAR

valeur prédictive positive : $113/139=81,29\%$

C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR après avoir franchi la ligne d'alerte par rapport à l'ensemble des parturientes qui ont franchi la ligne d'alerte.

Ligne d'action franchie	Apgar sup ou=8	Apgar inf à8	Total
Oui	0	5	5
Non	923	121	1044
Total	923	126	1049

Sensibilité : $0/923=0\%$

C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR après avoir franchi la ligne d'action par rapport à l'ensemble des parturientes ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR.

Spécificité : $121/126=96,03\%$ C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un mauvais APGAR sans avoir franchi la ligne d'action par rapport à l'ensemble des parturientes ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un mauvais APGAR

valeur prédictive positive : $0/5=0\%$ C'est le nombre de parturiente ayant donné naissance à des nouveaux nés avec un bon APGAR après avoir franchi la ligne d'action par rapport à l'ensemble des parturientes qui ont franchi la ligne d'action.

Tableau XXXXI : Répartition des parturientes selon l'appréciation du partogramme

Qualité du partogramme	Fréquence	Pourcentage
Correctement rempli	927	88,37
Incorrectement rempli	77	7,34
Incomplètement rempli	45	4,29
Total	1049	100

88,37 % des partogramme étaient remplis correctement.

Tableau XXXXII : Répartition des parturientes selon le type d'erreur commise sur les partographe

Type d'erreur	Fréquence	Pourcentage
ATCD obstétricaux	25	32,47
Type de délivrance	22	28,57
Point de marquage du 1 ^{er} examen .	18	23,38
Score d'APGAR à la 1 ^{ere} minute	12	15,58
Total	77	100

Parmi les 1049 partogrammes 77 soit 7,34% avaient au moins une erreur, et parmi ces erreurs la plus fréquente était une erreur d'antécédent obstétrical .

Tableau XXXXIII : Relation entre le type d'erreur et la qualité du prestataire

Prestataire.	1^{er} point	Type de(%) délivrance	Atcd(%) Obst	Apgar(%)	Total
Sage femme	1(5,55)	20(90,90)	01(04)	08(66,67)	30
Infirmière obstétricienne	6(33,3)	02(0,10)	23(92)	04(33,33)	35
Interne/Externe	11(61,1)	00(00)	01(04)	00(00)	12
Total	18(100)	22(100%)	25(100%)	12(100)	77

Khi²=944,26 ddl=6 p=0,0000

On constate que 90,90% des erreurs de type de délivrance, et 66,67 % des erreurs de score d'APGAR sont attribuées au sage femmes.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-METHODOLOGIE :

Nous avons effectuée une étude prospective sur l'appréciation de l'utilisation du partogramme allant du 1er janvier au 31 décembre 2015 dans le service de gynéco-obstétrique du CS Réf de Kati. Le CS Réf de Kati étant situé au 2^e niveau de la pyramide sanitaire de notre pays, reçoit des urgences obstétricales et gynécologiques des CSCOM et d'autres structures sanitaires de Kati. Pour la collecte des données nous avons obtenus le soutien des collègues, des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes qui ont participé à l'enquête.

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi les quelles l'insuffisance de remplissage de certains partogrammes.

Aussi en n'ayant pas à notre possession l'état de santé de certaines femmes et de leurs nouveau-nés au 42^e jour du post-partum ceci pourrait contribuer à sous-estimer les taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

2- PARAMETRES ETUDIÉS :

Mode d'admission :

Les parturientes venues d'elle-même ont représenté 93%, Ce taux est supérieur à celui de Bagayoko .Y.K [15] qui a eu 74,1%. 4,29% seulement des parturientes ont été évacuées. Notre taux de référence était de 2,38%, ce taux est inférieur à celui trouvé par Keita .O [5] qui a eu 12,2%.

Motif d'admission :

Le motif d'admission le plus fréquent a été la contraction utérine douloureuse(CUD) avec 81,98%, après la CUD, les motifs fréquents ont été la rupture prématuré des membranes(RPM),et les utérus cicatriciels avec 3,81% chacun.

Age

La tranche d'âge 20-25 ans a été la plus représentée avec 35%, avec une moyenne de 24ans et des extrêmes de 14ans à 45ans. Dans cette tranche d'âge 36,59% ont accouché à gauche de la ligne d'alerte. Les femmes de plus de 35ans ont représenté 1,5%, ce taux est inférieur à celui de Camara. S [18] qui a eu 10,44%.

Gestité :

Les primigestes ont représenté 33,27% de nos parturientes, parmi elles 32,66% ont franchi la ligne d'alerte, soit 84,90% de l'ensemble des accouchements qui ont été fait à droite de la ligne d'alerte. La ligne d'action a été franchi dans 1,15% des cas soit 80% de l'ensemble des accouchements à droite de la ligne d'action. Le test statistique montre qu'il ya une relation significative entre la gestité et la dynamique cervicale ($p=0,00000$). L'assouplissement du col augmente avec la gestité.

Parité :

Les nullipares ont été les plus représenté avec 34,32 %. Parmi elles 30,56%(110/360) ont franchi la ligne d'alerte soit 82,08%(110/134) de l'ensemble des femmes qui ont franchi la ligne d'alerte. 0,83% de ces nullipares ont franchi la ligne d'action soit 60% de l'ensemble des femmes qui ont franchi la ligne d'action. Notre taux de nullipare est le même que ceux rapportés par Bagayoko .Y.K [15] qui a eu 34% , et Togo. I [16] qui a eu 33,5%. Les primipares, les pauci pares et les multipares ont représenté respectivement: 22,40% ; 32,72% et 10,49%. Le test statistique montre qu'il existe une relation entre la parité et la dynamique cervicale ($p=0,000000$)

Taille

12 femmes soit (1,14%) avaient une taille inférieure à 150cm. Parmi elles 2 seulement ont accouché par les voies naturelles sans aucune intervention, 3 ont accouché par ventouse. Le reste des femmes (7/12) soit 58,33% ont présenté une dystocie mécanique avec répercussion sur la dynamique cervicale, ces dernières ont été césarisées soit 17,5% de l'ensemble des césariennes. 3 cas avant la ligne d'alerte, 3 cas entre la ligne d'alerte et la ligne d'action et 1 cas à droite de la ligne d'action. Trois pour défaut d'engagement, trois pour souffrance fœtale aiguë, et un cas pour dilatation stationnaire. Notre taux de petite taille est comparable à celui de Talibo. A [16] qui a eu 1,4%. La taille est un facteur majeur dans l'anomalie de la dynamique cervicale.

Consultation prénatale (CPN) :

Dans notre étude 88,75% des parturientes ont fait au moins une CPN. Ce taux est très proche de celui trouvé par Dembélé D. [17] soit 85,5%, mais supérieur à celui de Bagayoko. Y. K [15] soit 79,7%.

Les parturientes n'ayant effectué aucune CPN ont représenté 11,25.

Ce taux est également proche de celui trouvé par Dembélé D. [17] qui a trouvé 14,5% mais inférieur à celui de Bagayoko. Y. K [15] qui a eu 20,3%. Notre taux bas de 00 CPN peut s'expliquer par le fait que notre centre se situe en plein cœur de la ville de KATI, alors que la majeure partie de nos parturientes résident à KATI.

Présentation :

Nos parturientes avaient une présentation céphalique dans 97,52 % des cas, et une présentation de siège dans 1,91% des cas. Ces taux sont très proches de celui trouvé par Bagayoko. Y.K [15] avec respectivement 95,7% et 3,7%.

La présentation doit s'appuyer sur le col pour que la dilatation progresse normalement. C'est l'une des composantes principales de la dilatation cervicale, cette bonne traction sur le segment inférieur lors des contractions est obtenue dans la présentation du sommet et perturbée dans les autres présentations.

Hauteur utérine(HU):

96,38 % de nos parturientes avaient une hauteur utérine inférieure ou égale 36 cm. Seulement 3,25% avaient une hauteur utérine excessive. Ce taux est inférieur à celui de Camara S. [18] qui a trouvé 7,2%.

La mesure de la hauteur utérine peut fournir des renseignements importants : macrosomie fœtale, fibrome sur grossesse, hydramnios, grossesse multiple, erreur de terme.

Bruit du cœur fœtal (BDCF) :

97,69 % des fœtus avaient un rythme cardiaque normal (120-160), Ce taux est supérieur à celui trouvé dans la commune urbaine de Sikasso par Keita. O, qui a trouvé 90% [5]. 0,57 avaient une bradycardie (<120bts/mn), inférieur à 5,7% obtenue dans l'étude de Bagayoko. Y.K [15].

Mode d'accouchement

Nous avons trouvé 90,56% d'accouchement par voie basse spontanée, ce taux est supérieur à celui de Bagayoko. Y.K [15] qui a eu 86,4% dans son étude.

L'accouchement instrumental a représenté 4,96%. Notre taux de césarienne est de 4,48%, ce taux est inférieur à celui trouvé dans la commune urbaine de Sikasso par Keita. O qui a trouvé 9,2%. Parmi nos césariennes 55% ont été faites à gauche de la ligne d'alerte, ce taux est supérieur à celui de Camara. S

[18] qui a trouvé que 37,45% des césariennes ont été fait à gauche de la ligne d'alerte. Dans cette zone les indications de césarienne ont été surtout la dilatation stationnaire et la souffrance fœtale qui ont représenté respectivement 30% et 25% Notre taux de césarienne à droite de la ligne d'alerte est de 30% et 15% à droite de la ligne d'action dans ces deux zones l'indication principale a été le défaut d'engagement. Notre taux bas de césarienne peut s'expliqué par le fait que certaines indications de césarienne (hématome retro placentaire :HRP ; placenta prævia hémorragique ;crise d'éclampsie) sont souvent évacuées vers le CHU par faute de service de réanimation.

La cinétique cervicale en corrélation avec le score d'Apgar:

.A gauche de la ligne d'alerte :Nous avons enregistré 86,75% des accouchements dans cette zone(progression normale de la dilatation) ,parmi ces accouchements 89,01% ont donné des nouveaux nés à bon score d'Apgar.

.Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action : Nous avons enregistré 12,77% des accouchements dans cette zone (zone d'alerte), parmi ces accouchements 15,67% ont donné des nouveaux nés à score d'Apgar bas.

.A droite de la ligne d'action : Nous avons enregistré 0,48% soit 5/1049 des accouchements dans cette zone, parmi ces accouchements 100% ont donné des nouveaux nés à score d'Apgar bas.

Il ressort ici que l'excès de la longueur de la durée du travail est nuisible au nouveau né ($p=0,00000000$).

La durée du travail :

Une des raisons fondamentale de l'utilisation du partogramme est d'apprécié la durée du travail qui est un facteur déterminant dans le pronostique fœto-maternel de l'accouchement. En effet plus le travail dure plus le pronostique de l'accouchement est mauvais. Nos femmes ayant fait une durée de travail de 12 à 24h ont donné 89,68% des nouveaux nés à score d'Apgar bas contre 6,34%

avec une durée inférieure à 12h. Aucune des femmes ayant fait une durée de travail d'accouchement de plus de 24h n'a donné des nouveaux nés à bon score d'Apgar.

L'étude analytique montre qu'il existe une relation significative entre la durée du travail et le score d'Apgar ($p=0,00000000$).

Le liquide amniotique :

Le liquide amniotique permet de diagnostiquer une souffrance fœtale, en excluant la présentation de siège.

Le liquide amniotique clair a représenté 86,46%, et les nouveaux nés à bas score d'Apgar ont représenté 0,33% des cas.

Le liquide amniotique sanguinolent a représenté 4,67%, et les nouveaux nés à bas score d'Apgar ont représenté 64% des cas.

Le liquide amniotique méconial a représenté 8,87%, et les nouveaux nés à bas score d'Apgar ont représenté 97,85% des cas.

En corrélant ce liquide méconial avec la phase d'accouchement nous obtenons :

A gauche de la ligne d'alerte :20,41%

Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action :75,51%

A droite de la ligne d'action :4,08%

Cette hausse de liquide amniotique méconial entre la ligne d'alerte et la ligne d'action se traduit par la survenue d'une souffrance fœtale au cours du travail.

A la découverte du liquide amniotique méconial, on doit accélérer l'accouchement pour éviter une souffrance voire la mort fœtale.

Le poids du nouveau- né :

Dans notre étude 85,41 % des nouveaux- nés avaient un poids normal (2500g-3999g), ce taux est proche de celui de Camara. S [18] qui a eu 81,80%.

La mortalité néo natale :

Sur les 1049 partogrammes étudiés nous avons malheureusement enregistré 13 mort-nés soit 1,23%. Parmi ces morts nés 9 étaient macérés, ce taux est proche de celui de Camara. S[18] qui a eu 9,85 pour 1000, mais inférieur à celui de Bamba M[11] qui a eu 20 pour mille .

Le pronostic maternel

Aucun décès maternel n'a été observé dans notre effectif par contre KANTE.M [19] a trouvé 0,4% dans son étude.

L'analyse de décision à droite de la ligne d'alerte

La sensibilité d'un partogramme est son aptitude d'identifier la souffrance fœtale des nouveaux-nés .

Dans notre étude cette sensibilité, est de 12,24%. C'est-à-dire sur 100 nouveaux-nés ayant présenté une souffrance fœtale le partogramme n'a pu identifier que 12 cas. Cette faible sensibilité peut s'expliquer par certains facteurs extrinsèques responsables de la souffrance fœtale avant la ligne d'alerte tel que la durée d'expulsion longue, l'hypertension artérielle, la présentation de siège, l'hématome retro placentaire et la procidence du cordon. Ces facteurs peuvent échapper à la surveillance du partogramme.

Notre taux de spécificité est de 79,36% chez les femmes ayant accouché avant la ligne d'alerte.

La valeur prédictive positive (la possibilité de prévoir correctement une certaine anomalie telle que la souffrance fœtale dans une population donnée) est de 81,29%.

Nous pouvons conclure qu'un travail long est fatal pour le fœtus .La surveillance de certains paramètres chez les fœtus doit être rigoureuse après la ligne d'alerte tel que le rythme cardiaque, la modification du liquide amniotique. L'extraction doit être systématique à la découverte de l'une des anomalies de ces paramètres.

3- UTILISATION DU PARTOGRAMME :

La fréquence globale de l'accouchement durant notre période d'étude s'est élevée à 2620, dont 2590 avaient un partogramme. 2510 accouchement par voie basse dont la totalité a eu un partogramme. Toute parturiente qui a participé à notre étude était dotée d'un partogramme. Après les différences faites entre les parturientes ayant eu ou non, un partogramme nous avons eu une fréquence d'utilisation de 98%. Cette fréquence est plus élevée que celles retrouvées par Sanogo. A [20] lors d'une étude réalisée dans la commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partogramme et Koné. M.[21] qui en a rapporté 48% dans le Cscm de Garantiguibougou. L'élévation de notre taux d'utilisation de partogramme peut s'expliquer par le fait que dans notre centre la gestion du partogramme est une activité qui est presque entièrement à la charge de l'équipe de garde (Sage femmes, Internes et Externes). En fonction de la qualité on a trouvé que 92,18 % de nos partogrammes étaient remplis correctement, ce taux est proche de celui trouvé par Batunwanayo C et Coll. [22] à la maternité de Kapgayi au Rwanda qui a trouvé 90%. Parmi ceux incorrectement remplis les erreurs les plus fréquemment rencontrées concernaient les antécédents obstétricaux le type de délivrance et le score d'APGAR.

En fonction de la qualité des utilisateurs du partogramme on note que dans notre centre plus de 85% des partogrammes sont remplis par les internes et externes, contrairement à beaucoup d'autre centre où la majeure partie des partogrammes sont remplis par les sages femmes. Ainsi dans l'étude de Bagayoko .Y.K [15] 88,5% des partogrammes étaient remplis par les sages femmes. Ainsi en établissant un lien entre le type d'erreur et la qualité du prestataire on constate que 90,90% des erreurs de type de délivrance, et 66,67 % des erreurs de score d'APGAR sont attribuées au sage femmes. En effet on trouve que la bonne utilisation du partogramme permet de diagnostiquer plus précocement les situations pathologiques qui sont inquiétantes pour la vie fœtale

et maternelle. Ainsi la prise en charge de ces pathologies assure dans bien des cas un meilleur pronostic maternel et fœtal.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION:

Nous avons réalisé une étude prospective sur l'utilisation du partogramme dans le service de Gynéco-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de Kati, sur la période allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2015.

Ainsi nous avons noté que le taux d'utilisation du partogramme était de 98% , cependant notre étude s'est portée sur **1049** partogrammes en fonction des critères d'inclusion et d'exclusions soit **40,5%**. Les résultats obtenus au terme de cette étude sont réconfortants dans l'idée que le partogramme améliore la surveillance de l'accouchement et confirment que cet outil prévisionnel contribue à la diminution de la morbidité et la mortalité périnatale et maternelle.

Néanmoins des erreurs de remplissage sont fréquentes, tel que le type de délivrance, le résultat de l'examen obstétrical sont souvent mal rapportés. Ainsi notre étude a montré un déficit dans la qualité de remplissage du partogramme. Le partogramme est le témoignage écrit du déroulement de l'accouchement, il doit être considéré comme le tableau de bord d'un véhicule.

Son intérêt est à la fois clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal. Les informations qu'il contient doivent donc être précises, claires et complètes. La bonne tenue du partogramme (comme celle du dossier du patient en général) est un indicateur performant de la qualité de la prise en charge materno-fœtale dans une structure.

RECOMMANDATIONS :

Aux autorités :

- Assurer la formation continue des prestataires sur l'utilisation du partogramme.
- Trouver un système de motivation des prestataires : par exemple une possibilité de bourse d'étude ou de stages.
- Enseigner à la faculté de médecine les principes de l'emploi du partogramme
- Affecter dans tous les Cscm, un médecin généraliste avec des compétences gynéco obstétrique, et une sage-femme.
- Affecter dans chaque centre de référence au moins un gynécologue obstétricien.
- Assurer la formation continue des prestataires sur les soins obstétricaux et néo nataux (S.O.N)

Aux prestataires de service de santé :

- Faire un partogramme pour chaque parturiente dès l'admission.
- Remplir correctement le partogramme.
- Tenir correctement les dossiers obstétricaux.

A la population :

- Encourager les femmes enceintes à suivre régulièrement les CPN, et venir accoucher toujours dans les centres de santé.

VIII. REFERENCES

1. **O.M.S:** Guide pratique; who/FHE/MSM/93.8
2. **Emanuel. A.F:** Labor clinical evaluation and Management; 2nd edition New York; Appleton-century-crofts.1978
3. **MERGER.R. LEVY. J. ; MELCHIOR. J :** PRECIS D'OBSTETRIQUE 6^e EDITION MASSON : p.165.
4. **MERGER.R:** P 164
5. **Keita. O.:** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de SIKASSO; Thèse de MED BKO : 2006 p.15/97.
6. **O.M.S:** Programme Santé Maternelle et maternité sans risque. Division de la santé familiale; la prévention des anomalies dans la durée de travail : GUIDE PRATIQUE FHE/MSM:93.11
7. **O.M.S/** Mortalité maternelle-World Health Organization. www.who.int media centre factsheets
8. **UNICEF :** Le progrès des nations. New York 1995.
9. **Keita J.B.M. :** contribution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de GYNECO-OBST PTG. Thèse MED BKO 1992 n°12 .
10. **N'DIAYE. B. :** Mortinatalité à la maternité de l'HOPITAL G TOURE. Thèse MED BKO 1995 n°18
11. **BAMBA. M. :** étude critique des paramètres du partogramme au CSREF – COM-5 du district de BKO de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas .Thèse de MED. BKO 1998 n°52.

12. O.M.S. : Programme santé maternelle et maternité sans risque .Division de la santé familiale ; la prévention des anomalies dans la durée de travail : GUIDE PRATIQUE FHE/MSM 93.11

13. PHILPOTT. R.H ; Castle W.M : cervicographs in the management of labour. Journal of obstetrics and Gynaecology of the british Common wealth.1972.79 :592-598

14. PHILPOTT R.H; castle W.M: cervicographs in the management of labour in primigravide.The alerte line and treatment of abnormal labour. Journal of obstetrics and Gynaecology of the british common wealth.1972.79:599-6022.

15. BAGAYOKO.Y.K: Evaluation de la qualité du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de BKO

16. TOGO I : L'utilisation du partogramme au CSREF CV.
These de Med. Bamako ,2006-M-95.

17-DEMBELE.D : Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF CII du District de Bamako.

Thèse de Med. Bamako 2002- M-158.

18. CAMARA.S : Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de Med. Bamako 2007-M-235.

19. KANTE.M: Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques.

Thèse de Med., Bamako 1999. 62p. 75

20. 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.

Thèse Med 2007. 57p. 188

21. KONE.M : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le cscom de Garantiguibougou

22.Batungwanayo. C:Resultat de l'introduction du partogramme à l'hôpital de kabgayi(Rwanda) Médecine d'Afrique noire 1995pp 628-635

ANNEXES

Fiche d'enquête

Numéro Dossier / ____ / Centre / ____ /

DATE D'ENTREE :

Q1-Qualité du Prestataire / ____ /

1=Sage femme 2=Infirmière obstétricienne 3=Matrone 4=sans information

Q2 a-AGE / ____ /

Q2 b- TRANCHE D'âge:

1- inférieur à 19ans 2- 20-35ans 3- supérieur à 35ans 4- sans information

Q3 a-PARITE / ____ /

Q3 b-TRANCHE DE LA PARITE/...../

1- primipare 2- pauci pare 3- multipare 4- grande multipare 5-sans information

Q4-Provenance / ____ /

1=ville 2=périphérie de Kati 3=Bamako 4=Autre

Q5--Mode d'entée / ____ /

1-Venue d'elle-même 2= référée 3- évacuée 4- sans information

si référée :structure / ____ /

1= CSCOM 2=Structure privée

Q6- CPN / ____ / 1=Oui 2 =Non 3- sans information

Si oui Nombre CPN en chiffre / ____ /

Q7- facteur(s) de risque noté(s) sur le partogramme/...../

1=antécédent de césarienne 2=Hypertension artérielle 3=Diabète 4= Autre

Q8 a-Taille de la parturiente en mètre/...../

Q8 b- Tranche de la taille/...../

1=inferieure 1,5m 2=sup 1,5m

Q9- Bruit du cœur foetal/...../

1=inferieur 120 2=entre 120et 160 3=supérieur 160

Q10-Température/...../

Q11-Tension artérielle/.../

Q12-Date d'entrée/...../...../...../

Q13-Heure d'entrée/...../

Q14-Etat de la poche des eaux a l'entrée/...../

1=intacte 2=rompue

Q15-Si rompue l'aspect du liquide /...../

1=clair 2=teinté

Q16-Phase du travail a l'entrée/...../

1=latence 2=active 3=expulsive

Q17-Phase de la dilatation a l'accouchement

1=A gauche de la ligne Alerte 2=A droite de la ligne Alerte 3=atteinte de la ligne d'action

Q18-Accouchement

Date :

Heure :

Durée du travail :

Q19-Etat maternel après l'accouchement

1=Bon 2=Mauvais 3=décès maternel

Q20 a-Etat du nouveau né

1=Vivant 2=Réanimé 3=Mort né

Q20 b-si mort né ,type /..../

1=frais 2=macéré

Q20 c-Si mort né frais ,BCF a l'admission

1=présent 2=absent

Q21-Si Vivant, APGAR 1' = 5' =

Q22-Type de délivrance/...../

1=Naturelle 2=Active

Q23-Surveillance du post-partum /...../

1=Normale 2=Anormale

Q24 –Qualité de remplissage du parto/...../

1=correctement remplis 2=incorrectement remplis 3=incomplètement remplis.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénoms : Simbo

Titre : Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

Année universitaire : 2016-2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

E-mail : simbocoulibaly541@yahoo.com

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Kati.

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive allant du 01 Janvier au 31 décembre 2015 concernant 1049 parturientes.

Il s'agit d'un échantillonnage portant sur le partogramme de toutes les femmes admises en travail avec une dilatation cervicale de moins de 8cm, et ayant accouché pendant cette période à la maternité du centre de santé de référence de Kati.

Nous avons enregistré 2620 accouchements, parmi lesquels 2590 ont bénéficié un partogramme soit une fréquence d'utilisation de 98%.

Sur l'ensemble de ces partogrammes, notre étude s'est portée sur **1049** en fonction des critères d'inclusion et d'exclusions, soit **40,5%**.

Dans notre étude 85,24 % des partogrammes ont été remplis par les internes ; les sages femmes ont rempli 13,3% ; les infirmières obstétriciennes ont rempli 3,27%.

La tranche d'âge 20-25 ans a été la plus représentée avec 35%, avec une moyenne de 24ans et des extrêmes de 14ans à 45ans.

Dans notre étude 93,33% des parturientes étaient venues d'elle-même ; les évacuées ont représentées 4,29 % et 2,38% ont été référées.

Les motifs d'évacuation étaient surtout : Ancienne césarienne (3,81%) ; rupture prématurée des membranes (3,81%).

Le taux d'accouchement par voie basse spontanée a été de 90,56% et le taux de césarienne était de 4,48%.

Nous avons enregistré 13 morts nés soit(1,23%) dont 9 macérés dans notre étude.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel dans notre étude.

Le partogramme est le témoignage écrit du déroulement de l'accouchement, il doit être considéré comme le tableau de bord d'un véhicule.

Son intérêt est à la fois clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal.

Les informations qu'il contient doivent donc être précises, claires et complètes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 et reconnaissant 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 !