

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2005/2006

Thèse N°...../2006

EVALUATION DE L'UTILISATION DU PARTOGRAMME DANS LA COMMUNE URBAINE DE SIKASSO

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

Mme KEITA Oumou TOURE

**Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY:

Président: Pr SY Aida SOW

Membre: Dr Mamadou DOLO

CoDirecteur: Dr Youssouf TRAORE

Directeur: Prof Salif DIAKITE

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour Sa grâce.

Puisse Allah le tout Puissant m'éclairer de Sa lumière divine.

Amen !

Ce travail est l'heureux aboutissement d'un effort soutenu par bon nombre de personnes dont il faut ici saluer les sacrifices combien importants.

Aucun mot tendre soit-il ne serait de trop pour l'exceptionnel mérite de ces personnes auxquelles le présent document est dédié Il s'agit notamment de :

➤ **Mon feu père Djonké Touré**

Tu as été un père exceptionnel au triple plan éducationnel, moral et intellectuel. Tu as toujours su faire preuve d'amour, de constance et de vigilance dans l'éducation de tes enfants.

Tu es aujourd'hui absent mais très présent dans la conscience morale de toute une famille qui ne cesse de te regretter.

➤ **Ma feuè mère Kani Tiguidé**

Tu as été une épouse soumise assistante et éducatrice ; des qualités qui ont fait de toi une mère exemplaire dont les bonnes œuvres nous suivront sûrement toute l'existence.

Que ton âme repose en paix

➤ **Ma marâtre Assitan Dembélé**

Chère maman c'est grâce à tes bénédictions, tes sacrifices, ton soutien aussi moral que matériel que ce travail a pu se réaliser.

Ce bon caractère a fait de toi une mère exemplaire et admirable.

➤ **Mon oncle Fily SISSOKO**

Tu as joué pour moi le rôle de père durant toutes mes études supérieures.

La bonté de ton cœur, le respect de la personne humaine a fait de toi un homme respectable.

Puisse qu'Allah me permette d'être reconnaissante à ton égard.

Amen !

➤ **Mon cher époux Souleymane KEITA**

Tu es pour moi le symbole de la réussite. Ton amour constant, ton assistance, ton soutien moral et matériel ont contribué au bon déroulement de mes études secondaires et supérieures.

Qu'Allah fasse de moi une épouse soumise. Amen !

➤ **Mes tontons Sada Konaté, Mamadou Dembélé dit Mami et Boubacar Tiguidé**

Votre attachement inconditionné à mes études a beaucoup contribué à la réalisation de ce travail

Recevez ici toutes mes reconnaissances.

➤ **Mes tantes Niamé DIARRA, Rokia Sangaré, Fanta Sakiliba, Doussouba Tiguidé, M'Badiala Tiguidé, M'Bacega Tiguidé, Noumoussira Tiguidé :**

Vos conseils et vos encouragements n'ont jamais fait défaut.

Merci infiniment et recevez ce travail en signe de ma réelle gratitude.

➤ **Mes frères Sambou Touré, Ibrahima Diabaté dit Brayé, Alou Traoré , Mamadou Sissoko, Ali Coulibaly , Founè Sambou Touré, Mahamadou Touré, Abass Touré :**

Sans votre soutien et votre assistance, ce travail ne pourrait jamais se réaliser. La solidarité fraternelle n'a pas de limite
Recevez ici toute ma sympathie.

- **Mes sœurs Bintou Touré, Fatoumata Touré, M'Badiala Touré, Salimata Touré, M'Bamoussa Touré, Kadidia Touré, Awa Touré, Tenimba Touré, Djénèbou Touré, Fatoumata Touré :**

Merci pour votre soutien. Ce travail est aussi le vôtre, la récompense est sûrement au bout.

- **Mes filles chéries Assetou Keita, Kani Keita, Zeinabou Keita**

Je suis fière de vous avoir comme enfants, je vous donnerai toute mon affection si Dieu me le permet.

Qu'Allah fasse que nous vivions longtemps ensemble. Amen !

Remerciements

- Au directeur de l'hôpital de Sikasso, **Dr Dolo Mamadou** pour votre accueil chaleureux, votre abord facile et vos sacrifices pour notre bonne formation. Que Dieu vous récompense pour votre bonne volonté.
- Au chef de service de la gynéco obstétrique de l'hôpital de Sikasso, **Dr Sylla Malla** pour votre constante disponibilité, Vos conseils et vos sacrifices pour notre encadrement. Que Dieu réalise vos vœux.
- Au **Dr Diallo Ali**, chirurgien à l'hôpital de Sikasso pour votre humanisme, votre disponibilité et votre soutien aux

étudiants hospitaliers. Que Dieu vous garde longtemps à nos cotés.

- A tous les étudiants hospitaliers de l'hôpital de Sikasso : **Mahamadou Dembélé, Guindo, Baricoma Karambé, Nouhoum Diallo, Karim Sangaré, Djibril Barry, Dramane Koné, Modibo Camara, Soumaila Ballo** pour votre soutien et votre bonne collaboration.
- **A tous les médecins de l'hôpital de sikasso.**
- **Au Dr Diallo Modibo Kane échographiste et Mme Diallo Mounafa** pour votre soutien aussi moral que matériel.
- A toutes les sages-femmes de l'hôpital de Sikasso : **Mme Berthe Diènèba, Mme Kadiatou Kouyaté, Mme Bengaly Habi, Mme Coulibaly Salimata, Mme Daou Niagaling, Mme Koné Simone, Mme Coulibaly Mariétou, Mme Diallo Oumou, Mme Sidibé Aissata, Mme Sanogo Rokia** pour vos conseils et votre disponibilité pour tous.
- **A toutes les infirmières et infirmières obstétriciennes de l'hôpital de Sikasso**
- **A Mme Sanogo Symba, Mme Diallo Fanta, Mme DIAMOUTENE Kadietou** pour vos conseils.
- **Mr Koné**, chef des infirmiers du bloc opératoire de l'hôpital de Sikasso pour votre soutien logistique et vos conseils qui ont rendu meilleure la qualité de ce travail. Que Dieu vous récompense.
- **A tous les membres et sympathisants de " LIEMA "** pour votre soutien. Soyons unis davantage pour la cause d'ALLAH.
- **A ma belle famille pour m'avoir acceptée parmi elle.**
- **A Mme Koné Mamou Traoré** pour ta bonne compagnie.

- **A toutes mes sœurs de la "NANDI"**

HOMMAGES

AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Professeur SY Assitan SOW

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)
- Chef du service de gynécologie et d'obstétrique du centre de référence de la commune II.

Honorable maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre constante disponibilité et la qualité de vos enseignements ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou DOLO

- Chirurgien des hôpitaux
- Directeur de l'hôpital régional de Sikasso,
- Membre de la recherche et de la lutte contre l'ulcère de Buruli.

Cher maître, nous sommes émerveillés par votre courage, votre sens social élevé, votre goût pour la recherche et le travail bien fait.

Vos conseils et critiques nous ont été toujours d'un apport inestimable.

Veillez croire cher maître à nos considérations les plus distinguées et notre attachement.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Youssouf TRAORE,

- Spécialiste en gynécologie obstétrique,
- Praticien Hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Secrétaire général de la SOMAGO
- Maître assistant au service de gynéco obstétrique du centre hospitalier Gabriel Touré

Honorable maître nous avons été impressionné par vos éminentes qualités humaines et votre haute conscience du devoir.

Votre grande capacité d'écoute, de compréhension et surtout votre grand souci pour la bonne formation de vos étudiants font de vous un maître admirable.

Vous nous avez toujours consacré le temps nécessaire pour la bonne conduite de ce travail.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Salif DIAKITE

- Gynécologue Obstétricien à l'Hôpital Gabriel Touré
- Professeur titulaire chargé de cours à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Cher maître c'est un immense honneur que vous avez fait en nous confiant ce travail.

Nous avons bénéficié de l'enseignement d'un maître expérimenté et surtout d'actualité.

Votre générosité, votre simplicité, votre rigueur scientifique ont forgé notre estime et notre admiration. Cher maître les mots nous manquent pour honorer vos innombrables qualités.

Veillez agréer, honorable maître l'assurance de notre haute considération.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION-----	1- 3
----	-------------------	------

II- Objectifs ----- 4

III-GENERALITES----- 5- 14

1- Définition

2- Historique

2-1 Historique dans le monde

2-2 Historique au Mali

2-3 Différence entre les deux Partogrammes

3- Importance du partogramme

3-1 Document de communication

3-2 Document de décision

3-3 Document médico-légale

3-4 Support de référence pour l'enregistrement

3-5 Support d'évaluation des pratiques des professionnelles.

4- Mode d'enregistrement du partogramme d'une parturiente

IV-METHODOLOGIE-----15- 23

1- Cadre d'étude

1-1 présentation de la région de Sikasso

1-2 présentation des centres de santé

2- lieu d'étude

3- type d'étude

4-population d'étude

5-les critères

5-1 critères d'inclusion

5-2 critères de non inclusion

6- taille de l'échantillon

7-la période d'étude

8-plan d'analyse et de traitement des données

9-paramètres étudiés

10- définitions opérationnelles

V-RESULTATS----- 22- 56

1- données globales

2- données spécifiques à la maternité centrale

3- données spécifiques au CSREF

4- données spécifiques CSCOM

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION----- 57- 62

1- discussion méthodologique

2- paramètres étudiés

3- utilisation du partogramme

VII- CONCLUSION et RECOMMANDATIONS -----63- 64

VIII- BIBLIOGRAPHIE-----65- 68

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : organisation mondiale de la santé

UNICEF: united Nations International Children and Education Found

CSREF: centre de santé de référence

CSCOM : centre de santé communautaire

DRS : direction régionale de la santé publique

BCF : bruit du cœur fœtal

EDS-M : enquête démographique et de santé Mali

DSFC : division santé familiale et communautaire.

ESS : école secondaire de la santé.

CPN : consultation prénatale.

IST : infections sexuellement transmissibles.

ORL : oto-rhino- laryngologie.

I-INTRODUCTION

Le partogramme est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail d'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent. Ce document dont l'utilisation est généralisée depuis les années 70 ; émane en particulier les travaux de E - A Friedman sur la physiologie du travail.

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 (semaines d'aménorrhée).L'accouchement à terme survient entre le début de la 38^e et la fin de la 42^e SA

L'accouchement comme la grossesse sont des moments particuliers de la vie qui comportent un risque évident malgré la révolution qu'ont connu les soins de santé.

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 foetus.

En effet dans les pays développés, l'OMS [24] 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 PHILOPOTT »

Selon l'OMS en 1996 « dans le monde près de 600.000 femmes meurent chaque année suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. »

Selon l'UNICEF [25] 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 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.

AKPADZA.K.S et coll. Cité par Kanté M. [12] trouvent une fréquence de 82,22% de mortalité périnatale au centre régional de Sokodé (TOGO).

KEITA JBM [14] a rapporté que la souffrance fœtale aiguë est la première cause de décès prénataux 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 [22] 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. [2] au CSRF 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 foeto-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 foetale ; éclampsie, fistules vesico-vaginales, hémorragies post-partum 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 ces problèmes

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

❖ **Objectifs**

➤ **Objectif général :**

- Evaluer l'utilisation du partogramme dans les maternités de l'hôpital de Sikasso et des CSCOM de la commune de Sikasso au cours de l'année 2005.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Apprécier la fréquence d'utilisation du partogramme au cours du travail d'accouchement dans les maternités de la commune urbaine de Sikasso.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes.
- Apprécier la qualité de remplissage du partogramme dans les zones test.

II- GENERALITES :

1- DEFINITION :

Selon l'OMS [23 ; 24] 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 :

2-1 HISTORIQUE DU PARTOGRAMME DANS LE MONDE : [1]

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 choisit 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.

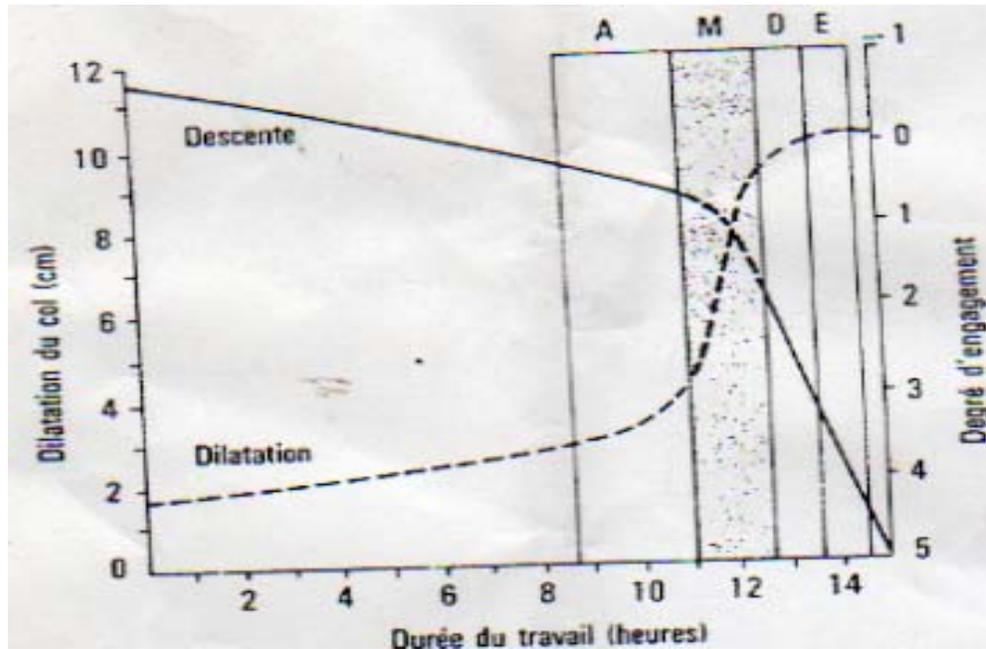
La phase dite de latence correspond à l'effacement du col et sa dilatation jusqu'à 3cm. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare et de 5 à 6 heures pour une multipare.

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.

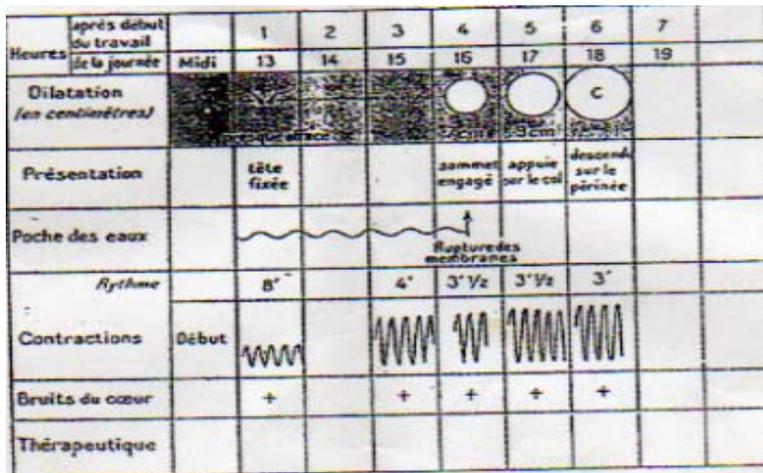


Cette courbe appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme.

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 LANCOMME



PHILPOTT [27,28] en Rhodésie en 1972 cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et plus ou moins qualifié des centres maternels de santé.

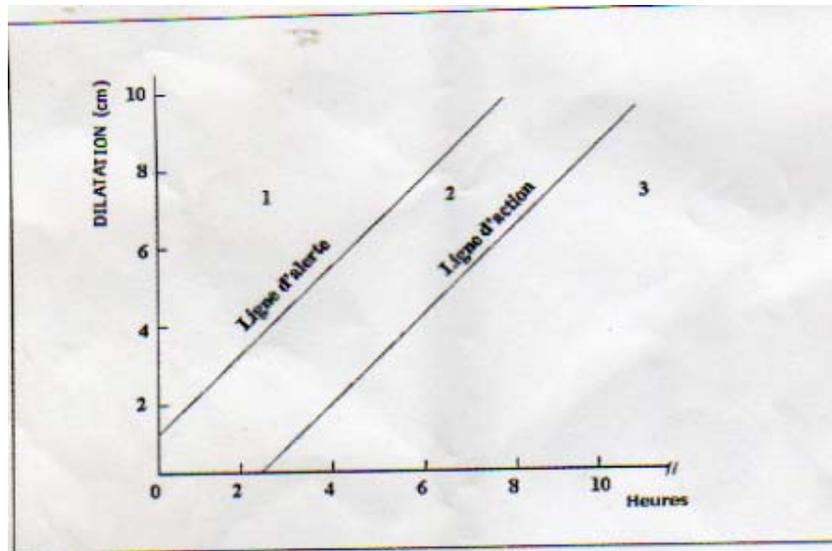
Son objectif est de dépister les disproportions fœto-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde.

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 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate.

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



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

PARTOGRAMME

Nom _____ Sexe _____ Parc _____ Hôpital No. _____
 Date d'admission _____ Heure d'admission _____ Rupture des membranes _____ heure _____

Rythme cardiaque fœtal

Liquide amniotique

Détermination crânienne

Dilatation du col (en cm) (marquer un "X")

Décandé de la tête (marquer un "0")

Phase de latence

Phase active

Alerte

Action

Heure

Nombre de contractions en 10 min.

Oxygène lit. gouttes/min.

Médicaments et injections I.V.

Pouls et T.A.

Temp. °C

Utilise { prot. / acét. / vol.

2- 2 HISTORIQUE DU PARTOGRAMME AU MALI : [12]

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(annexe3).

En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement (annexe4).

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 1^{er} échelon de Bamako (annexe5)

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 24heures.

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 (Annexe 6).

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 DIFFERENCE 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 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 cpn ; 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)

III- METHODOLOGIE :

1- Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans les maternités de l'hôpital de Sikasso ; du centre de référence et celles des CSCOM de Medine, Wayerma, Hamdallaye et du camp militaire.

.1-1 Présentation de la région de Sikasso :

Sikasso appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle occupe le Sud du territoire national. Elle est limitée:

- au Nord-Est par la région de Ségou
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro
- au Sud par la République de Côte d'Ivoire
- à l'Est par le Burkina-Faso
- à l'Ouest par la République de Guinée

A cause de cette situation c'est un véritable carrefour commercial et d'échange culturel.

Elle couvre une superficie de 71.790Km²; elle compte 2131199 habitants dont 81808 d'hommes et 79362 de femmes (source : DRPS/Sikasso ; 2005).

La région de Sikasso compte :

- 7 cercles
- 3 communes urbaines
- 144 communes rurales
- 1831 villages.

Les principales ethnies sont : Sénoufo, Bambara, Miniaka, Samogo, Peulh.

Les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.

Elle comprend deux grandes zones climatiques:

- La zone nord guinéenne, la pluviométrie y est abondante (1 150mm à 1 400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre); avec environ 90 jours de pluie; la température maximale est de 41°C.

- La zone sud soudanienne couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, les cercles de Bougouni et Koutiala. La pluviométrie varie de 750 mm à 1 150mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maxima d'environ 75 jours de pluie. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication sont essentiellement constituées par quatre axes routiers:

- Axe Zegoua-Bamako
- Axe Koury-Koutiala
- Axe Koury-Kimparana-San
- Axe Sikasso-Koutiala-kimparana

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe des unités industrielles qui sont entre autres: 6 usines d'égrainage de coton (SIKASSO, KOUTIALA, BOUGOUNI, KOUMANTOU, KIGNAN, KARANGANA, 2 huileries HAWYT à SIKASSO et HUICOMA à KOUTIALA, une usine de thé à FARAKO).

On y trouve de nombreuses zones d'exploitation aurifères: Morila, Kalana, Siama.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine, la région possède un seul hôpital situé dans la capitale régionale, 8 centres de santé de référence dont 1 par cercle et une zone sanitaire à Sélingué , 165 CSCOM fonctionnels, 17 cabinets de consultation privés. La carte sanitaire définit 186 aires de santé.

Sikasso est une zone où sévit fortement le paludisme (39,72%); les IST y sont courantes également (VIH 1%).

1-2 Présentation des centres de santé :

a- Hôpital régional :

Situé au centre ville, l'hôpital est d'accès facile.

C'est une structure de deuxième référence dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les structures périphériques: SSC (centre de santé de cercle), CSCOM (centre de santé communautaire).

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation des agents de santé et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso est bâti sur 4 hectares et situé en plein centre ville ; il est limité:

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le groupe scolaire A, la BNDA, la Direction Régionale des Impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations:

- Assistance médicale indigène (AMI)
- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissement conséquent raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments datant des temps coloniaux.

> L'hôpital comprend :

- un bloc administratif,
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire,

- un bâtiment pour le service de gynécologie et d'obstétrique (maternité centrale) et le cabinet dentaire.
- un pavillon d'hospitalisation de médecine,
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- deux bâtiments pour la pédiatrie,
- l'ancien bloc administratif comportant l'ophtalmologie, le bureau du Directeur, une salle de consultation et la salle pour les conseillers psychosociaux.
- un bâtiment pour le bloc opératoire, la radiologie et la réanimation,
- Un bâtiment pour le nouveau pavillon comportant un bureau et huit salles huit salles d'hospitalisation de première catégorie et le bureau SIH (système d'information hospitalier)
- l'actuel bloc administratif comportant : le bureau des entrées ; le secrétariat, le service social, la salle de réunion et la pharmacie d'urgence.
- une cuisine,
- des latrines,
- un bâtiment abritant la morgue et le garage,
- un bâtiment pour le bloc des urgences,
- un container pour l'O.R.L.

Le service de gynécologie et d'obstétrique comporte :

- * un bureau pour la sage-femme maîtresse
- * Trois salles d'hospitalisations
- * Deux bureaux de consultation gynéco-obstétrique
- * Une salle de planification familiale.
- * Une salle d'accouchement
- * Une salle d'attente
- * Une salle de pansement
- * Un bureau des sages femmes

* Une salle des infirmières

Le personnel était composé de : deux gynécologues chinois, quatre sages femmes, deux infirmières obstétriciennes et trois aides soignantes.

b-La maternité du centre de référence :

Situé au centre de santé de Mancourani à 4km du CSRéf, l'aire de santé recouvre une population de 26809 habitants des quartiers :

- Mancourani I
- mancourani II
- Lafiabougou

Et des villages environnants:

- Kaboila
- Zandiougoula

Le personnel était composé d'une sage- femme, de deux infirmières obstétriciennes et de trois matrones.

c-La maternité du Cskom de Médine:

Situé à 3km du CSRéf, l'aire de santé recouvre une population de 24671 habitants des quartiers :

- Médine

Att bougou

Et des villages environnants:

- Kamale sirakoro
- Makan diassa
- Zamblara
- N'tobougou
- Badabala
- Nipogodioula
- Ziemougou
- domogo

Le personnel était composé de deux infirmières obstétriciennes et trois matrones.

d- la maternité du Cscm de Wayerma :

Situé à 4km du CSRef, elle recouvre une population de 21734 habitants des quartiers :

Wayerma2

Mamassoni

Et des villages environnants :

Koulsandougou

Longorola

Zanadougou

Nianondiassa

Diakorola

Zanto zianso

N'golo diassa

Diassa bleni

Le personnel était composé d'une sage-femme, de deux infirmières obstétriciennes et trois matrones

e-La maternité du Cscm de Hamdallaye :

Situé à 4km du CSRéf, elle recouvre une population de 18978 habitants du quartier Hamdallaye et des villages environnants :

Yerelombougou

Yerelonzièla

Banankoro

Hamdallaye

Nongou-diassa

Flazambougou

Sirakoro-Tièmokola

Niagassoni

Lamine-Bambala

Le personnel était composé d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne et de trois matrones.

f- La maternité du camp militaire :

Située dans le camp militaire, elle assure la prise en charge des femmes des militaires, des femmes militaires et certaines femmes des quartiers environnants.

Le personnel était composé d'une sage-femme, de deux infirmières obstétriciennes et deux matrones.

Le centre de référence se situe non loin de l'hôpital sur la voie principale Bamako- Sikasso ; son accès est très facile par les patients venant des villages environnants et les ambulances.

Les Cscm se situent au centre des différents quartiers.

2- Lieu d'étude

L'étude a concerné :

- ✓ La maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital de Sikasso.
- ✓ La maternité du centre de santé de référence de Sikasso
- ✓ La maternité du centre de santé communautaire de Médine
- ✓ La maternité du centre de santé communautaire de Wayerma
- ✓ La maternité du centre de santé communautaire Hamdallaye
- ✓ La maternité du centre de santé du camp militaire

3-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective permettant d'évaluer l'utilisation du partogramme dans les maternités de la commune urbaine de Sikasso

4-population d'étude :

Les femmes ayant accouché au niveau de ces maternités pendant la période d'étude.

5-Les critères :

5-1 Critères d'inclusion :

Ce sont les parturientes ayant accouché dans les différents centres pendant la période d'étude

5-2 critères de non inclusion : il s'agit de toutes :

- Les parturientes ayant accouché à domicile
- Les femmes ayant subi une césarienne prophylactique
- Les parturientes admises pour avortement tardif

6- Taille de l'échantillon :

A partir des critères d'inclusion et de non inclusion nous avons étudié 5045 fiches de partogrammes remplis dans les maternités de la commune urbaine de sikasso.

7-Période d'étude :

L'étude a porté sur les partogrammes et les accouchements enregistrés de janvier 2005 à décembre 2005 dans les maternités de la commune urbaine de Sikasso.

8-Plan d'analyse et de traitement des données :

Nous avons utilisé le logiciel Epi .info version 6 pour la saisie et l'analyse des données. Le test statistique utilisé est le Khi^2 avec une probabilité $P < 5\%$

9- 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 incomplet ou 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.

IV RESULTATS

1-données spécifiques à la maternité centrale :

Tableau I: Répartition des parturientes en fonction de l'âge.

Age	Effectif	%
≤ 19ans	764	22,4
20 -35	2329	68,4
≥ 35 ans	218	6,4
Indéterminé	91	2,8
Total	3402	100

Les parturientes ayant un âge compris entre 20 -30ans ont représenté 68,4%.(Khi=120.948 ; p=0.00000)

Tableau II: répartition des parturientes en fonction de la provenance.

Provenance	Effectif	%
Commune urbaine	2123	62,4
Préfecture	213	6,3
Commune	356	10,5
Village	621	18,2
Indéterminée	89	2,6
Total	3402	100

Les parturientes de la commune urbaine ont représenté 62,4%.

Tableau III: Répartition des parturientes en fonction de la parité.

Parité	Effectif	%
Primipare	892	26,2
Pauci pare	1242	36,5
Multipare	644	18,9
Grande multipare	599	17,6
Indéterminé	25	0,7
Total	3402	100%

Les pauci pares ont représenté 36,5% des parturientes.

$\text{Khi}^2=57.016$; $p=0.00000$

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction du mode d'entrée.

mode d'admission	Effectif	%
Venue d'elle-même	2673	78,6
Référée par un agent de santé	618	18,1
Indéterminée	111	3,3
Total	3402	100

Les parturientes venues d'elles mêmes ont représenté 78,6%.

Tableau V: répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	%
HU<36	2334	68,6
HU=36	48	1,4
HU>36	947	27,8
HU indéterminée	73	2,1
Total	3402	100

Les parturientes ayant une hauteur utérine inférieure à 36cm ont représenté 68,6%

Tableau VI : répartition des parturientes en fonction des BCF

Bruits du cœur foetal	Effectif	%
BCF<120	249	7,3
120-160	2532	77,4
BDC>160	206	6,1
BDC absents	360	10,6
BDC indéterminés	55	1,6
Total	3402	100

Les parturientes ayant des BCF compris entre 120 et 160 ont représenté 77,4%

Tableau VII: répartition des parturientes selon la phase du travail à l'entrée.

Dilatation	Effectif	%
Phase de latence	134	3,9
Phase active	2401	70,6
Dilatation complète	805	23,7
Indéterminée	62	1,8
Total	3402	100

70,6% des parturientes sont admises en phase active du travail

Tableau VIII : répartition des parturientes en fonction de la nature de la présentation

Présentation	Effectif	%
Céphalique	2638	77,5
Siège	525	15,4
Transversale	191	5,6
Indéterminée	48	1,4
Total	3402	100

La présentation céphalique a représenté 77,5%

Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction de la coloration du liquide amniotique.

Liquide amniotique	Effectif	%
Clair	2508	73,7
Teinté	642	18,9
Indéterminé	252	7,4
Total	3402	100%

Les parturientes ayant un liquide amniotique clair ont représenté 73,7%.

Tableau X : répartition des parturientes en fonction de la progression de la dilatation au cours du travail.

Phases	Effectif	%
A gauche de la ligne d'alerte	2478	72,8
A droite de la ligne d'alerte	476	14
Atteinte de la ligne d'action	386	11,3
Indéterminée	62	1,8
Total	3402	100

72% des parturientes sont admises en phase active (à gauche de la ligne d'alerte).

Tableau XI: Répartition des parturientes en fonction du score d'Apgar à la naissance

Score d'Apgar	Effectif	%
0	354	10,4
1-4	99	2,9
5-7	226	6,6
≥8	2701	79,4
Indéterminé	22	0,6
Total	3402	100%

Les parturientes ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 ont représenté 79,4%.

Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail.

Durée du travail	Effectif	%
< 12 heures	2101	61,8
12 - 24 heures	767	22,5
> 24 heures	136	4
Indéterminé	398	11,7
Total	3402	100

Les parturientes ayant fait moins de 12 heures de temps en salle de travail ont représenté 61,8%. ($\text{Khi}^2=64.573$; $p=0.00000$)

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de l'issue du nouveau né.

Issue du nouveau né	Effectif	%
Non réanimé	2714	79,8
Réanimé	312	9,2
Mort-né	357	10,4
Indéterminé	19	0,5
Total	3402	100

Les enfants non réanimés ont représenté 79,8%.

Tableau XIV : répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel.

Issue maternelle	Effectif	%
Vivante	3245	95,4
Décédée	0	0
Indéterminée	157	4,6
Total	3402	100

Les parturientes vivantes en post partum ont représenté 95,4%.

Tableau XV : Répartition des partogrammes incorrectement remplis en fonction du type d'erreur.

Type d'erreur	Effectif	%
Partogrammes incomplètement remplis	201	27,4
Les antécédents obstétricaux *	79	10,8
Le 1 ^{er} examen *	82	11,2
Le type de délivrance*	117	16
L'issue du nouveau né*	145	19,8
La surveillance post partum *	109	14,9
Total	733	100

Les fiches de partogrammes incomplètement remplis ont représenté 27,4%.

NB :*= erreur dans le remplissage.

2-Données spécifiques au centre de référence :

Tableau XVI : répartition des parturientes en fonction de l'âge

Age	Effectif	%
<=19	68	16
20-35	244	57,3
>35	36	8,5
Indéterminé	78	18,3
Total	426	100

Les parturientes ayant un age compris entre 20 et 35 ans ont représenté 57,3%. (Khi²=37.583 ; P=0.00000)

Tableau XVII: Répartition des parturientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	%
Commune urbaine	331	77,6
Préfecture	0	0
Commune	0	0
Village	71	16,7
Indéterminée	24	5,6
Total	426	100

Les parturientes provenant de la commune urbaine ont représenté **77,6**.

Tableau XVIII : répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	%
Primipares	89	20,9
Pauci pares	144	33,8
Multipares	80	18,8
Grandes multipares	100	23,5
Indéterminée	13	3
Total	426	100

Les pauci pares ont représenté 33,8% des parturientes. ($\text{Khi}^2=22.002$; $p=0.00000$)

Tableau XIX : répartition des parturientes en fonction du mode d'entrée.

Mode d'entrée	Effectif	%
Venue d'elle-même	377	88,5
Référée	0	0
Indéterminée	49	11,5%
Total	426	100

Les parturientes non référées ont représenté 88,5%.

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	%
HU<36	371	87,1
HU=36	0	0
HU>36	17	4
Indéterminée	38	8,9
Total	426	100

87,1% des parturientes avaient une hauteur utérine inférieure à 36.

Tableau XXI : répartition des parturientes en fonction des BCF à l'admission

Bruit cardiaque foetal	Effectif	%
BCF<120	0	0
120-160	389	91,3
BCF>160	0	0
BCF absent	9	2,1
Indéterminée	28	6,6
Total	426	100

91,3% des parturientes avaient les BCF compris entre 120 et 160 à la minute.

Tableau XXII: répartition des parturientes selon la phase du travail

Dilatation à l'entrée	Effectif	%
Phase de latence	0	0
Phase active	192	45
Dilatation complète	223	52,3
Indéterminée	11	2,6
Total	426	100

52,3% des parturientes étaient à dilatation complète à l'admission.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction de la nature de la présentation

Présentation	Effectif	%
Céphalique	407	95,5
Siège	4	1
Transversale	0	0
Indéterminée	15	3,5
Total	426	100

La présentation céphalique fœtale a représenté 95,5%.

Tableau XXIV : répartition des parturientes en fonction de la coloration du liquide amniotique.

Liquide amniotique	Effectif	%
Clair	319	74,9
Teinté	46	10,8
Indéterminé	61	14,3
Total	426	100%

Les parturientes ayant un liquide amniotique clair à la rupture de la poche des eaux ont représenté 74,9% du total.

Tableau XXV : Répartition des parturientes en fonction de la progression de la dilatation au cours du travail.

Phases	Effectif	%
A gauche de la ligne d'alerte	409	96
A droite de la ligne de la ligne d'alerte	10	2,3
Atteinte de la ligne d'action	0	0
Indéterminée	7	1,6
Total	426	100

Les parturientes admises avec une dilatation cervicale à gauche de la ligne d'alerte ont représenté 96%.

Tableau XXVI: répartition des nouveaux nés en fonction de l'issue néonatale

Issue néonatale	Effectif	%
Non réanimés	391	91,8
Réanimés	15	3,5
Morts nés	12	2,8
Indéterminés	8	1,9
Total	426	100

Les nouveaux nés non réanimés à la naissance ont représenté 91,8%

Tableau XXVII: répartition des parturientes en fonction de la durée du travail

Durée de travail	Effectif	%
< 12	263	61,7
12 – 24	77	18,1
> 24	7	1,6
Indéterminée	79	18,5
Total	426	100

Les parturientes ayant fait moins de 12 heures de temps en salle de travail ont représenté 61,7%. (Khi²=27.152 ; p=0.00000)

Tableau XXVIII: répartition des nouveaux nés en fonction du score d'Apgar

Score d'Apgar	Effectif	%
0	11	2,6
1-3	0	0
4-7	9	2,1
≥8	381	89,4
A= indéterminé	25	5,9
Total	426	100

Les nouveaux nés ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à la naissance ont représenté 89,4%

Tableau XXIX : répartition des parturientes en fonction du pronostic maternel

Issue maternelle	Effectif	%
Vivante	407	95,5
Décédée	0	0
Indéterminée	19	4,5
Total	426	100

Les parturientes vivantes après accouchement ont représenté 95,5%.

Tableau XXX: répartition des partogrammes incorrectement remplis en fonction du type d'erreur

Types d'erreur	Effectif	%
Partogrammes incomplètement remplis	51	34,7
Les antécédents obstétricaux*	14	9,5
Le premier examen*	10	6,8
Le type de délivrance*	18	12,2
L'issue du nouveau né*	22	15
La surveillance post-partum*	32	21,8
Total	147	100

Les Partogrammes incomplètement remplis ont représenté 34,7%

NB :*=erreur dans le remplissage.

3-Données spécifiques aux CSCom :

Tableau XXXI : répartition des partogrammes en fonction de l'âge

Age	Structures							
	Maternité Cscm Médine		Maternité Cscm Wayerma		Maternité Cscm Hamdalaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<=19	84	21	67	17,5	94	24,5	11	21,1
20-35	286	71,7	211	55,1	217	56,7	33	63,5
>35	20	5	17	4,4	20	5,2	07	13,5
Indéterminé	09	2,3	88	23	52	13,6	01	1,9
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes ayant un âge compris entre 20 et 30ans ont représenté 71,7% au Cscm de Médine ($\text{Khi}^2=69,657$; $p=-0.00000$) ; 55,1% au Cscm de Wayerma ($\text{Khi}^2=32.007$; $p= -0.00000$) ; 56,7% au Cscm d'Hamdallaye ($\text{Khi}^2=40.295$; $p= 0.00000$) et 63,5% à la maternité du camp militaire. ($\text{Khi}^2=23.716$; $p=0.0000$)

Tableau XXXII: Répartition des parturientes en fonction de la provenance

Provenance	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Commune	292	73,2	274	71,5%	326	85,1	47	90
Préfecture	0	0%	0	0	0	0	0	0
Commune	0	0%	0	0	0	0	0	0
Village	84	21,1	78	20,1	41	10,5	0	0
Indéterminée	23	5,8	31	8,1	16	4,2	5	9,6
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes venant de la commune urbaine ont représenté 90%.

Tableau XXXIII : répartition des parturientes en fonction de la parité.

Parité	Structures							
	Cscm Médine		Cscm Wayerma		Cscm Hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primipares	81	20,3	80	20,9	86	22,5	15	28,8
Pauci pare	142	35,6	142	37,1	137	35,8	14	26 ,9
Multipares	96	24,1	81	21,1	97	25,3	7	13,5
Grandes multipares	72	18	66	17,2	49	12,8	13	25
Indéterminée	8	2	14	3,7	14	3,6	03	5,8
Total	399	100	383	100	383	100	52	100%

Les pauci pares ont représenté 35,8% au Cscm de Medine ($Khi^2=21.092$; $p=0.00000$) ; 37,1% au Cscm de Wayerma ($Khi^2=19.705$; $p=0.00000$) ; 35,8% au Cscm de Hamdallaye ($Khi^2=19.407$; $p= -0.00000$) et les primipares ont représenté 29%des parturientes de la maternité du camp militaire. ($Khi^2=6.210$; $p=0.00000$)

Tableau XXXIV: répartition des parturientes en fonction du mode d'entrée.

Mode d'entrée	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdalaye		Maternitécamp militaire	
	effectif	%	effectif	%	Effectif	%	effectif	%
Non référée	367	92	347	90,6	356	93	46	88,5
Référée	0	0	0	0	0	0	0	0
Indéterminée	32	8	36	9,4	27	7%	6	11,5
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes non référées ont représenté 92% au cscm de Medine ; 90,6% au cscm de Wayerma ; 93% au cscm de Hamdalaye et 88,5% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXV: répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdalaye		Maternité camp militaire	
	effectif	%	effectif	%	Effectif	%	effectif	%
HU<36	366	91,7	341	89	346	90,3	44	84,6
HU=36	0	0	0	0	0	0	0	0
HU>36	0	0	0	0	0	0	0	0
Indéterminée	33	8,3	42	11	37	9,7	8	15,4
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes ayant une hauteur utérine inférieure à 36 ont représenté : 91,7% au cscm de medine ; 89% au cscm de wayerma ; 90,3% au cscm de hamdalaye et 84,6% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXVI : répartition des parturientes en fonction des BCF.

Bruits du cœur fœtal	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdallaye		Maternité camp militaire	
BCF<120	0	0	0	0	0	0	0	0
120-160	377	94,5	362	94,5	366	95,6	45	86,5
BCF>160	0	0	0	0	0	0	0	0
BCF absents	8	2	2	0,5	6	1,5	2	3,8
Indéterminés	14	3,5	19	5	11	2,5	5	9,6
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes présentant des BCF compris entre 120 et 160 ont représenté 94,5% au cscm de Medine et wayerma ; 95,6% au cscm de hamdallaye et 86,5% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXVII : répartition des parturientes selon la phase du travail

Phases	Structures							
	Cscm medine		cscmwayerma		Cscm hamdallaye		Maternité camp militaire	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Phase de latence	0	0	0	0	0	0	0	0
Phase active	214	53,6	196	51,2	155	40,5	22	42,3
Dilatation complète	167	41,8	174	45,4	206	53,8	27	51,9
Indéterminée	18	4,5	13	3,4	22	5,7	3	5,8
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes admises à la phase active ont représenté 53,6% au cscm de Medine ; 51,2% au cscm de wayerma et celle admise à dilatation cervicale complète ont représenté 53,8% au cscm de hamdallaye ; 51,9% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes en fonction de la nature de la présentation

présentation	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdallaye		Maternité camp militaire	
Céphalique	363	91	348	90,9	346	90,3	45	86,5
Siège	17	4,3	14	3,6	23	6	1	1,9
Transversale	0	0	0	0	0	0	0	0
Indéterminée	19	4,7	21	5,5	14	3,6	6	11,5
Total	399	100	833	100	383	100	52	100

La présentation céphalique fœtale à l'admission a représenté 91% au Cscm de Medine ; 90,9% au Cscm de Wayerma; 90,3% au Cscm de Hamdallaye et 86,5% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXIX: répartition des parturientes en fonction de la coloration du liquide amniotique

Liquide amniotique	Structures							
	Maternité Cscm Médine		Maternité Cscm Wayerma		Maternité Cscm Hamdallaye		Maternité Camp Militaire	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	Effectif	%
Clair	340	85,2	320	83,5	296	77,3	32	61,5
Teinté	10	2,5	16	4,2	61	15,9	3	5,8
Indéterminé	49	12,3	47	12,3	26	6,8	17	32,7
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes ayant un liquide amniotique clair ont représenté 85,2% au Cscm de Médine ; 83,5% au Cscm de Wayerma ; 77,3% au Cscm de Hamdallaye et 61,5% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXX:répartition des parturientes en fonction de la progression de la dilatation au cours du travail.

Courbe de dilatation	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A gauche de la ligne d'alerte	371	93	365	95,3	352	92	49	94,2
A droite de la ligne d'alerte	10	2,5	05	1,3	9	2,3	0	0
Atteinte de la ligne d'action	0	0	0	0	0	0	0	0
Phase indéterminée	18	4,5	13	3,4	22	5,7	3	5,8
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes ayant accouché à gauche de la ligne d'alerte ont représenté 93% au Cscm de Medine ; 95,3% au Cscm de Wayerma ; 92% au Cscm de Hamdallaye et 94,2% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXXI: répartition des parturientes en fonction de l'issue du nouveau né.

Issue du nouveau né	Structures							
	Cscom Médine		Cscom Wayerma		Cscom Hamdallaye		Camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
Non réanimé	341	85,5	328	85,6	350	91,3	38	73,1
Réanimé	37	9,3	43	11,2	14	3,6	5	9,6
Mort né	10	2,5	3	0,8	6	1,6	3	5,7
Indéterminée	11	2,7	9	2,3	13	3,3	6	11,5
Total	399	100	383	100	383	100	52	100%

Les nouveaux nés non réanimés ont représenté 85,5% au Cscom de Médine ; 85,6% au Cscom de Wayerma ; 91,3% au Cscom de Hamdallaye et 73,1,% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXXII : répartition des parturientes en fonction de la durée du travail.

Durée de travail	Structures							
	Maternité Cskom Médine		Maternité Cskom Wayerma		Maternité Cskom Hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<12	239	59,9	175	45,7	270	70,5	38	73,1
12-24	45	11,3	90	23,5	69	18	07	13,5
>24	5	1,3	06	1,6	03	0,8	01	1,9
Indéterminée	110	27,6	112	29,2	41	10,7	06	11,5
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes ayant fait moins de 12 heures de temps dans le travail d'accouchement ont représenté 59,9% au Cskom de Médine ($\text{Khi}^2=21.792$; $p=-0.00000$) ; 45,7% au Cskom de Wayerma ($\text{Khi}^2=20.841$; $p=-0.00000$) ; 70,5% au Cskom de Hamdallaye ($\text{Khi}^2=22.637$; $p=0.00000$) et 73,1% à la maternité de camp militaire.

Tableau XXXXIII: répartition des nouveaux nés en fonction du score d'Apgar

Score d'Apgar	Structures							
	Maternité Cscm Médine		Maternité Cscm Wayerma		Maternité Cscm Hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	08	2	11	2,9	05	1,3	02	3,8%
1-3	0	0	01	0,3	0	0	0	0
4-7	13	3,2	22	5,7	29	7,6	8	15,4
≥8	339	85	304	79,4	298	77,8	37	71,2
Indéterminé	39	9,8	45	11,7	51	13,3	05	9,6%
Total	399	100%	383	100%	383	100%	52	100%

Les nouveaux nés ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 ont représenté 85% au Cscm de Médine ; 79,4% au Cscm de Wayerma ; 77,8% au Cscm de Hamdallaye et 71,2% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXIV: répartition du partogramme en fonction en fonction du pronostic maternel.

Issue maternelle	Structures							
	Cscm medine		Cscm wayerma		Cscm hamdalaye		Maternité camp militaire	
	effectif	%	effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Vivante	384	96,2	359	93,7	365	95,3	47	90,4
Décédée	0	0	0	0	0	0	0	0
Indéterminée	15	3,2	24	6,3	18	4,7	5	9,6
Total	399	100	383	100	383	100	52	100

Les parturientes vivantes après accouchement ont représenté 96,2% au Cscm Medine ; 93,7% au Cscm de Wayerma ; 95,3% au Cscm de Hamdalaye et 90,4% à la maternité du camp militaire.

Tableau XXXXV: répartition des partogrammes incorrectement remplis en fonction du type d'erreur

Type d'erreur	Maternité Cscom Médine		Maternité Cscom Wayerma		Maternité Cscom Hamdallaye		Maternité camp militaire	
	Effectif	%	Effectif	%	effectif	%	Effectif	%
	Partogrammes incomplètement remplis	29	33,7	36	25	31	36	18
Antécédents obstétricaux *	11	12,8	13	9	12	13,9	02	5,7
Premier examen *	07	8,1	09	6,3	08	9,3	02	5,7
Le type de délivrance *	15	17,4	32	22,2	16	18,6	04	11,4
L'issue du nouveau né *	08	9,3	21	14,6	05	5,8	03	8,6
La surveillance Post-partum *	16	18,6	33	22,9	14	16,3	06	17,1
Total	86	100	144	100	86	100	35	100

Les partogrammes incomplètement remplis ont représenté 33,7% au Cscom de Médine ; 25% au Cscom de Wayerma ; 36% au Cscom d'Hamdallaye et 51,4% à la maternité du camp militaire.

NB : *=erreur dans le remplissage.

4-Données globales :

Tableau XXXXVI: relation entre parité et progression du travail.

Phase de travail	Parité				
	Primipares	paucipares	Multipares	Grandes multipares	Indéterminée
A gauche de la ligne d'alerte	919(73,9%)	1637(89,9%)	913(90,8%)	823(91,5)	61(79,2%)
A droite de la ligne d'alerte	166(13,4%)	86(4,7%)	39(3,9%)	27(3%)	3(3,9%)
Atteinte de la ligne d'action	134(10,8%)	67(3,7%)	19(1,9%)	21(2,3%)	5(6,5%)
Indéterminée	24(1,9%)	31(1,7%)	34(3,4)	28(3,1%)	8(10,4%)
Total	1243(100%)	1821(100%)	1005(100%)	899(100%)	77(100%)

$\text{Khi}^2=1684,66$

$P=10^{-8}$

Dans ce rapport nous avons :

- 73,9% des primipares qui ont accouché avant la ligne d'alerte et 10,8% sur la ligne d'action.
- 90,8% des multipares ont accouché avant la ligne d'alerte et 1,9% sur la ligne d'action.

Nous pouvons dire qu'il existe une relation entre la parité et la dynamique cervicale.

Tableau XXXVII : relation entre progression de travail et score d'apgar

Dilatation	Score d'Apgar				
	0	1- 4	5- 7	≥8	Indéterminée
A gauche de la ligne d'alerte	171(44,2%)	241(78,5)	241(78,5)	3493(86%)	94(50,3%)
A droite de la ligne d'alerte	102(26,4%)	18(18%)	36(11,7)	296(7,3%)	58(31%)
Atteinte de la ligne d'action	86(22,2%)	08(8%)	13(4,2)	239(5,9%)	6(3,2%)
Indéterminée	28(7,2)	19(19%)	17(5,5)	32(0,8%)	29(15,5%)
Total	387(100)	100(100%)	307(100)	4060(100)	187(100%)

$\text{Khi}^2=1645,54$

$P=10^{-8}$

Nous avons :

-86% des accouchements ayant lieu avant la ligne d'alerte ont donné des nouveaux nés avec un score d'Apgar ≥ 8 .

- La valeur positive prédictible de la ligne d'action est : $239/353=67,7\%$

Nous pouvons dire qu'il existe une relation entre l'évolution de la dilatation et le score d'Apgar

Tableau XXXXVIII: relation entre durée du travail et parité.

Durée de travail	Parité				
	Primipares	Pauci pares	Multipares	Grande multipares	Indéterminé
<12	709 (57%)	1334 (73,3%)	664 (66,1%)	521 (57,9%)	45 (58,4%)
12-24	411 (33,1%)	347 (19,1%)	206 (20,5%)	185 (20,6%)	15 (19,5%)
>24	85 (6,8%)	50 (2,7%)	67 (6,7%)	63 (7%)	2 (2,6%)
Indéterminé	38 (3,1%)	90 (4,9%)	68 (6,8%)	130 (14,5%)	15 (19,5%)
Total	1243 (100%)	1821 (100%)	1005(100%)	899 (100%)	77 (100%)

Le travail a duré moins de 12 heures dans 73,5% des cas chez les pauci pares. (Khi²=1394.35 ; P=0.00000000)

Tableau IL: relation entre durée du travail et la coloration du liquide amniotique.

Durée de travail	Liquide amniotique		
	Clair	Teinté	Indéterminé
<12	2704 (70,1%)	345 (44,3%)	242 (58,9%)
12-24	717 (18,6%)	254 (32,6%)	84 (20,4%)
>24	91 (2,4%)	40 (5,1%)	4 (1%)
Indéterminée	344 (8,9%)	139 (17,9%)	81 (19,7%)
Total	3856 (100%)	778 (100%)	411 (100%)

70,1% des parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair ont accouché en moins de 12 heures de temps. (Khi²=403.71 ; P=0.00000000)

Tableau L: relation entre durée du travail et issue néonatale.

Durée de travail	Issue néonatale							
	Non réanimés		Réanimés		Mort-nés		Indéterminée	
<12	2921	(70,2%)	314	(73,7%)	151	(38,6%)	14	(21,2%)
12-24	766	(18,4%)	45	(10,6%)	144	(36,8%)	26	(39,4%)
>24	88	(2,1%)	44	(10,3%)	29	(7,4%)	15	(22,7%)
Indéterminée	387	(9,3%)	23	(5,4%)	67	(17,1%)	11	(16,7%)
Total	4162	(100%)	426	(100%)	391	(100%)	66	(100%)

-70,2% des nouveaux nés issus d'une durée de travail inférieure à 12 heures n'ont pas été réanimés contre seulement 2,1% de ceux issus d'une durée de travail supérieure à 24 heures
($\text{Khi}^2=529.26$; $P=0.00000000$)

Tableau LI : relation entre durée de travail et score d'Apgar

Durée de travail	Score d'Apgar									
	A=0	A= 1- 3	A= 4- 7	A ≥8	Indéterminé					
<12	146	(37,7%)	16	(16%)	69	(22,5%)	2633	(64,8%)	86	(46%)
12-24	141	(36,4%)	31	(31%)	108	(35,2%)	832	(20,5%)	28	(15%)
>24	25	(6,5%)	35	(35%)	113	(36,8%)	162	(4%)	9	(4,8%)
Indéterminée	75	(19,4%)	18	(18%)	17	(5,5%)	433	(10,7%)	64	(34,2%)
Total	387	(100%)	100	(100%)	307	(100%)	4060	(100%)	187	(100%)

64,8% des nouveaux issus d'une durée de travail inférieure à 12 heures ont présenté un score d'Apgar supérieur à 7 contre 4% de ceux issus d'une durée de travail supérieure à 24H

Tableau LII : fréquence d'utilisation du partogramme par centre

Structures	Nombre d'accouchement		Fiche de partogramme	
	Effectif	%	Effectif	%
Maternité centrale	4214	69	3402	80,7
Maternité du csref	483	8	426	88,2
Maternité du cscom de Médine	453	7,4	399	88,1
Maternité du cscom Wayerma	425	7	383	90,1
Maternité cscom Hamdallaye	459	7,5	383	83,4
Maternité camp militaire	67	1,1	52	77,6
Total	6101	100	5045	

(Khi²=147.55 ; p=0.00000000)

Nous constatons que dans aucune structure la fréquence d'utilisation du partogramme n'a atteint 100%.

Tableau LIII : répartition des partogramme en fonction des prestataires

Structures	Sage-femme		Infirmière obstétricienne		Matrone		Sans information		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maternité Gyneco- obstétrique Maternité centre référence	3246	95,4	148	4,4	0	0	8	0,2	3402	100
Maternité cscm Médecine Maternité cscm	41	9,6	07	1,6	377	88,5	1	0,2	426	100
Wayerma Maternité cscm	01	0,2	193	48,4	204	51,1	1	0,2	399	100
Hamdallaye Maternité camp militaire	57	14,9	57	14,9	261	68,1	8	2,1	383	100
	69	18	04	1	309	80,6	1	0,3	383	100
	04	7,7	26	50	22	42,3	0	0	52	100

Tableau LIV: fréquence de la qualité de remplissage du partogramme par structures

Structures	Correctement rempli		Incorrectement rempli		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maternité centrale	2669	78,5	733	21,5	3402	100
Maternité csrf	279	65,5	147	34,5	426	100
Maternité cscm						
Médine	313	78,4	86	21,6	399	100
Maternité cscm						
Wayerma	246	64,2	137	35,8	383	100
Maternité cscm						
Hamdallaye	297	77,5	86	22,5	383	100
Maternité camp militaire	17	32,7	35	67,3	52	100

Les partogrammes correctement remplis ont représenté 78,5% à la maternité centrale contre 65,5% au csrf ; 78,4% au cscm de Médine ; 77,5 au cscm d'Hamdallaye ; 64,2% au cscm de Wayerma et 32,7% à la maternité du camp militaire.

Tableau LV : fréquence des voies d'accouchement par centre

Structures	Voie basse spontanée		Voie basse non spontanée		Voie haute		Voie indéterminée	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maternité centrale	2303	64,3	104	100	312	100	683	65,2
maternité csrf	343	9,6	0	0	0	0	83	7,9
Maternité Médine	313	8,7	0	0	0	0	86	8,2
Maternité Wayerma	237	6,6	0	0	0	0	146	13,9
Maternité Hamdallaye	349	9,7	0	0	0	0	34	3,2
Maternité camp	36	1%	0	0	0	0	16	1,5
Total	3581	100	104	100	312	100	1048	100

Tous les accouchements par voie basse non spontanée, toutes les césariennes et 64,3% des accouchements par voie basse spontanée ont été effectués à la maternité centrale. ($\text{K}hi^2=447.05$; $p=0.00000000$)

Commentaire et discussion:

1- discussion méthodologique : Nous avons effectué une étude rétrospective sur l'appréciation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso.

Comme toute étude rétrospective des données ont manqué au moment de la collecte et nous n'avons pas apprécié le déroulement de l'utilisation de cet outil indispensable au suivi de la parturition.

Certaines données ont manqué à cause du fait que les fiches de partogramme étaient soit incorrectement soit incomplètement remplies.

2- Paramètres étudiés :

- qualification des prestataires : à la maternité centrale plus de 90% des partogrammes sont remplis par des sages-femmes. Contrairement au CSRF et Cscm ou la majorité des prestataires est représentée par les matrones et les infirmières obstétriciennes.

Ce taux est un peu supérieur à celui retrouvé par KANTE.M [12] à l'hôpital Gabriel Touré (82,5%).

Age :

Dans nos structures la plupart des parturientes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans (tableaux I ; XVI et XXXI) ; l'âge moyen ayant été respectivement de 25 ans ; 21 ans ; 22 ans à la maternité centrale, au centre de référence et dans les Cscm, taux proche de celui de SANOGO A. [29] qui a été de 23 ans au centre de référence de la commune V.

La provenance :

Plus de la moitié de nos parturientes venaient de la commune urbaine de Sikasso.

Parité :

Elles étaient pauci pares dans au moins 1/3 des cas dans tous les centres enquêtés et la parité moyenne a été respectivement de 2,4 ; 2,6 ; 2,5 à la maternité centrale, au centre de référence et dans les Cscm.

- mode d'entrée :

La grande majorité des parturientes venaient d'elles même.

Les références sont retrouvées uniquement à la maternité centrale soit 18,1% des accouchements réalisés à la maternité centrale.

Sur notre effectif le taux de référence revient à 12,2% qui est un peu inférieur à celui retrouvé par **Kanté.M [12]**.

- la hauteur utérine :

Les hauteurs utérines excessives ont été retrouvées à la maternité centrale (27,8%), et quelques rares cas au CSRF (4%)

Ces taux sont largement inférieurs à celui retrouvé par DEMBELE D [6] et ISSA TOGO [31].

- bruits du cœur fœtal :

Près de 90% de nos parturientes avaient des BCF compris entre 120 et 160 à la minute. Ils étaient absents chez 2% à 6% des parturientes selon les centres.

Les bradycardies et tachycardies fœtales ont été retrouvées seulement à la maternité centrale.

-la présentation du fœtus :

Plus de 80% de nos fœtus étaient en présentation céphalique.

La présentation transversale a été particulièrement retrouvée à la maternité centrale (5,6%) ;

La présentation du siège également à la maternité centrale (15,4) et quelques très rares cas au CSRF soit 1%.

- la phase de la dilatation :

Environ 62% de nos parturientes sont admises dans la phase active du travail à la maternité centrale contrairement au Cscm où la majorité des parturientes sont admises à la dilatation cervicale complète.

Les parturientes reçues en phase de latence ont été retrouvées uniquement à la maternité centrale soit 12,6%.

- la coloration du liquide amniotique :

Les parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair à la rupture de la poche ont représenté 60 à 80% selon les centres.

La progression du travail :

Plus de 90% de nos parturientes ont accouché avant l'atteinte de la ligne d'alerte dans les Cscm et environ 73% à la maternité centrale.

En relation avec le score d'Apgar, les parturientes ayant accouché dans la phase d'alerte et d'action ont donné des nouveaux nés à bas score d'Apgar.

-La voie d'accouchement

Plus de la moitié des accouchements à la maternité centrale ont été effectués par la voie basse et 9,2% par la voie haute

Tous les accouchements dans les Cscm et CSRF sont effectués par la voie basse spontanée.

-le score d'Apgar :

70 à 90% de nos nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8%.

Le score d'Apgar inférieur ou égal à 7 a représenté 19,9% à la maternité centrale ; 4,2% au CSRF ; 5,2% au Cscm de Medine ; 9% au cscm de Wayerma ; 8,8% au Cscm de Hamdalaye et 19,2% à la maternité du camp militaire. Ces taux sont inférieurs ou supérieurs selon les centres à celui retrouvé par BAMBA. M [2] 6,1% mais ils sont de loin inférieurs à celui de DEMBELE [6] qui a retrouvé 56,6%.

- la durée du travail :

Plus de la 60% de nos parturientes ont mis moins de 12 heures de temps en salle de travail

En relation avec la parité, la durée de travail a été plus longue chez les primipares et les grandes multipares

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.

-Issue du nouveau né :

Les nouveaux nés au décours de l'utilisation du partogramme avaient un état à la naissance généralement satisfaisant (tableau XXVI, XXXI, XIII)

- le pronostic maternel :

Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude contrairement à celle de KANTE.M [12] qui a retrouvé 0,4%.

3- Utilisation du partogramme :

Les fréquences d'accouchement dans les différents centres ont varié avec des extrêmes de 4214 accouchements à la maternité centrale et 67 à la maternité du camp militaire (voir tableau LII)

Dans la plupart des centres le partogramme a été utilisé, mais dans aucun centre étudié le taux d'utilisation du partogramme n'a atteint 100%. Cette fréquence est plus élevée que celles retrouvées par SANOGO A. [29] lors d'une étude réalisée dans la commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partogramme et KONE M. [15] qui en a rapporté 48% dans le Cscm de Ganranguibougou.

Cette disparité dans l'utilisation du partogramme 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 partogramme est supérieur à 80%, nous avons plus de sages-femmes et d'infirmières obstétriciennes que de matrones.

Par contre KANTE M [12] a rapporté lors d'une étude réalisée à la maternité de l'hôpital national du point G que la qualification des prestataires n'a pas influé significativement sur la qualité de remplissage du partogramme car 17% des partogrammes ont été incorrectement rempli par les sages-femmes et 13% par les internes.

Cette étude ayant été faite dans une structure de 3^e niveau pourrait expliquer cette différence.

La qualité de remplissage du partogramme a varié selon le centre étudié et selon la qualification des prestataires. Ainsi nous avons noté que plus nous allons du niveau le plus haut de la pyramide sanitaire (Csref et hôpital) vers le plus bas (Cscm), la qualité de la qualification des prestataires va decrescendo.

C'est ainsi que nous avons noté 95,4% de réalisation du partogramme par les sages-femmes à la maternité centrale et 9,6% au centre de référence ; taux dix fois supérieur à celui du Csref.

Les infirmières obstétriciennes et les matrones ont assuré le remplissage du partogramme surtout dans les Cscm et la maternité du centre de référence. Cette tendance est observée dans le remplissage correct des partogrammes. En effet dans 78,5% des cas, le partogramme a été considéré comme correctement rempli à la maternité centrale contre 65,5% ; 78,4% ; 64,2% et 77,5% respectivement à la maternité du centre de référence, les Cscm de Medine, de Wayerma ; de Hamdallaye et à la maternité du camp militaire où le taux de partogramme incorrectement rempli avoisine 70%.

Les principales erreurs notifiées sur les fiches de partogramme à la maternité centrale ont été dominées par le remplissage incorrect des antécédents, l'insuffisance de données sur l'issue néonatale et la surveillance du post-partum.

Cette tendance est observée dans le centre de référence où le partogramme était incorrectement rempli dans 35% des cas.

Dans les Cscm, les partogrammes incorrectement remplis ont représenté 34%, 26%, 36% respectivement dans les Cscm de Medine, de Wayerma et d'hamdalaye.

A la maternité du camp militaire, la moitié des partogrammes était incomplètement remplie.

En effet, l'utilisation du partogramme permet de mettre en évidence des situations pathologiques qui sont préjudiciables au fœtus. Ainsi la prise en charge de ces pathologies assure dans bien des cas un meilleur pronostic maternel et fœtal.

Conclusion :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur l'utilisation du partogramme dans six maternités de la commune urbaine de Sikasso sur la période allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2005.

Ainsi nous avons noté que le taux d'utilisation du partogramme variait de 77,6% à 90,1% selon les centres. Les principales insuffisances dans l'utilisation du partogramme dans ces centres étaient que les partogrammes étaient incorrectement remplis (21,5% à la maternité centrale ; 35% au centre de santé de référence et 51,4% à la maternité du camp militaire. Certaines données (antécédents obstétricaux, examen à l'admission, type de délivrance, issue du nouveau né et la surveillance du post-partum) ont été le plus souvent incorrectement rapportées sur les partogrammes dans la plupart des centres.

La qualification de l'agent ayant rempli le partogramme a été déterminante dans la qualité de cet outil.

L'amélioration de la qualité du remplissage du partogramme gage de l'amélioration du pronostic maternel et foetal, passe par le remplissage à bon escient de cet outil.

La sensibilisation des agents quant à l'intérêt du partogramme peut contribuer à sa meilleure utilisation.

Recommandations :

Aux autorités :

- Assurer régulièrement la fourniture en partogramme des centres de santé par les gestionnaires.
- Assurer la formation continue des prestataires en partogramme et en gynéco obstétrique.
- 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 compétence gynéco obstétrique et une sage-femme.
- Affecter dans chaque centre de référence un gynécologue obstétricien.
- Faire une mise à niveau des agents des centres étudiés particulièrement ceux de la maternité du camp militaire.

Au 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 venir toujours accoucher dans les centres de santé.

Références

1- ANAES

<http://www.has-santé.fr/portal/upload/>

[upload/docs/application/pdf/partogramme.Pdf](http://www.has-santé.fr/portal/upload/docs/application/pdf/partogramme.pdf)

Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme

Janvier 2000

2-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

3-Berthé Y.

Pronostic foëto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de gynéco-obstétrique du CHU de Bouaké en un an.

4-Berthe S.

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (L'approche épidémiologique). Thèse médecine: Bamako, 1983-94p

5-Boullin D. ; Founier G. ; Gueye A. ; Diadhiou F. ; Cisse C.T.

Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal .Cahiers santé 1994 ;4 :399-406.

6- DEMDELE D.

Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSRF CII de BKO.

Thèse de Med.BKO.2002 ;70 ;158

7- Dumont M, Morel P.

Histoire de l'obstétrique et gynécologie Lyon :

Simep édition 1968 : 18-82

8- EDS - MALI II 1995-1996.page 181

Mortalité Maternelle .PP :183

9- Enquête démographique et de santé Mali III EDSM III de 2001. Page 183.

10- Giovangrandi Y., Sauvanet E., Magnin G. Intérêt et signification de la mesure du PH dans le diagnostic de la souffrance foetale au cours du travail et à la naissance. J Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod 1983 ;

112 : 741-5

11-Grall J.Y., Dubois T., Moquet P.Y., Poualin P., Blanchot J., Laurent M.C.

Présentation du siège. Editions techniques, Encycl Méd Chirurg (Paris-France), obstétrique, 5-049-L40 ,1994 :14.

12- kanté M.

Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques.

Thèse de Med., Bamako 1999. 62p. 75

13- Kazadi-buanga J., Tine C., Diene C.P.

Les intérêts de la césarienne de Misgav Ladach dans la prise en charge des dystocies. Médecine d'Afrique noire2001, 48(7) ,315-319

14-Keita J.B.M.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de gynécologie et d'obstétrique du point G

Thèse Med Bamako1992 n °12

15- KONE M.

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le cscm de Garantiguibougou.

Thèse de Med Bamako 2007, n°188

16-LANSAC J., BODY G. Pratique de l'accouchement SIMEP ;
1992

17- Lansac J., Body G.; Magnin. Pratique chirurgicale en
gynécologie obstétrique .Paris, édition Masson, 358pages.

18- Lansac J. Obstétrique pour le praticien.4eme édition Masson,
paris, 2003.

19- Lacomme M. : L'accouchement en pratique quotidienne. Paris :
Masson ;1960 ;P 202-7

20- Magnin G., Pierre F., Ducros B., Body G. la dystocie
dynamique .Encycl. Med Chirug(Paris-France), Obstétrique, 5064 A10,5-
1989 :13.

21- Merger R., Levy J., Melchior J. Précis d'obstétrique.
Edit Masson, Paris, 6 Edit, 1995.597p.

22- N'DIAYE B. : Mortinatalité à la maternité de l'hôpital Gabriel
Touré. Thèse de Med Bamako 1995 n°18

23- OMS : Mortalité maternelle : soustraire les femmes à
l'engrenage fatale. Chronique OMS 1986/193-202.

24- OMS : 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

25- OMS /UNICEF : Estimations Révisées pour 1990de la mortalité maternelle (Nouvelle méthodologie) avril 1996

26- Papiernik E., Cabrol D., Pons J.C.Obstétrique. Paris : Flammarion 1995/584

27- PHILPOTT R.H., CASTLE W.M.: Cervicographs in the management of labour. Journal of obstetrics and Gynaecology of the british Commonwealth.1972 79: 592-598

28-- PHILPOTT RH., 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 commonwealth, 1972,79:599-602

29-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

30-TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à l'hôpital national du point G de 1991-1993 à propos d'une étude cas- témoins de 1544 cas.

Thèse de Med Bamako1996 n°17

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-Toure H.

Etude clinique de 220 cas de fistules vesico-vaginales. Bilan d'activité du projet fistules vesico-vaginales initié par M2MEDECIN du monde et le service d'urologie de l'hôpital national du Point G

Thèse de Méd 1995 n°4

Fiche d'enquête

Numéro Dossier / ____/ Centre/ ____/

Q1-Qualité du Prestataire / ____/

1=Sage femme

2=Infirmière obstétricienne

3=Matrone

4=sans information

Q2-AGE / ____/

1- inférieur à 19ans

2- 20-35ans

3- supérieur à 35ans

4- sans information

Q3-PARITE / ____/

1- primipare

2- pauci pare

3- multipare

4- grande multipare

5- sans information

Q4-Provenance / ____/

1=Commune

2=Préfecture

3=Sous-préfecture

4=Village

1- sans informations

Q5--Mode d'entée / ____/

1- non référée

2- référé

3- sans information

si référée :structure / ____/

1=Hôpital

2=CSC

3=CSCOM

4-Structure privée

Q6- CPN / ____/

1=Oui

2 =Non

3- sans information

Si oui

Nombre CPN / ____/ en chiffre

Q7- HU / ____/

1- hu < 36

2- hu = 36

3- hu > 36

4- sans information

Q8-BCf / ___ /

1=inférieur à 120/mn

2=120-160

3= supérieur à 160

4= sans information

Q9-Température / ___ / en centimètre

Q10-Tension artérielle / ___ /

Q11-Début du travail

1- Date ___ / ___ / ___ /

2- heure ___ / ___ /

Q12-Poche des eaux / ___ /

1-Rompue

2-Intact

Q12-Liquide amniotique / ___ /

1-Clair

2-Teinté

3- sans information

Q13- phase du travail à l'admission / ___ /

1- phase de latence

2- phase active

3- dilatation complète

4- sans information

Q14- phase de la dilation à l'accouchement/_____/

1- à gauche de la ligne d'alerte

2- à droite de la ligne d'alerte

3- atteinte de la ligne d'action

4- sans information

Q15-Accouchement

1-Date __/__/__/

2- Heure ___/___

Q16-Durée de travail /_____/ en minute

Q17-Voie d'accouchement /_____/

1-Basse spontané

2-Basse non spontanée

3-Césarienne

4-Sans informations

Q18-Deccès maternel /_____/

1=Oui

2=Non

3=Sans informations

Q19- Issue néonatale / ___/

1=Vivant

2=Mort-né

3=Réanimé

4-sans information

Q20-a- Si mort né/ _____/

1=Intact

2=Macéré

3-sans information

Q21b-Si Mort-né intact le BCF était il présent à l'admission ? / _____/

1=Oui

2=Non

3=Sans information

Q21c- Si vivant le score d' Apgar / _____/ en chiffre

1- à la 1ère minute

2- à la 5ème minute

3- sans information

Q22- Type de délivrance / _____/

1-Active

2-Normale

3-artificielle

4-sans information

Q23a- Surveillance post-partum

1- à la 1^{ère} heure/_____/

a- normale

b- anormale

c- sans information

2-à la 2^{ème} heure /_____/

d- normale

e- anormale

f- sans information

Q23-Après Accouchement il y a eu des complications /____/

1-Oui

2-Non

3- sans information

Q23a- si oui préciser le type de complication

Q24- qualité de remplissage des partogrammes /____/

a- correctement remplis

b- incorrectement remplis

c- incomplètement remplis

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER

HOPITAL DE SIKASSO

B. P : 82

Tel : 2620001

N°Hôp-Sik

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple -Un But- Une Foi

CERTICAT D'EXPERTISE MEDICAL

Médecin requis: Dr M Sylla gynécologue obstétricien à l'hôpital de Sikasso.

Circonstance du viol selon la patiente :

Le jeudi 02 octobre 2008 vers 03 heures du matin de retour du stade Babemba, arrivée au début de la rue Pekin je fus agressé par un groupe de cinq jeunes garçons (d'âge compris entre 13 et 15 ans environ).

Deux d'entre eux ont abusé de moi après m'avoir battu et m'ont menacé de ne rien dire à la maison.

- Examen général :

La tenue est sans particularité, on observe des lésions traumatiques a type de coup de fouillet sur le visage, le tronc et la face interne des cuisses.

-Examen gynécologique :

***Inspection :** sans particularité, absence de trace de violence, l'hymen est non intact.

***Palpation :** la palpation de la région pelvienne est sans particularité.

Les seins sont petites fermes sans douleur sans écoulement.

***Examen au spéculum :** l'orifice cervicale externe ressemble à un col déjà traumatisé (antécédent d'avortement ?) de pourtour légèrement violacé.

*** Au touché vaginal :** l'utérus est de taille et de volume normal mobile à contour régulier sans douleur.

- Par ailleurs : on note un déficit neurologique modéré et l'avant bras gauche qui est mal formé.

Date des dernières règles inconnue.

-Examens complémentaires :

*Sérologie VIH ----- Négatif au Détermine ce jour.

*BB test -----

*Frottis Vaginal à la recherche de spermatozoïdes -----

* BW-----

* AgHbs-----

Conclusion :

Il s'agit d'une fille de 13 ans ayant eut des rapports sexuels avant qui a été violé par deux jeunes garçons.

Elle présente des lésions traumatiques sur le corps mais l'examen gynécologique est particularité.

Médecin requis : Dr M SYLLA gynécologue obstétricien a l'Hôpital de Sikasso.

RESUME :

Le mercredi 02 juillet 2008 vers 14heures de retour chez ma grande sœur a Sanoubougou I MILLION-KI, je fut interpellé par un homme qui était sur moto qui m'a demandé si je connaissais un monsieur qui habitait le quartier ; je l'ai répondu non. Entre temps un autre monsieur passait a qui il l'a demandé la même chose. Celui-ci répondu qu'il connaît la maison de son parent mais qu'il est pressé qu'il ne puisse lui montrer le lieu.

Les deux hommes ont conversés un moment. Après le monsieur qui m'a arrêté me demanda de fermer les yeux ; essuyer le visage avec la main. Après ils me dis que j'ai été envoûtée et je vais jamais avoir d'enfant et que je périrais dans un accident de circulation.

Pour empêcher cela, il m'a demandé de chercher l'argent que j'ai à la maison et un téléphone portable pour qu'il me donne un médicament pour lever l'envoûtement.

J'ai exécuté ce qu'il m'a dit, je l'ai remis le téléphone portable et une somme de 6825F. Après il me demande de les suivre dans une maison en sentier. Il était suivi de celui de celui avec qui il a parlé au paravent.

Arrivée là-bas ils m'ont menacé avec un couteau si je refuse de faire le rapport sexuel avec eux ils vont me tuer. Devant ses deux messieurs armés de couteaux je n'ai pas protesté. C'est celui qui m'interpella depuis le départ qui a abusé de moi. Après il a eut un saignement. Puis ils m'ont demandé de faire le tour de la maison. Il sont partis avec mon téléphone et mon argent.

- **Examen général :**

Sans particularité pas de blessure corporelle.

- **Examen gynécologique :**

* **Inspection :** sur le corps absence de trace de violence, on constate une vulvite.

Examen de l'hymen montre des déchirures hyménales récentes en phase de cicatrisation en 12 heures en 03 heures et en 09 heures.

* **Palpation :** la palpation de la région pelvienne est sans particularité.

Les seins sont fermes sans douleur sans écoulement.

* **Examen au spéculum :**

FICHE SIGNALITIQUE

PRENOM :Oumou

NOM :Touré

PAYS D'ORIGINE : Mali

Né le 05/06/1979àNièna

TITRE : Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (**FMPOS**) du Mali.

SECTEUR D'INTERET :

RESUME :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur l'utilisation du partogramme dans commune urbaine de Sikasso, s'étendant sur une période de (12) allant de janvier à décembre 2005. Elle a porté sur 5045 fiches de partogramme.

Plus de la moitié des fiches de partogramme (3402) ont été retrouvé à la maternité centrale.

La fréquence d'utilisation du partogramme est moins élevé à la maternité du camp militaire soit 77,6% avec une fréquence élevée de partogramme incorrectement rempli soit 67, 3%.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l' Etre 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 je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires

Admis dans 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 les crimes.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, 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 donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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