

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi



Université des Sciences des
Techniques et des Technologies de
Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2022-2023

N°.....

THESE

EVALUATION DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELLES SUR LA TENUE DU PARTOGRAPHE AU SEIN DE CINQ CENTRES DE SANTE DE LA VILLE DE SEGOU

Présentée et soutenue publiquement le 22 / 12/ 2023 devant
La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Mahamane Halidou MAIGA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(**DIPLOME D'ETAT**).

JURY

Président : M. Bréhima BENGALY : Maître de conférences.

Membres : M. Mamadou SIMA : Maître de conférences.

M. Ahmadou COULIBALY : Gynécologue-Obstétricien

Co-directeur : M. Tidiani TRAORE : Gynécologue-Obstétricien

Directeur : M. Tioukani Augustin THERA : Maître de conférences.

- **Au nom d'ALLAH le tout puissant, le Miséricordieux, le très Miséricordieux, l'Omnipotent** sans qui, nous n'aurons pas vu ce jour pour accomplir ce travail. Je lui rends grâce pour tous ses bienfaits et l'implore de nous accorder une longue vie pleine de bonheur et de nous guider sur le droit chemin.
- **Au nom du prophète Mohammed** (Paix et Bénédiction sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent.), le plus sage des êtres.

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- ✚ **A mon père Halidou Ibrahim**, papa exemplaire qui nous a éduqué dans le sens du bien, de l'honnêteté et de la persévérance. Je suis là aujourd'hui grâce à tes conseils et assistance.
- ✚ **A ma mère Hawa BONCANA** difficile de trouver les mots pour exprimer mes sentiments envers toi. Soyez honorée mère car ce travail est le fruit de ton engagement sans faille à ma réussite par tes encouragements, prières et bénédictions.
- ✚ **A mes frères et sœurs Salamata, Ibrahim, Aissata, Soumana et Boubacar** :vous m'avez soutenu pendant toutes les étapes de ma formation et vos conseils n'ont jamais faits défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.
- ✚ **A mes oncles et tantes**, votre accompagnement a largement contribué à la réussite de ce travail ; soyez remercié.
- ✚ **A mon épouse : Maimouna TIENOU**
Que Dieu bénisse notre union.

REMERCIEMENTS

✚ **Aux professeurs de la FMOS et FAPH**

✚ **A tous mes enseignants du 1^{er} cycle, second cycle et du lycée.**

✚ **Aux gynécologue-obstétriciens de l’HNF de Ségou :** Pr TRAORE Tidiani, Dr DONIGOLO Brahima, Dr SIDIBE Kassoum, Dr TRAORE Babou. La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement ; votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

✚ **Aux médecins généralistes :** Dr DIARISSO Abdrahamane, Dr COULIBALY Adama. L’habilité et la dextérité dans le travail, votre amour du travail, votre professionnalisme forcent le respect et la considération. Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l’encadrement.

✚ **A tout le personnel de l’HNF de Ségou particulièrement :**

- **Aux sages-femmes :** Rokia DIAWARA, Fatoumata B MAIGA, Djeneba COULIBALY, Bintou DABO, Awa SIDIBE, Kadidiatou TRAORE, Oumou CISSE, Fady YATARA, Aminata DIAKITE, Zalika MAIGA.
- **Aux infirmières obstétriciennes :** Orokia KOUYATE, Bintou KELEPILY, Badji TAWATI, Aminata COULIBALY, Mariam DANTE, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, Assétou SACKO, Assetou DIARRA.

Merci pour votre franche collaboration et constante disponibilité.

✚ **Aux aînés médecins et collègues thésards du service :** Dr Abdoul Karim BALLO, Dr Mariam KOUREICHY, Dr Fousseyni KODIO, Dr Aser DIARRA, Dr Drissa COULIBALY, Dr Moussa SAMAKE, Dr Kabayi DIARRA, Dr Sory DIALLO, Dr Sidibé Rokiatou DIARRA, Dr Sabéré KONE, Paul SANGARE Sekou SEREME, Seni KOURANZO, Kalifa THERA et Taré DENA. Merci mes chers pour votre franche collaboration, votre soutien et votre encouragement. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

✚ A tous mes aînés et amis de la FMOS/FAPH, je me retiendrai de citer des noms par craintes d'en omettre certains ; Merci.



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

 **A notre Maître et Président du Jury :**

Pr Bréhima BENGALY

- **Praticien Hospitalier au CHU du Point-G ;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Master en pédagogie ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali ;**
- **Maîtrise en santé publique ;**
- **Diplôme inter-universitaire en cœliochirurgie à l'université de Montpellier.**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Grand homme de science et de culture, votre amour du travail bien fait ainsi vos multiples qualités humaines et sociales font de vous un maître admiré de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

 **A notre maître et membre :**

Pr Mamadou SIMA

- **Gynécologue-Obstétricien,**
- **Praticien Hospitalier au service de Gynécologie obstétrique du CHU du Point-G.**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS).**

Cher Maître,

C’est un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d’une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Soyez rassuré cher Maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

 **A notre Maître et Membre :**

Docteur Ahmadou COULIBALY

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien Hospitalier au CHU Point-G ;**
- **Maitre de recherche ;**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute administration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

 **A notre Maître et Co-directeur de thèse :**

Pr Tidiani TRAORE

- **Spécialiste en gynécologie-obstétrique**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**
- **Maître de recherche**
- **Chargé de cours de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de pathologie obstétricale et Gynécologie, de santé sexuelle et de reproduction de l'adolescent jeune à l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de Santé de Ségou).**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez accordé en nous acceptant d'effectuer ce travail auprès de vous. Tout au long de ce travail, nous avons découvert en vous une simplicité et une modestie immense qui font de vous un exemple à suivre.

Nous sommes très fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez recevoir cher Maître, l'expression de notre gratitude et reconnaissance.

 **A notre Maître et Directeur de thèse :**

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G**
- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- **Diplôme d'Etude Universitaire en Thérapeutique de la Stérilité-
Université Paris IX (France)**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université
d'Auvergne, Clermont Fernant (France)**
- **Diplôme Inter-Universitaire d'Echographie Gynécologique et
obstétricale : Université Paris Descartes**
- **Membre de la Société Africaine et Française de Gynécologie obstétrique.**
- **Président de la commission médicale au CHU du Point G**

Cher Maître ;

Vous avez accepté de diriger ce travail avec spontanéité malgré vos multiples et importantes occupations ; nous en sommes marqués.

Votre abord facile, votre disponibilité et vos multiples qualités humaines ont forcé notre admiration. Vous êtes pour nous un modèle d'homme de science ; de recherche et de maître formateur ; c'est un grand privilège de vous avoir comme encadreur.

Trouvez ici cher Maître, notre profond respect et toute notre gratitude.



SIGLES & ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

BCF : Bruit du cœur fœtal

BPM : Battement par minute

CPN : Consultation prénatale.

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

CU : Contraction utérine

DRS : Direction régionale de la santé

DSFC : Division santé familiale et communautaire.

EDS-M : Enquête démographique et de santé Mali

IST : Infections sexuellement transmissibles.

MASF : Microanalyse du sang fœtal

MEF : Monitoring électro-fœtale

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCF : Rythme du cœur fœtal

RPM : rupture prématurée des membranes

SA: Semaine d'aménorrhée

SAA : Soins après avortement

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

UNICEF: United Nations International Children and Education Found

USAC : Unité de soins d'accompagnement et conseil

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des partogrammes selon l'état du support papier.....	29
Tableau II : Répartition des partogrammes selon le profil du prestataire.....	29
Tableau III : Répartition selon la qualité de remplissage du partogramme	30
Tableau IV : Répartition des partogrammes selon la notation de l'identité civile de la mère.....	30
Tableau V : Répartition des partogrammes selon la notification des ATCD obstétricaux chirurgicaux et médicaux.....	31
Tableau VI : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres maternels à l'examen d'entrée.....	31
Tableau VII : Répartition des partogrammes selon la notation du mode de déclenchement.....	32
Tableau VIII : Répartition des partogrammes selon la notation des facteurs de risque à l'admission.....	32
Tableau IX : Répartition des partogrammes selon la notation de la présentation du fœtus.....	32
Tableau X : Répartition des partogrammes selon les éléments de surveillances.....	33
Tableau XI : Répartition des partogrammes selon la notification de l'état de la poche des eaux.....	34
Tableau XII : Répartition des partogrammes selon les éléments de l'état du fœtus.....	34
Tableau XIII : Répartition des partogrammes selon les éléments de progressions du travail.....	35
Tableau XV : Répartition des partogrammes selon le respect rythme horaire d'examen.....	35
Tableau XVI : Répartition des partogrammes selon la notification du mode d'accouchement.....	36
Tableau XVII : Répartition des partogrammes selon la notification du type de délivrance.....	36
Tableau XVIII : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres de la mère.....	37
Tableau XIX : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres du nouveau-né.....	38
Tableau XX : Répartition des partogrammes selon la notification du pronostic de la mère.....	39

Tableau XXI : Répartition des partogrammes selon la notification du pronostic du nouveau-né.	39
Tableau XXII : Répartition des partogrammes selon les anomalies de remplissage	40

Liste des Figures

Figure 1: Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN.....	10
Figure 2: Partogramme à deux lignes d'après Philpott.....	10
Figure 3: Dilatation du col.....	13
Figure 4: La ligne d'alerte et la ligne d'action	14
Figure 5: Descente de la tête fœtale	15
Figure 6 : Evaluation du signe de Faraboeuf	16
Figure 7: descentes de la tête fœtale.....	19
Figure 8 : le partographe	21



SOMMAIRE

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	XVI
I. INTRODUCTION.....	2
II. OBJECTIFS.....	6
2.1 Objectif général :.....	6
2.2 Objectifs spécifiques :.....	6
III. GENERALITES.....	8
3.1 Définitions des concepts.....	8
3.2 Revue de la littérature.....	8
3.2.1 Historique du partogramme.....	8
3.2.2 Historique du partogramme au Mali.....	11
3.2.3 Intérêt du partographe.....	12
3.2.4 Le partogramme : modèle de l’OMS.....	12
3.2.4.1 Principe :.....	12
3.2.4.2 Composantes.....	13
3.2.4.3 Remplissage du partographe de l’OMS :.....	18
IV. METHODOLOGIE.....	23
4.1 Cadre d’étude :.....	23
4.2 Type d’étude ; période et lieu de l’étude :.....	24
4.3 Population cible de l’étude :.....	24
4.3.1 Critères d’inclusions :.....	24
4.3.2 Critères d’exclusions :.....	24
4.4 Echantillonnage :.....	24
4.4.1 Méthode d’échantillonnage :.....	24
4.4.2 Technique d’échantillonnage :.....	24
4.5 Les paramètres étudiés :.....	25
V. RESULTATS :.....	29
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	42
6.1 Méthodologie.....	42
6.2 Taux d’utilisation du partogramme.....	42

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

6.3	Qualification de l'agent ayant rempli le partographe :	42
6.4	La présentation du fœtus :	43
6.5	Le score d'APGAR :	43
6.6	La coloration du liquide amniotique :	43
6.7	La consultation prénatale :	44
6.8	Les paramètres maternels :	44
6.9	Les paramètres du nouveau-né :	44
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATION :	46
7.1	Conclusion :	46
7.2	Recommandations :	47
VIII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
IX.	ANNEXES	II



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle est l'un des indicateurs accessibles et fiables utilisés par les Nations Unies pour mesurer le développement humain et social. Cet indicateur est aussi le reflet d'une grande disparité entre les pays [1].

A une mort maternelle correspondent le plus souvent une mort fœtale et/ou un décès néonatal. Les causes sont bien connues et accessibles à la prévention. Cependant la mortalité maternelle ne représente qu'une petite partie d'un vaste problème. On estime que pour chaque femme qui meurt il y'a 20 à 30 autres qui souffrent de complications douloureuses, débilitantes liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches [2].

Pour réduire cette mortalité maternelle et fœtale ainsi que les souffrances, il y'a eu la mise au point du partographe.

Le partographe est un outil de surveillance maternel et fœtal pendant la phase active du travail et d'aide à la décision en cas d'anomalies (3).

L'Organisation Mondiale de la Sante définit le partogramme comme étant l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. Son intérêt est donc clinique, mais il est aussi un véritable outil décisionnel, pédagogique et médico-légal. Ainsi, les informations qu'il contient doivent être précises, claires et complètes. Aucun texte réglementaire ne précise cependant les informations obligatoires devant y figurer, il n'existe donc pas d'uniformité du partogramme en France [4].

Le partographe est un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert de « système d'alarme précoce » autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires. Il a pour objectif principal de diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Il présente à la fois un intérêt clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal. [4, 5].

La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale demeure une préoccupation permanente pour les pays en développement où beaucoup d'efforts restent à

faire [6]. Malgré les progrès réalisés au Mali durant les dix dernières années, les taux de mortalité maternelle et néonatale restent très élevés à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (NV) et 33 décès néonataux pour 1000 (NV) [7].

Au niveau régional et dans le district sanitaire de Ségou, les efforts pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sont marqués par la construction des centres de santé communautaires (Cscm) en structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgences de base (SONUB) et la médicalisation des centres de santé communautaires en particulier ceux de la ville de Ségou, la formation du personnel en soins obstétricaux et néonataux d'urgence [8].

Malgré ces efforts, le taux de décès maternel à l'hôpital de Ségou en 2017 était estimé à 2433 décès pour 100 000 (NV) dont 83,9% étaient évacués des structures périphériques [9].

Le partographe est un outil conçu dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Lorsqu'il est bien utilisé il sert de « système d'alarme précoce » permettant de dépister de manière précoce une progression anormale du travail ainsi que la prévention des anomalies.

A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications pouvant mettre en danger la vie de la mère et ou du fœtus [3,10,11].

Malgré l'utilisation systématique de cet outil de surveillance du travail d'accouchement dans nos structures de santé ; la fréquence des complications obstétricales liées à l'accouchement référées sur l'hôpital reste très élevée. Ces complications référées représentaient en 2017 à l'hôpital : (69% des accouchements dystociques, 56% des césariennes, 90% des ruptures utérines, 5,50% de mort-nés frais) [12].

L'efficacité du partogramme a été prouvée dans la réduction de la durée du travail, la mortalité périnatale, et le nombre de césarienne comme cela a été rapporté par des études Africaines [10].

Au Zimbabwe, la durée du travail d'accouchement supérieure à 24 heures est passée de 13% à 0,6% après l'utilisation du partogramme ; la mortalité périnatale de 5,8% à 0,6%. Le nombre de césariennes réduit de 9,9% à 2,6% [13].

Au Malawi la durée du travail d'accouchement supérieure à 24 heures est passée de 14% à 3% après l'utilisation du partogramme et la mortalité périnatale de 5,3% à 3,8%. Le nombre de césariennes réduit de 12,3% à 9,5% [14].

Ainsi, vu le taux élevé de décès maternels et néonataux dans la région de Ségou, en l'absence d'étude sur l'utilisation du partographe dans les structures sanitaires de la ville de Ségou nous avons initié ce travail portant sur la tenue du partographe conformément aux normes admises au Mali dans 5 centres de santé communautaires de la ville de Ségou dont le but était d'évaluer les pratiques du personnel sanitaire impliqué dans l'assistance aux femmes en accouchements en ce qui concerne l'utilisation du partographe.



OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Evaluer les pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer le taux d'utilisation du partographe ;
- Déterminer la qualification des prestataires d'utilisation du partographe ;
- Apprécier la qualité de remplissage du partographe ;



GENERALITES

III. GENERALITES

3.1 Définitions des concepts.

Le partographe : C'est une fiche sur laquelle sont consignés en fonction du temps les paramètres materno-fœtaux en vue d'une détection des anomalies du travail d'accouchement c'est-à-dire la contraction utérine et le rythme cardiaque fœtal.

Le partogramme : C'est l'impression graphique des parties ou de l'ensemble des éléments et des données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail d'accouchement permettant d'appréhender à temps utile et opportun, toute anomalie susceptible de compromettre l'issue favorable de l'accouchement.

3.2 Revue de la littérature

3.2.1 Historique du partogramme

En **1954**, après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique, **FRIEDMAN EA** a établi le schéma d'une dilatation normale du col de l'utérus [16] (**Fig. 1**).

FRIEDMAN a divisé le fonctionnement du travail en deux (2) phases :

- La première dite **phase de latence** : dure 8 à 10 heures au cours desquelles la dilatation du col progresse jusqu'à atteindre 3 cm environ.
- La deuxième dite **phase active** qui est caractérisée par une accélération de la dilatation du col qui passe de 3 à 10 cm. Après quoi s'installe une phase de décélération. Ce travail a été pris pour base dans les études ultérieures (**Fig.2**).

Les mesures manuelles (FRIEDMAN) électromécaniques ou ultrasonores ont permis de mieux préciser l'allure sinusoïdale avec une première phase de latence jusqu'à 2 à 3 cm.

Cette phase de latence est la plus longue, puis succède une phase active beaucoup plus rapide où la vitesse de dilatation du col se situe au maximum à 3 cm à l'heure ensuite une phase de décélération au-delà de 8 cm, précédant la période d'expulsion.

La courbe de FRIEDMAN est cependant discutée, en particulier dans sa première partie.

En 1967 pour HENDRICKS et Coll. [17], le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier aux présentations postérieures : si cette phase de décélération existe, c'est qu'il y'a une anomalie du travail.

La dilatation du col commence d'ailleurs dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1 cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm). L'effacement du col est progressif aussi pendant les quinze dernières semaines sans que cela veuille dire qu'il y a un risque d'accouchement prématuré. A cette dilatation de fin de grossesse succède une dilatation de pré-travail, tout à fait au début du travail 2,5 cm chez la primipare et 3,5 cm chez la multipare, puis la courbe décrite par HENDRICKS rejoint celle de FRIEDMAN.

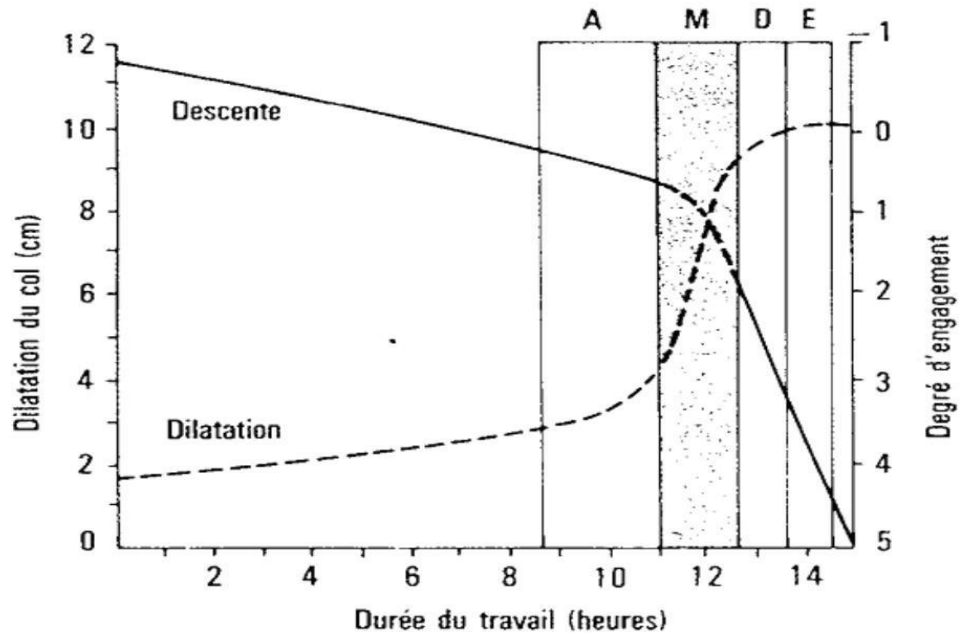
Enfin, chez la multipare comme chez la primipare, la dilatation est à peu près aussi rapide au-delà de 4 cm.

Dans la technique d'accouchement dirigé (augmente Labor) prônée systématiquement par O'DRISCOLL [18], le partographe est assimilé à une droite. La vitesse de dilatation doit toujours être supérieure à 1 cm chez la primipare et 1,5 cm chez la multipare.

En 1972, PHILPOTT a créé le monogramme à deux lignes dans le but de dépister précocement les disproportions fœto-pelviennes et les inerties utérines, principale cause de mortalité dans les pays du tiers-monde [19]

Il comprend :

- Une première ligne correspond à la « ligne d'alerte ». Elle est basée sur la vitesse minimale de la dilatation du col (c'est-à-dire un cm par heure).
- La seconde, parallèle à la première mais décalée de quatre heures sur la droite, est la « ligne d'action ». Tout croisement entre la courbe de dilatation et la ligne d'action impose une action immédiate.



A : accélération ; M : accélération maximale ; D : décélération ; E : expulsion

Figure 1: Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN [16]

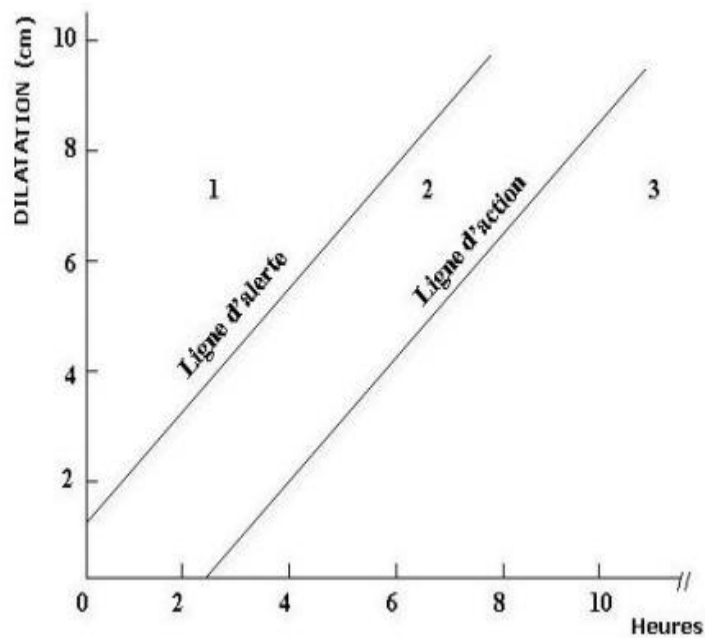


Figure 2: Partogramme à deux lignes d'après Philpott [19]

3.2.2 Historique du partogramme au Mali

Au Mali, les premières études sur le partographe ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point G en 1986, actuelle CHU Point G.

En 1991 la Direction Régionale de la Santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement.

Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako.

C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partographe mise au point à la maternité de la commune V au Quartier-Mali en collaboration avec l'université de Rochester (NEW YORK aux Etats-Unis), fut introduite dans la maternité du 1^{er} échelon de Bamako.

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité maternelle et infantile.

L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partographe comme moyen de prévention des anomalies du travail.

Après quelques années d'utilisation, les résultats n'étaient toutefois pas à la hauteur des espérances. Le principal problème résidait au niveau des évacuations tardives. Ces retards d'évacuation avaient des multiples causes parmi lesquelles de longs délais de prise de décision liés entre autres à l'imperfection du partographe.

Une révision des outils de travail s'imposait donc. La maternité du centre de référence de la commune V (CSRéf V) a été retenue comme site de l'étude du partographe car elle bénéficiait de la présence d'un gynécologue-obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autres parts des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur

les accouchements des dernières 24 heures. Un tel contexte permettait d'envisager la mise au point d'un support adapté de suivi de l'accouchement. Dans ce travail, le partographe a subi de nombreuses transformations qui le rendent beaucoup plus pratique. Ces transformations aboutirent au partographe actuel de l'OMS.

Il faut noter que lors de ce travail, la participation des sage-femmes a été active de même que la collaboration de la direction régionale de la santé (D.R.S) et de plusieurs organismes ressources (le projet de maternité sans risque de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS) et autres agences de coopération).

3.2.3 Intérêt du partographe

- Outil de travail simple, efficace et peu coûteux ;
- Standardise la prise en charge (PEC) du travail d'accouchement
- Permet une surveillance horaire des paramètres du travail d'accouchement ainsi que le dépistage précoce des dystocies.
- Indique le moment de la prise de décision
- Permet un accouchement avec un maximum de sécurité pour la mère et un minimum d'agression pour le fœtus
- Document médico-légal qui permet de protéger le prestataire ;
- Dans la périphérie : l'intérêt fondamental du partographe est d'indiquer à partir de quel moment il convient d'orienter la parturiente vers le niveau de soins supérieurs.

3.2.4 Le partogramme : modèle de l'OMS

3.2.4.1 Principe :

Le modèle de l'OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plupart des travaux conçus et publiés sur le partogramme. Il correspond par certains côtés à un compromis synthétisé et simplifié qui emprunte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur. Il est fondé sur les principes suivants :

- 1- La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures ;

- 2- Pendant la phase active le rythme de la dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure ;
- 3- L'intervalle de 4 heures entre le ralentissement du travail et le moment où il est nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger la vie du fœtus ou de la mère et pour éviter des interventions injustifiées ;
- 4- Eviter de multiplier des touchers vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommandé est de 1 toutes les 4 heures) [20]

3.2.4.2 Composantes

Comme les autres, ce partogramme est essentiellement une représentation graphique des étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il est divisé en 3 éléments : la **progression du travail** ; **l'état du fœtus** et **l'état de la mère**.

✚ La progression du travail :

➤ La dilatation du col

Dans cette partie, l'essentiel est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps dans lequel on distingue une phase de latence et une phase active.

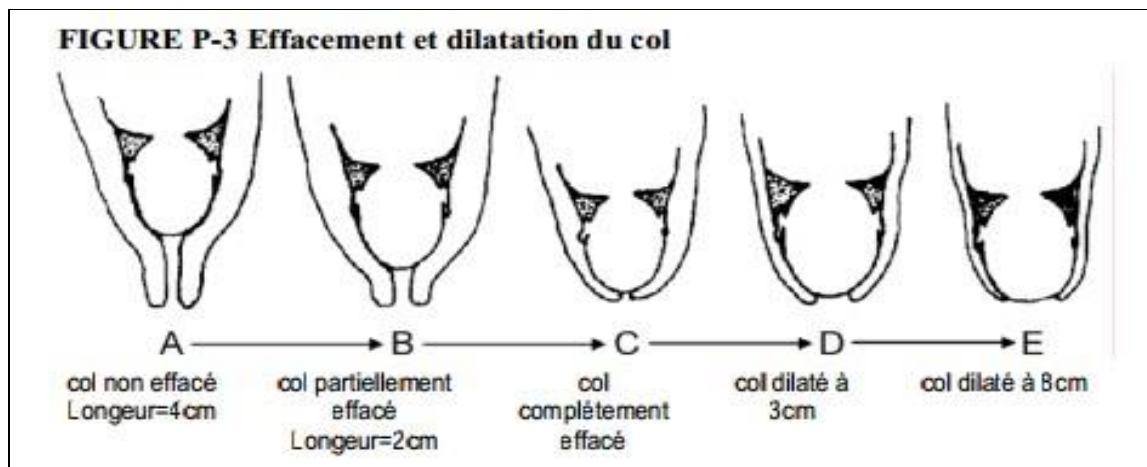


Figure 3: Dilatation du col [20].

- **La phase de latence :**

La phase de latence du travail est celle qui va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm.

- **La phase active :**

Lorsque la dilatation a atteint 4 cm, le travail entre dans sa phase active.

Chez environ 90% des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm par heure ou plus vite encore dans la phase active.

- **La ligne d’alerte** qui va de 4 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col.

- **La ligne d’action** est située à 4 heures de distance de la ligne d’alerte.

Il existe trois zones d’accouchement : zone normale d’accouchement, zone de vigilance et la zone d’action.

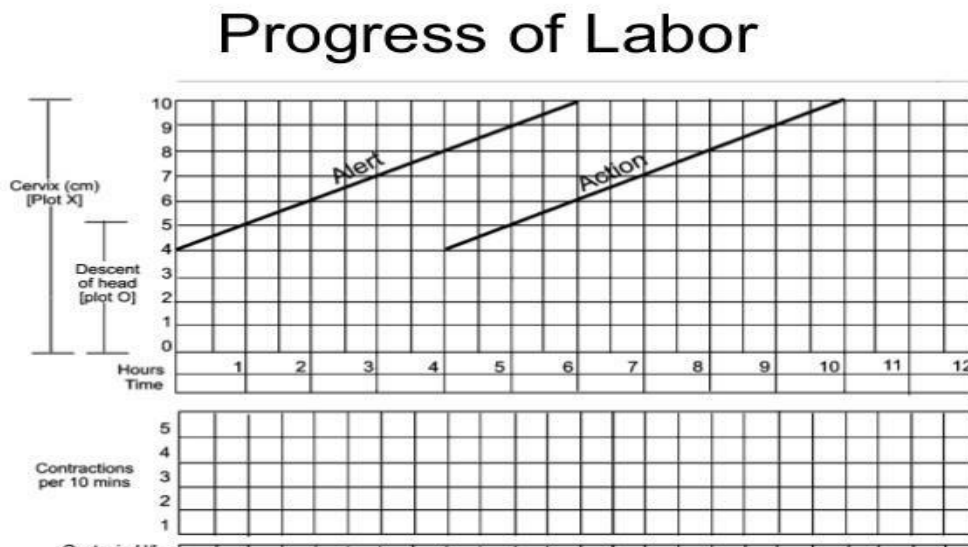


Figure 4: La ligne d’alerte et la ligne d’action [16]

➤ **Contractions utérines pendant le travail :**

Ce sont des contractions régulières et involontaires caractérisées surtout par leur fréquence, leur durée et par leur tonus de base.

Pendant la phase de latence : il faut au moins une contraction en l’espace de 5 minutes et chacune durant au moins 20 secondes

Pendant la phase active : il faut au moins deux contractions en l’espace de 5 minutes et chacune durant au moins 40 secondes.

La durée des contractions doit être mesurée à partir du moment où la contraction commence à être ressentie au niveau abdominal jusqu’à ce qu’elle passe.

➤ **Descente et progression du mobile fœtal**

- **Haute et mobile** : pas de contact entre la tête et le détroit supérieur.
- **Mobilisation ou Appliquée** : contact intermittent si on refoule la présentation.
- **Fixée** : contact permanent (impossible de refouler la présentation).
- **Engagée** : franchissement de l'air du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation.

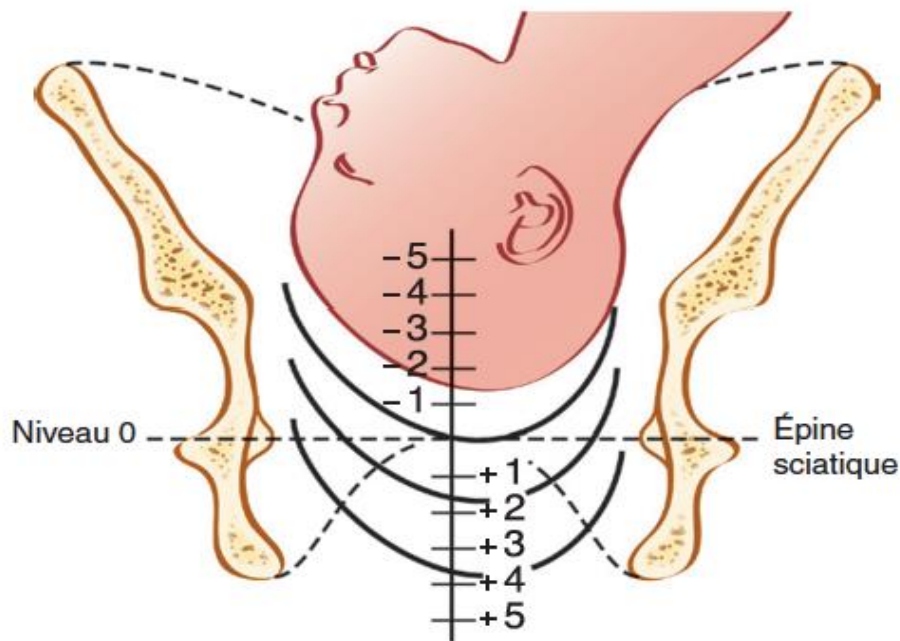
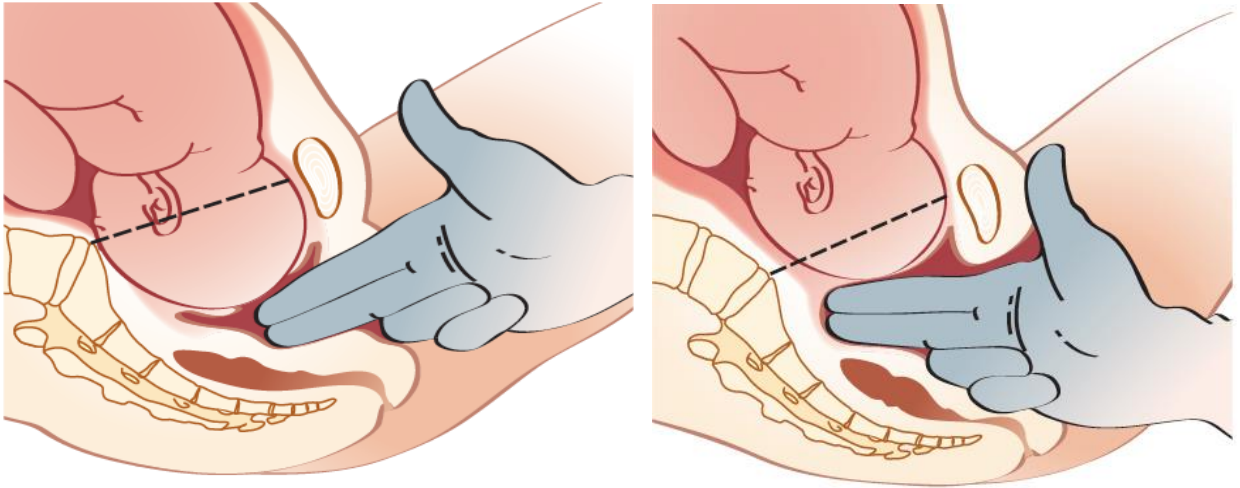


Figure 5: Descente de la tête fœtale [21]

➤ **Diagnostic d'engagement : Signe de Faraboeuf (Fig.6) [21]**



Toucher vaginal, tête non engagée : on peut suivre la concavité sacrée au-delà de S2 sans rencontrer la présentation.

Toucher vaginal, tête engagée : les deux doigts dirigés vers S2 rencontrent la tête fœtale (signe de Farabeuf).

Figure 6 : Evaluation du signe de Farabeuf

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage de la tête fœtale [5].

➤ Le Rythme Cardiaque Fœtal

a- Valeurs.

- Normal : Si le BDCF est compris entre 120-160 battements par minute ;
- Tachycardie : Si le BDCF est supérieur à 160 battements par minute ;
- Bradycardie : Si le BDCF est inférieur à 120 battements par minute ;

Souffrance Fœtale : Si le RCF est inférieur à 100 ou supérieur à 160 battements par minute.

b- Méthodes de mesures :

▪ Auscultation des bruits du cœur fœtal

Cette méthode utilise le stéthoscope obstétrical de PINARD. On évalue la fréquence cardiaque fœtale sur une minute.

▪ Le Monitoring électronique per-partum : la Cardiotocographie

Elle est actuellement le meilleur moyen pour la surveillance du fœtus et des contractions utérines tout en mettant en évidence :

- Les modifications de la fréquence cardiaque de base ;
- Les modifications des oscillations et également les ralentissements au cours des contractions utérines.

Les tracés sont couramment classés en trois catégories :

- Tracés normaux qui garantissent le bon état fœtal (99% des cas) ;
- Tracés d'alarme qui traduisent une agression minime sur le fœtus résistant
- Tracés pathologiques de danger fœtal, qui justifient la mise en décubitus latéral gauche de la parturiente, une oxygénothérapie et direction du travail (pour aboutir à l'accouchement immédiat) ou référence.

c- La lecture pratique

- Tous les ralentissements doivent être pris en considération ;
- Un ralentissement a une signification plus péjorative s'il est retardé ou prolongé par rapport à la contraction ;
- Le danger fœtal croît avec l'amplitude des ralentissements et la régularité.

➤ Le Liquide Amniotique (LA)

Le liquide amniotique peut aider à évaluer l'état du fœtus.

La couleur du liquide amniotique est notée à chaque toucher vaginal.

Inscrire :

- **I** = Membranes intactes ;
- **C** = Membranes rompues, LA clair ;
- **T** = Membranes rompues, LA teinté de méconium ;
- **S** = Membranes rompues, LA teinté de sang.

🚦 Etat de la mère :

L'état de la mère est régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle et des analyses d'urine régulières.

Le partographe prévoit également toute administration de médicaments, de perfusion d'ocytocique si on veut accélérer le travail.

Par contre dans celui du nouveau partographe de l'OMS on remarque quelques changements pour une bonne utilisation du partographe.

3.2.4.3 Remplissage du partographe de l'OMS :

Eléments du partographe

Les éléments notés sur le partographe sont :

- Eléments de progression du travail :
 - Dilatation du col ;
 - Descente de la présentation ;
 - Fréquence et la durée des contractions utérines.
- Eléments de surveillance du fœtus :
 - Rythme cardiaque fœtal ;
 - Couleur du liquide amniotique.
- Eléments de surveillance de l'état de la mère :
 - Pouls ;
 - Température ;
 - Pression artérielle ;
 - Médicaments administrés au cours du travail.

Remplissage du partographe

Le partographe de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation.

Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 4 cm. Les informations à consigner sur le partographe sont les suivantes :

- Renseignements concernant la parturiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes.
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.
- Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre :

- **I** si les membranes sont intactes ;
- **C** si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
- **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- **S** si le liquide amniotique est teinté de sang.
- Modelage de la tête : noter :
 - 1 : si les os du crâne sont apposés ;
 - 2 : s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible ;
 - 3 : s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal et marquée d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 4 cm (sur la ligne d'alerte).
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 heures plus à droite.
- Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marque d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne

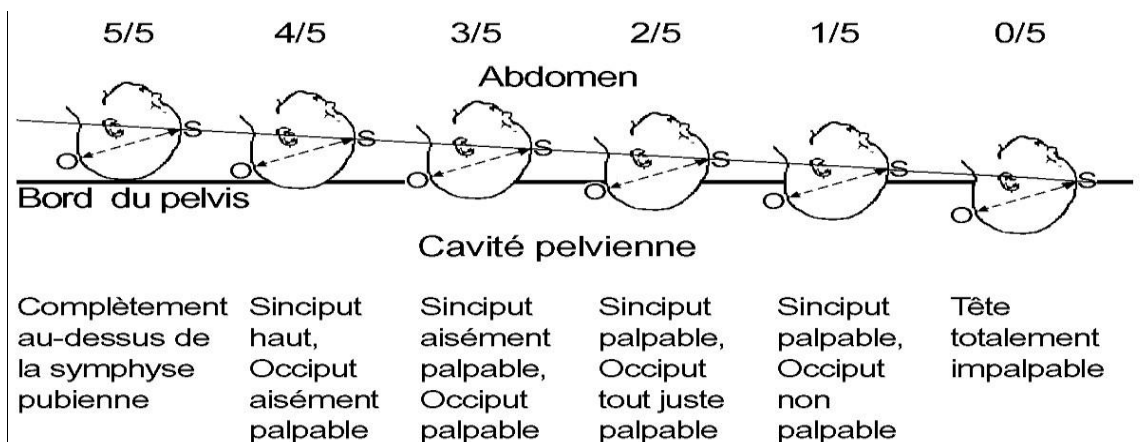





Figure 7: descentes de la tête fœtale [5]

- Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit). Heure : l'heure qu'il est.
- Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes) :
 -  - si elles durent moins de 20 secondes ;
 -  - si elles durent entre 20 et 40 secondes ;
 -  - si elles durent plus de 40 secondes.
- Ocytocine : en cas d'utilisation, noté toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute. □ Médicaments : noter tout apport médicamenteux.
- Pouls : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●).
- Tension artérielle : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches.
- Température : toutes les 2 heures.
- Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume : noter à chaque miction.

Partographe de l'OMS

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

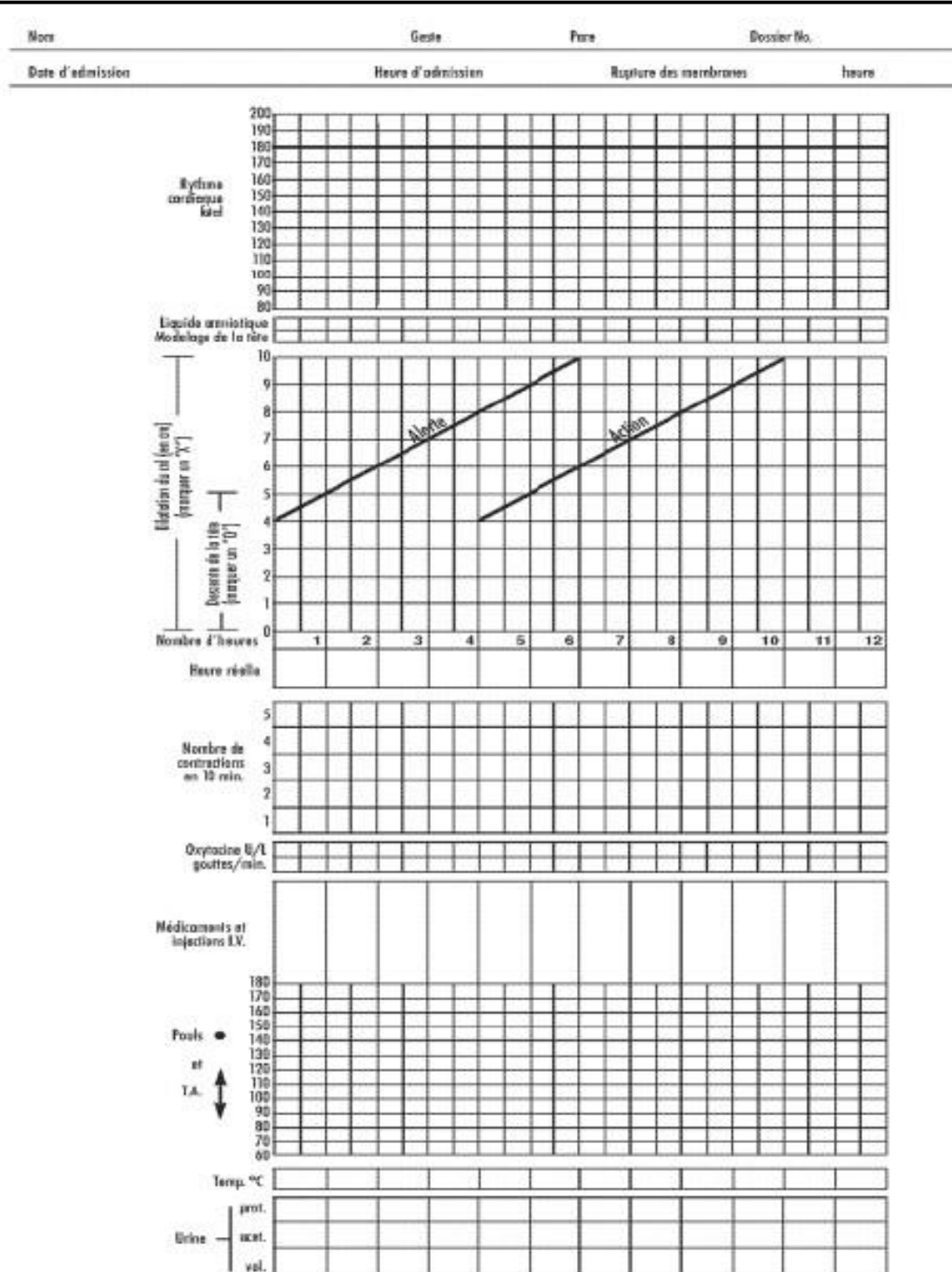


Figure 8 : le partographe [22]



METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans 5 centres de santé communautaires de la ville de Ségou.

La ville de Ségou compte 156 076 habitants.

Elle est limitée :

- Au Nord par la Mauritanie.
- Au Sud par la région de sikasso.
- A l'Est par la région de Mopti.
- A l'Ouest par la région de Koulikoro.

Le CSCom de Pelengana SUD

Il couvre une population de 27456 habitants.

Le personnel est composé de cinq sages femmes ; trois infirmières obstétriciennes et trois matrones.

Le CSCom de Darsalam

Il couvre une population de 28731 habitants.

Le personnel est composé de six sages femmes ; deux infirmières obstétriciennes et deux matrones.

Le CSCom de Médine

Il couvre une population de 34393 habitants.

Le personnel est composé de six sages femmes ; une infirmière obstétricienne et trois matrones.

Le CSRef Famory DOUMBIA

Il couvre une population de 56176 habitants.

Le personnel est composé de seize sages femmes ; huit infirmières obstétriciennes et trois matrones.

Maternité de l'HNF de Ségou

Elle couvre une population de 105 076 habitants.

Le personnel est composé de quatre gynécologues obstétriciens ; deux médecins généralistes ; douze sages femmes ; dix infirmières obstétriciennes et une infirmière d'état.

4.2 Type d'étude ; période et lieu de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une collecte rétrospective sur une période de 6 mois allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021 portant sur les pratiques professionnelles en matière de tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou.

4.3 Population cible de l'étude :

La population d'étude était constituée de tous les accouchements dans les cinq (5) centres de santé pendant la période d'étude ainsi que les partogrammes qui ont servi à la surveillance des accouchements dans ces centres.

4.3.1 Critères d'inclusions :

Toutes les femmes qui ont accouché à la maternité pendant la période d'étude et dont le travail a été suivi dans le même centre.

4.3.2 Critères d'exclusions :

Les accouchements de mort foetale in utero confirmée avant le début du travail.

Les accouchements de la prématurité ainsi que les avortements tardifs.

Les accouchements des césariennes prophylactiques.

Les accouchements débutés en cours de route mais achevé dans l'un des sites de l'étude.

4.4 Echantillonnage :

4.4.1 Méthode d'échantillonnage :

Nous avons procédé à une méthode probabiliste.

4.4.2 Technique d'échantillonnage :

Elle a consisté à la fin de chaque mois en prenant le registre d'accouchement, parmi toutes les femmes accouchées ont choisi 10 femmes et on procède à la recherche des partogrammes de ces 10 femmes choisis au hasard.

4.4.3 Taille de l'échantillon :

Elle était 300 femmes en raison de 10 partogrammes par mois et par centre répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

4.5 Les paramètres étudiés :

- La fréquence d'utilisation du partographe.
- La qualification du prestataire.
- La surveillance intra partum (BDCF, descente de la tête, coloration du LA, dilatation, CU, TA, pouls, température)
- La surveillance post-partum.
- La qualité de remplissage des partogrammes (partogramme correctement rempli ; partogramme incorrectement rempli)
- Le motif d'entrée : venue d'elle-même ou évacué.
- La taille (en cm) : moins de 150 et plus de 150.
- La hauteur utérine (en cm) : moins de 32 ; entre 32 et 36 et plus de 36.
- La présentation(type) : céphalique, siège ou transversale.
- La dilatation cervicale à l'entrée (en cm) : phase de latence(1à3) et la phase active(4à10).
- La poche des eaux : rompue ou non rompue.
- La coloration du liquide amniotique : clair, teinté, méconial ou sanglant.
- La température (°c) : moins de 37,5 et plus de 37,5
- Le mode d'accouchement : voie basse normale(eutocique), voie basse par ventouse ou forceps(dystocique) et la césarienne.
- L'évolution de l'état de la mère : mère vivante ou mère décédée.
- Le rythme cardiaque foetal (BPM) : inférieur à 120, entre 120_160 et supérieur à 160.
- Le pronostic foetal : enfant vivant et enfant décédé.

Pour l'appréciation de la qualité de remplissage du partographe, nous nous sommes intéressés aux paramètres suivants :

- Le contrôle des paramètres qui doit être régulier, comme l'indique le partogramme : chaque heure pendant la phase active ;
- A la phase active, le premier point marquant le niveau de la dilation du col à l'entrée ;
- L'heure de l'examen et les paramètres enregistrés par rapport au point marquant le niveau de la dilatation.

4.4 Définitions opératoires :

Evaluation : C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Travail d'accouchement : C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus et ses annexes hors des voies génitales à partir de 28 semaine d'aménorrhée (SA).

Accouchement normal à terme : naissance entre 37 et 42 semaine d'aménorrhée (SA) d'un nouveau-né bien portant.

Partographe : c'est un outil sur lequel sont notés la dilatation du col et les éléments de surveillance de la mère et du fœtus.

Grossesse à risque : C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Facteur de risque : pendant la grossesse est une caractéristique qui lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des risques d'être compliquée.

Partogramme : c'est l'impression graphique des parties ou de l'ensemble des éléments et des données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail d'accouchement permettant d'appréhender à temps utile et opportun, toute anomalie susceptible de compromettre l'issue favorable de l'accouchement.

Partogramme correctement rempli : est considéré comme correctement rempli tout partogramme sur lequel tous les éléments sont mentionnés selon les normes de remplissage du partogramme.

Partogramme incorrectement rempli : est considéré comme incorrectement rempli tout partogramme incomplet ou portant des incohérences de remplissage.

Le score d'Apgar : permet d'évaluer l'état général du nouveau né à la 1^{ere} et 5^{eme} minute de la vie extra utérine.

4.5 Technique et outils des données :

La technique d'analyse documentaire utilisant une grille prétextée puis validé ont été utilisé pour la collecte des données.

Par exploitation du registre d'accouchement et des partogrammes nous avons recueilli les données sur une grille documentaire comportant l'ensemble des paramètres à étudier. Les éléments de réponses aux différentes variables de la grille était relevé et consigné sur l'outil.

Une fois les données recueillis, elles ont été directement saisies sur SPSS puis une vérification s'en était suivi pour les purger de toute erreur. L'analyse a consisté pour les variables qualitatives à la réalisation des tableaux de fréquence qui reprenait pour chaque variable le nombre de sujet ainsi le pourcentage correspondant.

L'étude était purement descriptive nous n'avons pas pu réaliser un test statistique.

4.6 Aspects éthiques :

Nous avons demandé et obtenu une autorisation aux médecins chefs des différents centres de santé de la ville de Ségou. La confidentialité des données sur les accouchées a été respecté en ne faisant pas figuré les noms sur la base des données. Le rapport d'évaluation a été partagé avec les responsables des centres de santé évalué.



RESULTATS

V. RESULTATS :

Taux d'utilisation du partographe : du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, sur les 300 accouchements choisis de façon aléatoire dans 5 centres de santé de la ville de Ségou, le partographe a été utilisé pour la surveillance du travail de ces 300 accouchements soit un taux d'utilisation de 100%.

Tableau I : Répartition des partogrammes selon l'état du support papier.

Etat du support	Effectif	Pourcentage
Bon	300	100
Mauvais	0	0
Total	300	100

Le support papier était en bon état dans 100% des cas.

Tableau II : Répartition des partogrammes selon le profil du prestataire.

Profil du prestataire	Effectif	Pourcentage
Médecin	10	5
Sage-Femme	260	85
Infirmière obstétricienne	30	10
Total	300	100

Dans 85% des cas les partogrammes ont été remplis par des sage-femmes ; 10% par des infirmières obstétriciennes et 5% par les médecins.

Tableau III : Répartition selon la qualité de remplissage du partogramme

Qualité de remplissage	Effectif	Pourcentage
Correctement rempli	92	30,7
Incorrectement rempli	208	69,3
Total	300	100

Les partogrammes incorrectement rempli ont représenté 69,3%.

Tableau IV : Répartition des partogrammes selon la notation de l'identité civile de la mère.

Identité civile de la mère	Effectif	Pourcentage
Oui	238	79,3
Non	62	20,7
Total	300	100

L'identité civile était notée sur 79,3% des partogrammes contre 20,7% de cas non identifiés.

Tableau V : Répartition des partogrammes selon la notification des ATCD obstétricaux chirurgicaux et médicaux.

Notification des ATCD	Effectif	Pourcentage
Oui	280	93,3
Non	20	6,7
Total	300	100

Les ATCD ressortaient sur 93,3 % des partogrammes contre 6,3% sans ATCD.

Tableau VI : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres maternels à l'examen d'entrée.

Paramètres maternels	Effectif	Pourcentage
Taille		
Oui	296	98,7
Non	4	1,3
Nombre CPN		
Oui	285	95
Non	15	5
Hauteur Utérine		
Oui	298	99,3
Non	2	0,7

La taille était notée dans 98,7% des cas ; le nombre de CPN était mentionné sur 95% des partogrammes et la hauteur utérine était notée sur 99,3% des partogrammes.

Tableau VII : Répartition des partogrammes selon la notation du mode de déclenchement.

Mode de déclenchement	Effectif	Pourcentage
Oui	38	12,7
Non	262	87,3
Total	300	100

La modalité de déclenchement n'était pas notée sur 87,3% des partogrammes contre 12,7% avec le mode de déclenchement.

Tableau VIII : Répartition des partogrammes selon la notation des facteurs de risque à l'admission.

Facteurs de risques	Effectif	Pourcentage
Oui	241	80,3
Non	59	19,7
Total	300	100

Les risques recherchés à l'admission étaient notés sur 80,3% des partogrammes contre 19,7% non renseignés.

Tableau IX : Répartition des partogrammes selon la notation de la présentation du fœtus.

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

Notation de la présentation foetal	Effectif	Pourcentage
Oui	300	100
Non	00	00
Total	300	100

La présentation du fœtus était notée sur tous les partogrammes.

Tableau X : Répartition des partogrammes selon les éléments de surveillances.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Heure		
Oui	298	99,3
Non	2	0,7
Traitement		
Oui	10	3,3
Non	290	96,7

L'heure d'examen était notée à 99,3% et le traitement était marqué qu'à 3,3% des partogrammes.

Tableau XI : Répartition des partogrammes selon la notification de l'état de la poche des eaux.

Etat de la poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Oui	279	93
Non	21	7
Total	300	100

L'état de la poche des eaux était noté à 93% des partogrammes contre 7%.

Tableau XII : Répartition des partogrammes selon les éléments de l'état du fœtus.

Eléments de l'état du fœtus	Effectif	Pourcentage
Aspect du liquide amniotique		
Oui	218	72,7
Non	82	27,3
BDCF		
Oui	300	100
Non	0	0

La notification de l'aspect du LA était notée sur 72,7% des partogrammes contre 27,3%.

Tableau XIII : Répartition des partogrammes selon les éléments de progression du travail.

Eléments de progression du travail	Effectif	Pourcentage
Contraction utérine		
Oui	300	100
Non	0	0
Phase d'ouverture		
Oui	296	98,7
Non	4	1,8

Les contractions utérines sont représentées à 100% contre 98,7% de la phase d'ouverture.

Tableau XIV : Répartition des partogrammes selon le respect rythme horaire d'examen.

Respect rythme horaire d'examen	Effectif	Pourcentage
Oui	275	91,7
Non	25	8,3
Total	300	100

Le rythme horaire d'examen était respecté sur 91,7% des partogrammes contre 8,3%.

Tableau XV : Répartition des partogrammes selon la notification du mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Oui	199	66,3
Non	101	33,7
Total	300	100

Le mode d'accouchement était noté sur 66,3% des partogrammes contre 33,7%.

Tableau XVI : Répartition des partogrammes selon la notification du type de délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
Oui	180	60
Non	120	40
Total	300	100

Le type de délivrance était noté sur 60% des partogrammes contre 40%.

Tableau XVII : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres de la mère.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
La pression artérielle		
Oui	286	95,3
Non	14	4,7
La Température		
Oui	270	90
Non	30	10
Le Pouls		
Oui	246	82
Non	54	18

La pression artérielle est notée à 95,3% contre 90% de la température et 82% du pouls des partogrammes.

Tableau XVIII : Répartition des partogrammes selon la notification des paramètres du nouveau-né.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Poids		
Oui	293	97,6
Non	7	2,4
Apgar		
Oui	290	96,7
Non	10	3,3
Taille		
Oui	260	86,7
Non	40	13,3

Le poids du nouveau-né était noté sur 97,6% des partogrammes contre 2,4% ; le score d'Apgar était noté dans 96,7% de cas contre 3,3% et la taille du nouveau-né était notée à 86,7% des partogramme contre 13,3% sans notification de la taille.

Tableau XIX : Répartition des partogrammes selon la notification du pronostic de la mère.

Le pronostic de la mère	Effectif	Pourcentage
Oui	230	76,7
Non	70	23,3
Total	300	100

Le pronostic de la mère était noté à 76,7% contre 23,3% des partogrammes.

Tableau XX : Répartition des partogrammes selon la notification du pronostic du nouveau-né.

Le pronostic du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Oui	297	99
Non	3	1
Total	300	100

Le pronostic du nouveau-né était noté à 99% contre 1% des partogrammes.

Tableau XXI : Répartition des partogrammes selon les anomalies de remplissage

Anomalie non notifiée	Effectif	Pourcentage
Identité civile	62	20,7
Mode de déclenchement	262	87,3
Facteurs de risque	59	19,7
Aspect du liquide amniotique	82	27,3
Mode d'accouchement	101	33,7
Type de délivrance	120	40
Taille du nouveau-né	40	13,3
Devenir de la mère	70	23,3

Les anomalies non notifiées les plus représentées étaient le mode de déclenchement avec 87,3% ;40% de la taille du nouveau-né ;33,7% du mode d'accouchement et 27,7% de l'aspect du liquide amniotique.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive rétrospective portant sur les pratiques professionnelles de la tenue du partogramme au sein de 5 centres de santé de la ville de Ségou.

Cette approche est couramment utilisée en santé publique pour fixer les priorités. Des travaux similaires ont été menés dans les centres de santé de références de la commune VI et au Csref de Niono par **Samake D [3]** et **Arou A.Z [15]**. Ces travaux ont porté sur les données des partogrammes dans cinq centres de santé de la ville de Ségou.

6.2 Taux d'utilisation du partogramme

Du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, sur les 300 accouchements choisis de façon aléatoire dans 5 centres de santé de la ville de Ségou, le partographe a été utilisé pour la surveillance du travail de ces 300 accouchements soit un taux d'utilisation de 100%. Ce résultat s'explique par le respect de la politique norme et procédure en santé de la reproduction au Mali qui rend obligatoire la surveillance du travail d'accouchement avec un partographe.

Notre étude corrobore celle de **Samake D [3]** à la commune VI du district de Bamako et de **Arou A. Z [15]** au CSRéf de Niono qui ont rapporté 100% d'utilisation du partographe chacun.

Notre fréquence d'utilisation était supérieure à celle **Siby A.S [23]** qui avait noté 84,7% d'utilisation du partographe ainsi qu'à celle de **Kome CH. [24]** en 2016 avec 73,8% d'utilisation du partographe.

Le support papier était des partogrammes était bien tenu dans 100% des cas.

6.3 Qualification de l'agent ayant rempli le partographe :

Dans notre étude les partogrammes étaient majoritairement tenus par les sage-femmes avec 85% de cas. Cependant il faut noter qu'une proportion non moins

importante des partogrammes de 10% étaient tenus par les infirmières obstétriciennes et 5% par les médecins.

Cette fréquence élevée des partogrammes tenus par les sage-femmes s'explique par le fait qu'elles constituent le premier contact des femmes mais aussi par l'affinité des gestantes envers les sage-femmes qui sont un personnel de même sexe avec lequel les gestantes se sentent plus à l'aise.

Ce taux est inférieur à celui de **Kome.CH [24]** qui a trouvé 86,4% et à celui de **Toure. O [11]** dans la commune urbaine de Sikasso qui avait trouvé 90% de partogramme remplis par les sages femmes.

L'identité civile de la mère était notée sur 79,3% des partogrammes dans notre étude contre 28,2% dans la série de **M. Diarra [25]**.

Les antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux étaient notés sur 93,3% des partogrammes. Notre taux était supérieur à ceux de **M. Diarra [25]** ; **Samake D. [3]** et **Toure. O [11]** avec respectivement 60,5% ; 37,7% et 36,5% de cas.

Les facteurs de risques étaient recherchés à l'admission et notifiés sur 80,3% des partogrammes.

6.4 La présentation du fœtus :

La présentation des fœtus était notée sur tous les partogrammes (100%) des cas.

L'état de la poche des eaux était noté sur 93% des partogrammes.

L'appréciation des contractions utérines était notée à 100%.

6.5 Le score d'APGAR :

Le score d'APGAR était noté sur 96,7% des partogrammes. Ce taux est supérieur à celui de **Dembélé D [26]** qui avait trouvé 56,6% de cas et de celui de **Samake D [3]** avec 17,3% de cas.

6.6 La coloration du liquide amniotique :

L'aspect du liquide amniotique était noté sur 72,7% des partogrammes après la rupture de la poche des. Ce taux était inférieur à celui de **Samake D [3]** qui était de 88,6% et celui de **Kome CH [24]** qui avait trouvé 90% de cas.

6.7 La consultation prénatale :

Sur 95% des partogrammes le nombre de consultation prénatale était notifié. Ce taux est largement supérieur à celui de **M. Diarra [25]** qui avait trouvé **56,5%** ; de **Camara S [27]** avec **47%** de cas ; de **Samake. D [3]** avec 35,6% de cas et de **Arou. A. Z [15]** qui avait trouvé 33,5%

Le mode de déclenchement n'était pas noté sur la majorité des partogramme avec 87,3 de cas.

6.8 Les paramètres maternels :

La taille et la hauteur utérine étaient mentionnées sur respectivement à 98,7% et une 99,3% des partogrammes.

Quant à la pression artérielle, la température et le pouls, ces paramètres figuraient respectivement 95,3% ; 90% et 82% des partogrammes.

Le mode d'accouchement était mentionné sur 66,3% des partogrammes.

S'agissant de la phase du travail d'accouchement 98,7% des partogrammes ont été ouverts à la phase active tandis que le rythme horaire de 2 heures pour le toucher vaginal était respecté sur 91,7% des partogrammes.

Après l'accouchement le type de délivrance a été notifié sur 60% des partogrammes.

6.9 Les paramètres du nouveau-né :

Le poids des nouveau-nés ressortait sur 97,6% partogrammes quant à la taille elle y figurait sur 86,7% partogrammes.



**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION :

7.1 Conclusion :

L'évaluation de la tenue du partogramme constitue la première étape d'une politique d'amélioration de la qualité des soins délivrés à la mère et au fœtus. Ainsi, nous avons que le taux d'utilisation du partogramme était de 100%. Les principales insuffisances dans l'utilisation du partogramme qu'ils étaient incorrectement remplis à 69,3% des cas. Les anomalies de remplissage les plus fréquentes étaient le mode de déclenchement (87,3%) ; le mode d'accouchement (33,7%) ; le type de délivrance (40%) et l'aspect du liquide amniotique (27,3%).

Cette évaluation des pratiques professionnelles montre que de nombreuses améliorations restent à apporter dans la tenue du partogramme.

A cet effet, la formation et le suivi des agents quant à l'intérêt du partogramme peuvent contribuer à sa meilleure utilisation.

7.2 Recommandations :

- **Aux prestataires des services de santé de la ville Ségou**

- Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partogramme.
- Motiver les structures performantes dans la tenue des partogrammes.
- Faire une mise à niveau des agents des centres de santé de la ville de Ségou sur

L'utilisation correcte du partogramme

- Remplir correctement et complètement le partographe.
- Faire un staff quotidien sur les partographe pour améliorer la qualité du remplissage du partographe.

- **A la population.**

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



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Farhat EB, Chaouch M, Chelli H, Gara MF, Boukraa N, Garbouj M et al.Reduced maternal mortality in Tunisia and voluntary commitment to gender-related concerns. Int J Gynaecol obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.2012 ;116 :165-8.
- 2- D N S I. Direction Nationale de la statistique et de l'informatique.2001.
- 3- Samaké. D Etude du partogramme dans les centres de santé communautaire, la MIPROMA et le centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako, thèse Med. Bamako (Mali) 2016. N°15., 115p
- 4- Mabileau. C : Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme au CHU de Nantes, Université de Nantes UFR de Médecine France : Mémoire de diplôme d'état de sage-femme 2014 ;100p
- 5- OMS : Surveillance du travail d'accouchement par le partogramme au Congo : guide de l'utilisateur 1^e édition 2010. 37p
- 6- Ouedraogo W T. : déterminants de la mise en place de l'audit clinique interne dans les maternités hospitalières étude de cas : maternité du centre hospitalier préfectoral de salé au Maroc, mémoire de fin d'études de spécialité en administration sanitaire et santé publique : thèse de mémoire 2014.
- 7- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- 8- Direction régionale de la santé de Ségou (Mali). Système local d'information sanitaire (SLIS) : annuaire statistique 2016, 8 ; 18 p.
- 9- T Traore et al. Analyse des décès maternels par audit à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou, Jaccr Africa 2021, 5(2) : 99- 105

- 10- Provost. A-G :** Evaluation de la tenue du partogramme au sein de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes, Université de Lorraine France : Mémoire de master II en santé publique et environnement spécialité : intervention en promotion de la santé **Sept 2015. N° 3353, 44P**
- 11- Toure O.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso thèse Med. Bamako (Mali) 2006. N°126, 97p
- 12- T. Traoré, K Sidibé, A Sanogo, F Kané, A Coulibaly, B Traoré, et al :** Pronostic maternel et périnatal des accouchements à risque à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. Jaccr Afrique2021 ; 5(3) :387-394
- 13-Guinée Médicale :** impact du partogramme sur la morbi mortalité maternelle et néonatale précoce au centre médical communal de Ratoma Avril 2001.
- 14- Kwast B.E, Rogerson G:** Analysis of the duration of labour. Malawi 1973
- 15- Arou.A. Z :** Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de sante de référence de Niono. Thèse médecine, Bamako 2018; N°118 ;81p
- 16- Friedman E.A.** The graphic analysis of Labor. Am J. Obstet Gynecol 1954 ;68: p :1568-75
- 17- Hendricks CH, BrunerWE, Kraus** Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Am, J. Obstet Gynecol 1970 :106: p1065-82
- 18- O'Driscoll K, Meagher** Duration of Labor. Inactive management of labor. The Dublin expérience London: Bailliere Tindal; 1986. P20-3
- 19- Philpott RH.** Graphic Records in labour. British Médical journal. 1972.163-15.
- 20- Merger R, Lesvy J, Melchvor J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson ; Paris : mai 2003 P : 301-338.
- 21- Lansac J, Magnin G, Sentilhes L.** Obstétrique pour praticien, 2013 : 50 ; 6^{ème} édition Masson.
- 22- OMS ;** le partogramme réduit les complications du travail et de l'accouchement. OMS PRESSE, DA .1994-06-07 ; N45 p1-2

- 23- Siby.AS** Evaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement du centre de santé de Référence de Kangaba. Thèse médecine de Bamako 2009 n°332 P :28.
- 24- Kome CH.** Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS du district de Bamako. Thèse Med 2015 N° 217 ; P :25
- 25- M. Diarra.** Evaluation du partogramme au Centre de Sante de Reference De la Commune CIV du district de Bamako. Thèse médecine Bamako 2021. P :99
- 26- Dembélé D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF de la commune II du district de Bamako Thèse Med Bamako 2002 ;70p ; N258.
- 27- Camara S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako. Université de Bamako. 2007 ;98 p ; N°235.



ANNEXES

IX. ANNEXES

Grille d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au sein des centres de santé de la ville de Ségou

N° de la grille

Date de l'évaluation :

Service :

Critère d'inclusion : toutes les patientes accouchées dans le service.

Critère d'exclusion : les avortements tardifs, accouchement à domicile

Critères d'évaluation	Oui	Non	IC	NA
I- Présentation du partogramme				
1. Le support papier est en bon état *				
2. Les écrits sont tous lisibles *				
3. Les écrits sont tous indélébiles *				
4. L'identité civile de la mère est notée (Age, Nom Prénom, résidence, nom du mari) *				
5. Les ATCD obstétricaux chirurgicaux et médicaux sont-ils marqués				
6. la date et leur d'admissions sont-elles marquées				
7. Le partogramme permet de retrouver : *				
- le nom de la sage-femme				
- le nom du médecin				
le nom de l'infirmière obstétricienne				
le nom de la matrone				

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

8. Le partogramme comprend :				
- la date, l'heure d'admission à la maternité				
- la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel)				
- la date, l'heure du début du travail				
9. les risques sont –ils recherchés à l'admission				
- <i>Si incomplets lesquels manquent ?</i>				
- Taille < 1,50m				
- Hémorragie				
- Terme de la grossesse < 37SA				
- Nombre de CPN < 4				
- ATCD – Césarienne				
- Présentation vicieuse				
- Dernier enfant mort-né				
- Pouls > 100				
- Température > 37°5C				
- HU > 36cm				
- BCF > 160 ou < 120				
- CUD > 1/2mn				
- PDE (LA : teinté, rompue > 24h				
- Autre risque à préciser.....				
10. le remplissage du partogramme a débuté ?				
- Phase active				
11. Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire *				
- chaque 2h				
II- Le fœtus				
12. La présentation du fœtus est notée *				

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

13. La variété de présentation est notée ou commentée : *				
- à la rupture de la poche des eaux				
- à chaque examen après la rupture				
14. les éléments de surveillance sont-ils marqués à chaque examen ?				
- <i>Si incomplets lesquels manquent ?</i>				
- Heure				
- BCF				
- Traitement				
III- La mère				
15. le comportement de la mère était-il noté au moins une fois				
16. La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : *				
- dilatation				
17. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture *				
18. L'aspect du liquide amniotique est noté à l'entrée ou à la rupture *				
19. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée				
20. L'analyse des contractions utérines est effectuée à chaque examen (fréquence durée)				
21. Sont notés :				
- la pression artérielle				
- la température				
- le pouls				

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

IV- Le traitement				
22. Le nom des médicaments est noté en clair *				
23. La voie d'administration des médicaments est notée en clair				
24. La posologie est notée en clair *				
V- Les actes et marqueurs d'événements				
25. la rupture des membranes (artificielle ou spontanée)				
VI- La naissance et la surveillance immédiate				
26. Le mode d'accouchement est noté : *				
- expulsion spontanée ou eutocique				
- extraction instrumentale et son indication				
- manœuvres				
-Césarienne				
27. L'état du périnée est noté				
28. date de naissance				
29. heure de naissance				
30. Les paramètres du nouveau-né sont notés				
- Le sexe				
- le poids				
- l'Apgar				
- température				
- fréquence cardiaque				
- fréquence respiratoire				
- malformation				
- la réanimation du NN				
- le Traitement du NN est noté				

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de santé de la ville de Ségou

31. La date et l'heure de la délivrance sont-elles notées *				
32. le mode de délivrance est-il noté				
33. le poids du placenta est-il noté				
34. Si délivrance artificielle la révision utérine est-elle faite				
35. la longueur du cordon est-il noté				
36. La surveillance de l'accouchée est notée				
- Globe « de sécurité »				
- Pouls,				
- Pression artérielle				
- Température				
- Volume des pertes sanguines				
- Le traitement de l'accouchée est –il noté				
37. Résultat de l'accouchement est-il noté				
38. Devenir de la mère				
- Référée date et heure				
- cause de la référence				
- Décédée date et heure				
- cause de décès				
39. Devenir de l'enfant				
- Référée date et heure				
- cause de la référence				
- Décédée date et heure				
- cause de décès				

Fiche signalétique

NOM : Mahamane Halidou

PRENOM : MAIGA

TITRE DE LA THESE : Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partographe au sein de cinq centres de Santé de la ville de Ségou

Tel : (00223) 74 18 91 82 – 69 66 68 97

ANNEE : 2022-2023

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT BIBLIOTHEQUE : de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie et la faculté de pharmacie

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie- obstétrique.

RESUME :

Le partogramme est un outil de surveillance maternel et foetal pendant la phase active du travail et d'aide à la décision en cas d'anomalies.

Son utilisation correcte permet de réduire la mortalité materno foetal et ces complications. Le but de ce travail était d'évaluer les pratiques des professionnelles sur la tenue du partogramme au sein de cinq (5) centres de santé de la ville de Ségou.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une collecte rétrospective portant sur les accouchements et les partogrammes de cinq centres de santé du district de Ségou pendant une période d'étude de 6 mois allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021.

Résultats : Elle a porté sur trois cents (300) fiches de partogrammes. Le taux de fréquence d'utilisation du partographe a représenté 100% et la qualité de partogramme correctement rempli n'a représenté que 30,7%.

85% des partogrammes étaient rempli par les sages femmes dont elles sont les principales prestataires.

Les paramètres vitaux maternels ont représenté 95,3% de la pression artérielle contre 90% de la température et 82% du pouls.

Le devenir maternel était noté à 76,7% contre 99% à celui du nouveau-né sur les 300 partogrammes étudiés.

Conclusion : L'évaluation de la tenue du partogramme constitue la première étape d'une politique d'amélioration de la qualité des soins délivrés à la mère et au fœtus. Notre étude nous a permis d'évaluer la qualité de la tenue du partogramme et d'identifier les anomalies de remplissage les plus représentés .

Cette évaluation des pratiques professionnelles montre que de nombreuses améliorations restent à apporter dans la tenue du partogramme.

A cet effet, la formation et le suivi des professionnelles quant à l'intérêt du partographe peuvent contribuer à sa meilleure utilisation.

Mots clés : Evaluation, surveillance, accouchement, partogramme, Ségou.

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'honoraire.

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 !