

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES
OBSTETRICIENNES DU DISTRICT SANITAIRE DE LA
COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Présentée et soutenue publiquement le 08/12/2023 devant le jury de la faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. CISSE ALLAYE

**Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(Diplôme d'état)**

Jury

Président : TRAORE Alassane (Maitre de conférences)

Membre : SISSOKO Abdoulaye (Maitre-Assistant)

DOUMBIA Saleck (Gynécologue obstétricien)

Co-directrice : TALL Saoudatou (Gynécologue obstétricienne)

Directeur : TRAORE Soumana Oumar (Maitre de conférences agrégé)

REMERCIEMENTS

A ALLAH

Louange à ALLAH Le Tout Puissant, L'Omniscient, L'Omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

Nous rendons également grâce à son prophète Mahomet (Paix et Salut sur Lui).

DEDICACES

A mon père : Modibo Amadou Cissé

Cher père, je vous dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

A ma mère : Roukiatou Bori Cissé

Chère mère vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

A mon oncle et tuteur : Dr Brahim Cissé

Cher oncle, ce travail vous est entièrement dédié car c'est grâce à vous si je suis à ce niveau d'étude. vous m'avez conseillé et orienté du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire. vos aides financières et matérielles m'ont beaucoup servi. Qu'Allah vous donne longue vie et vous assiste dans vos lourdes responsabilités.

A mon grand frère : Amadou Modibo Cissé

Merci pour tes conseils et tes aides matérielles et financières du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire.

A ma chère épouse et à mes enfants : Coumbel Cissé, Binta Cissé, Modibo Cissé

Tous les mots me manquent sauf un merci

A ma grande sœur : Anta Allaye Cissé

Mes sincères remerciements pour ton soutien

REMERCIEMENTS

A mes Tontons :

Mes sincères remerciements pour votre soutien au cours mon cursus scolaire et universitaire.

A mes Tantes : Roukiatou Cissé, Kadia Bori Cissé

Mes remerciements pour votre aide.

A mes cousins : Allaye Cissé dit Allaye monsieur, Bori Woli Cissé, Bori kola Cissé

Merci pour vos conseils et vos aides matérielles et financières du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire

A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines de la famille, recevez mes remerciements pour votre encouragement et votre soutien.

Au Professeur Traoré Soumana Oumar

Merci pour l'estime que vous m'avez accordée en m'acceptant dans votre service. Que Dieu vous protège et vous confie une longue vie dans une santé de fer ! Amine !

A mes maîtres formateurs : Pr Soumana Oumar Traoré, Dr Oumar M Traoré, Dr Saoudatou Tall dite Gogo, Feu Dr Fa Issif Kouyaté, Dr Saleck Doumbia, Dr Niagale Sylla, Dr Nouhoum Diakité : merci pour la connaissance transmise à mon égard. Merci pour votre disponibilité,

Aux gynécologues et obstétriciens : Dr Aboudou Camara, Dr Belco Tamboura, Dr Oumar Kokeina, Dr Amadou Coulibaly, Dr Moctar Diaby. Merci pour votre encadrement.

A l'équipe de garde, merci pour votre disponibilité, votre enseignement, vos conseils et vos contributions.

A tout le personnel du CSRef de la commune V, merci.

A tout le personnel de la FMOS/FAPH, merci pour les enseignements offerts.

A mes amis et camarades de classe, merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

A tous mes camarades de la promotion du numerus clausus, pour les bons moments passés ensemble dans la joie et le bonheur.

A toutes les personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin

Merci pour votre soutien

Hommage aux honorables membres de jury

A notre maitre et Président du jury :

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ Gynécologue-Obstétricien
- ✓ Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- ✓ Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie
- ✓ Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali
- ✓ Membre de la Société Malienne de Gynécologie-obstétrique (SOMAGO)

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre maitre et juge

Docteur Abdoulaye Sissoko

- Maitre-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- Chef de service de Gynécologie-Obstétrique à la clinique périnatale Mohammed VI de Bamako,
- Ancien chef de service de gynécologie obstétrique au CHU mère-enfant « le Luxembourg »
- Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la garnison militaire de KATI,
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)
- Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique,
- Capitaine des Forces Armées du Mali.

Cher maitre,

C'est un grand honneur et un privilège de nous de vous avoir dans notre jury de thèse. Merci pour la simplicité que vous avez témoigné en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail cher maitre, l'expression de notre gratitude.

A notre maitre et juge

Docteur Salek DOUMBIA

- Gynécologue – Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au CS Réf CV ;
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie -Biostatistique
à l'Institut Africain de Santé Publique de OUAGADOUGOU

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

**A notre maitre et co-directeur de thèse
Docteur Saoudatou TALL**

- Gynécologue obstétricienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V
- Praticienne Hospitalière au Centre de Santé de Référence de la Commune V
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique
- Maître de Recherche au Centre de Santé de Référence de la Commune V

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Soumana Oumar Traoré

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS;
- Praticien Hospitalier au CSREF CV ;
- Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako
- Certifié en programme GESTA Internatinal (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;
- Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	3
3	Généralités.....	4
3.1	Définition.....	4
3.2	Historique du partogramme dans le monde.....	4
3.3	Les Composantes du partogramme.....	8
3.3.1	La progression du travail :.....	8
3.3.1.1	Contractions utérines pendant le travail :.....	9
3.3.1.2	Descente et progression du mobile foetal haute et mobile :	10
3.3.2	Etat du foetus.....	10
3.3.2.1	Le Rythme Cardiaque Foetal	11
3.3.2.2	Le Liquide amniotique (L A)	12
3.3.3	Etat de la mère.....	12
3.4	Le Partogramme : Modèle de l'OMS	12
3.4.1	Principe :.....	12
3.4.2	Remplissage du partogramme de l'OMS :	13
3.5	Partogramme du Mali	16
3.5.1	Historique du partogramme au Mali	16
3.5.2	Principes	17
3.5.3	Remplissage :	18
4	METHODOLOGIE.....	21
4.1	Cadre de l'étude.....	21
4.2	Type et période d'étude	28
4.3	Echantillonnage	28
4.4	Population d'étude.....	28
4.5	Critère d'inclusion	28
4.6	Critères de non inclusion	28
4.7	Saisie et analyse des données	28

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

4.8	Aspects éthiques	29
4.9	Définitions opératoires.....	29
5	Résultats	30
6	Commentaire et discussion	45
7	Conclusion et recommandation.....	49
7.1	Conclusion	49
7.2	Recommandations.....	49
8	Références bibliographiques	50
9	ANNEXE	51
10	Fiche signalétique	55

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Sigle et abréviation

BDCF = Bruits Du Cœur fœtal

C = Clair

CHU GT = Centre Hospitalier Universitaire

Gabriel Touré

CHU PG = Centre Hospitalier Universitaire

du Point G

Cm = Centimètre

CSCOM = Centre de Santé Communautaire

CS Réf = Centre de Santé de Référence

CU = Contraction Utérine

DFP = Disproportion Fœtaux Pelvienne

I = Intacte

IO = Infirmière obstétricienne

L A = Liquide Amniotique

M = Méconium

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PDS = Programme de Développement Sanitaire

PEC = Prise En Charge

R = Rompue

RCF = Rythme Cardiaque Fœtal

SPSS = Statical Package Social Sciences

TA = Tension Artérielle

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des prestataires selon la qualification.....	30
Tableau II: Répartition des prestataires selon l'âge	30
Tableau III : Répartition des prestataires selon la durée dans la fonction.....	30
Tableau IV : Répartition des prestataires selon la notion de formation sur le partogramme après les études (école)	31
Tableau V : Répartition des prestataires selon leur connaissance globale du partogramme/partographe au Mali	32
Tableau VI : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les paramètres de surveillance au cours du travail d'accouchement	33
Tableau VII : Répartition des prestataires selon leur connaissance du moment où commence le remplissage du partographe/partogramme	34
Tableau VIII : Répartition des prestataires selon l'intervalle de surveillance par paramètre	35
Tableau IX : Répartition selon l'utilisation régulière de la fiche de surveillance d'ocytocine au cours du travail d'accouchement.....	36
Tableau X : Répartition des prestataires selon qu'elles notent les médicaments	36
Tableau XI : Répartition des prestataires selon leur opinion sur la situation de la courbe de la dilatation cervicale par rapport à la ligne d'alerte au cours du travail d'accouchement normal	37
Tableau XII : Répartition selon l'évolution des courbes de la dilatation cervicale et de la descente de la présentation fœtale	37
Tableau XIII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur la correspondance entre nombre de carré et nombre de contractions utérines.	38
Tableau XIV: Répartition des prestataires selon leurs opinions sur le partographe/programme	39

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XV : Répartition des prestataires selon les recommandations pour la modification du partographe modifié de l'OMS.....	39
Tableau XVI : Répartition des prestataires selon les propositions formulées pour la modification du partographe modifié de l'OMS.....	40
Tableau XVII : Répartition des prestataires selon les difficultés rencontrées lors du remplissage du partographe/partographe	41
Tableau XVIII : Répartition des prestataires selon la nature des difficultés évoqués dans le remplissage du partographe/partographe	41
Tableau XIX : Répartition des prestataires selon la qualité globale des réponses	42
Tableau XX : Relation entre la qualité de réponse et la qualification de prestataire	42
Tableau XXI : Relation entre la qualité de réponse et la notion de formation sur le partogramme.....	43
Tableau XXII : Relation entre la qualité de réponse et le délai depuis la dernière formation sur le partogramme	43
Tableau XXIII : Relation entre la qualité de réponse et âge du prestataire	44

Liste des figures

Figure 1. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN [13]	6
Figure 2. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale.....	7
Figure 3: Dilatation du col La phase de latence	8
Figure 4: La ligne d'alerte et la ligne d'action [14]	9
Figure 5: Descente de la tête fœtale [14].....	10
Figure 6: descentes de la tête fœtale[16].....	15
Figure 8: Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako.	22

1 INTRODUCTION

Le partogramme est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ». L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est développée à partir des publications de Friedman en 1954. Le but étant de dépister précocement les anomalies du travail afin d'améliorer la prise en charge maternelle et fœtale[1].

L'OMS recommande de commencer le partogramme à partir de 3 cm (phase active du travail), au début du déclenchement artificiel du travail (RAM, ocytociques) ou au début de l'analgésie péridurale [2].

L'accouchement assisté par du personnel qualifié avec l'utilisation à temps du partogramme peut permettre de réduire la mortalité maternelle et néonatale à travers la détection précoce et la prise de décision de la prise en charge rapide des complications.

Dans le monde, environ un demi-million de femmes meurt chaque année des complications liées à la grossesse, dont plus de 80 % ont lieu pendant l'accouchement [3]. Dans les pays en développement, où la santé des femmes dépend en premier lieu de leur rôle reproductrice, le risque de décès lié à la grossesse ou à l'accouchement est de 1/60 contre 1/ 4.100 dans les pays industrialisés [4]. Ce risque, chez la femme africaine est de 1 sur 19 contre 1 sur 10.000 chez l'Européenne [5]. 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. cités Kanté M. trouvent une fréquence de 82, 22% de mortalité périnatale au centre régional de Sokodé (TOGO) [6].

Au Mali, une étude réalisée par Bamba M. au CS Réf de la commune V a montré une diminution du taux de décès maternel [7], 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. Samake D. au CS Réf de la CVI de Bamako en

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

2016 avait trouvé un taux d'utilisation à 100% des partogrammes parmi lesquelles 90% étaient incomplètement remplis[8]. La proportion d'utilisation du partogramme diffère entre les pays et à l'intérieur d'un même pays en fonction de la qualité du personnel de santé, de la formation du personnel, de la disponibilité du partogramme, de la volonté du personnel de l'utiliser, de la fréquence des visites de supervision [9].

La bonne utilisation du partogramme permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement. A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales et même la mort fœtale, fistules vésico-vaginale, hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle) qui causent des handicaps dans la vie de ces femmes et de ces enfants. Face à cela, nous avons jugé nécessaire de mener une étude pour identifier et comprendre ces problèmes en formulant la question qui suit : Quelle est l'opinion des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes sur le partogramme modifié de l'OMS utilisé lors du travail d'accouchements dans le district sanitaire de la commune V du district de Bamako ?

Afin de répondre à cette question, nous formulons l'hypothèse de recherche que le partogramme est couramment utilisé dans les maternités du district sanitaire de la commune V du district de Bamako. Cependant son utilisation laisse entrevoir des insuffisances. Nous avons alors juger nécessaire d'avoir l'opinion des principaux acteurs sur cet instrument si précieux.

Ainsi, nous nous sommes fixés de objectifs suivants.

2 OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Evaluer l'opinion des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes du district sanitaire de la commune V de Bamako sur le partogramme modifié de l'organisation mondiale de la santé.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil des prestataires des services interviewés.
- Identifier les difficultés rencontrées par les prestataires
- Rapporter leur opinion sur le partogramme modifié de l'organisation mondiale de la santé

3 Généralités

3.1 Définition

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

Selon l'OMS, le partogramme est l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.[10]

3.2 Historique du partogramme dans le monde

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 [10]

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.

Les mesures manuelles (FRIEDMAN) électromécaniques ou ultrasonores ont permis de mieux préciser l'allure sinusoïde avec une première phase de latence jusqu'à environ 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. [11], 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.

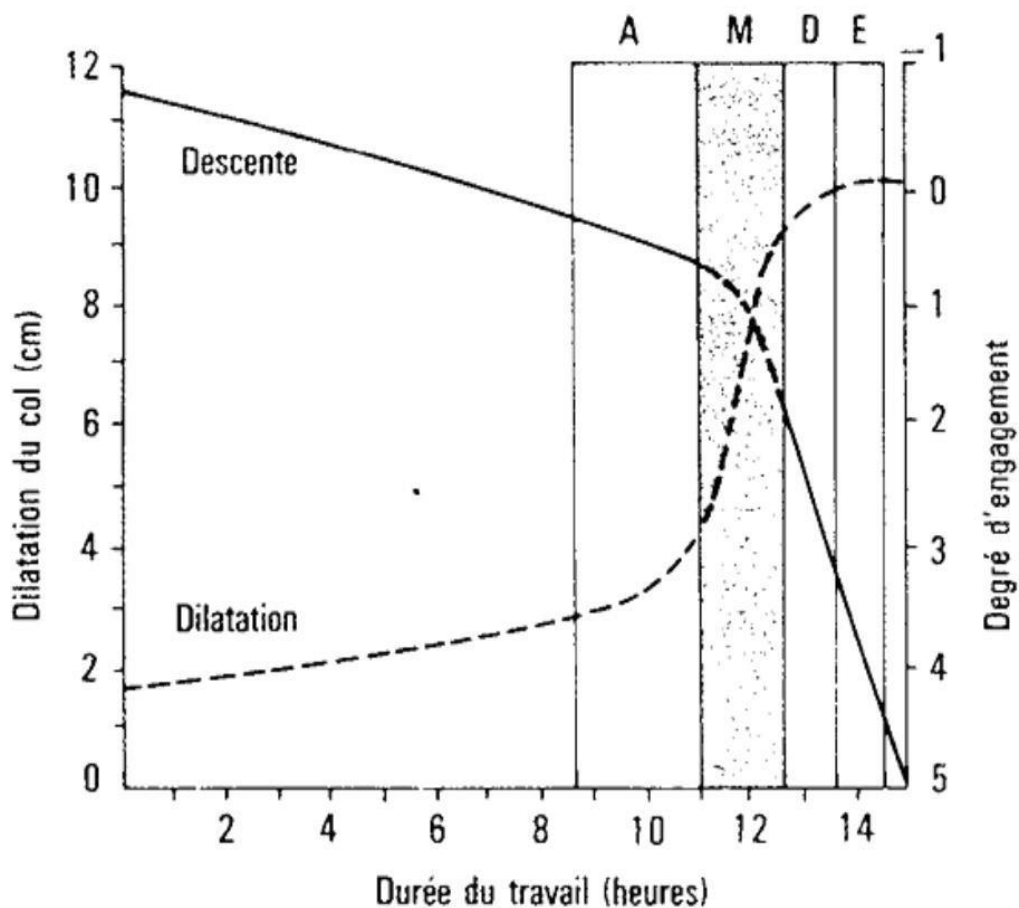
Enfin, chez la multipare comme chez la primipare, la dilatation est à peu près aussi rapide au-delà de 4 cm.

Dans la technique d'accouchement dirigé (augmented Labor) prônée systématiquement par O'DRISCOLL [12], le partogramme 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.

Dans le cadre d'étude extensive sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique méridionale, PHILPOTT a construit un monogramme de la dilatation du col, dans la population observée.

Il a pu observer, identifier les écarts par rapport à la normale et permis d'appuyer sur une base scientifique solide toute décision d'intervention précoce visant à éviter un travail prolongé [13].

L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



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

Figure 1. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN [13]

L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE

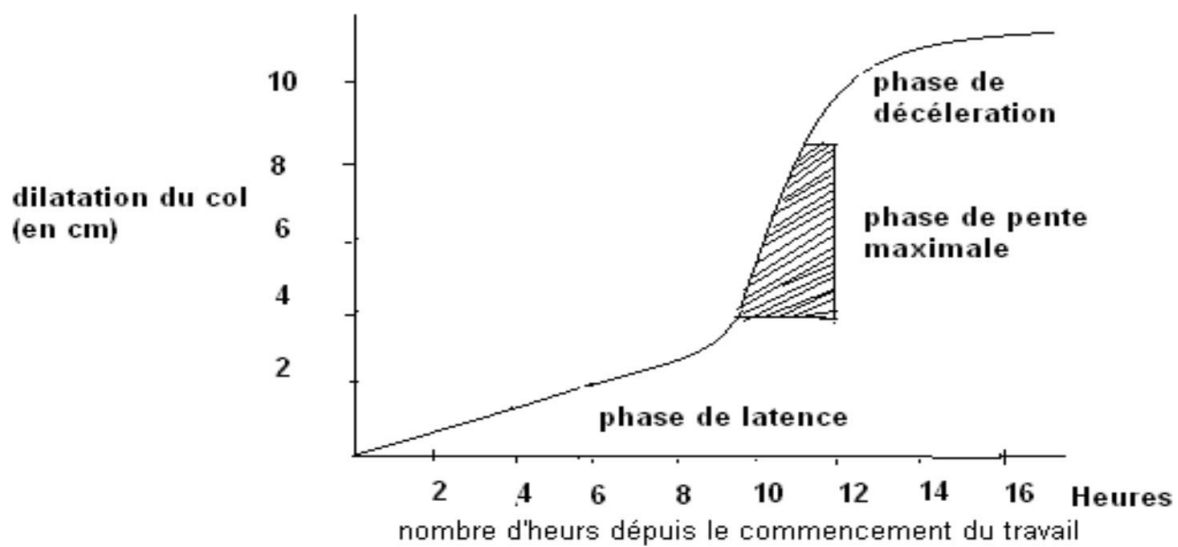


Figure 2. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale

3.3 Les Composantes du partogramme

Le partogramme est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments : la progression du travail ; l'état du fœtus et l'état de la mère.

3.3.1 La progression du travail :

Elle comprend : la dilatation du col, les contractions utérines et la descente de la tête fœtale ;

L'essentiel dans cette partie du partogramme est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps. Les deux autres informations indispensables pour la surveillance de la progression du travail sont la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine

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 [14].

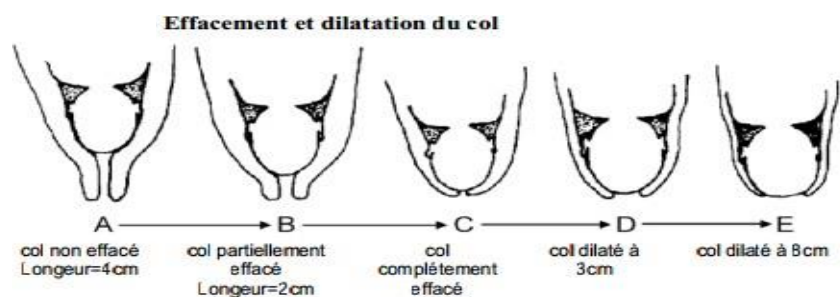


Figure 3: Dilatation du col La phase de latence

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.

L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

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 3 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.

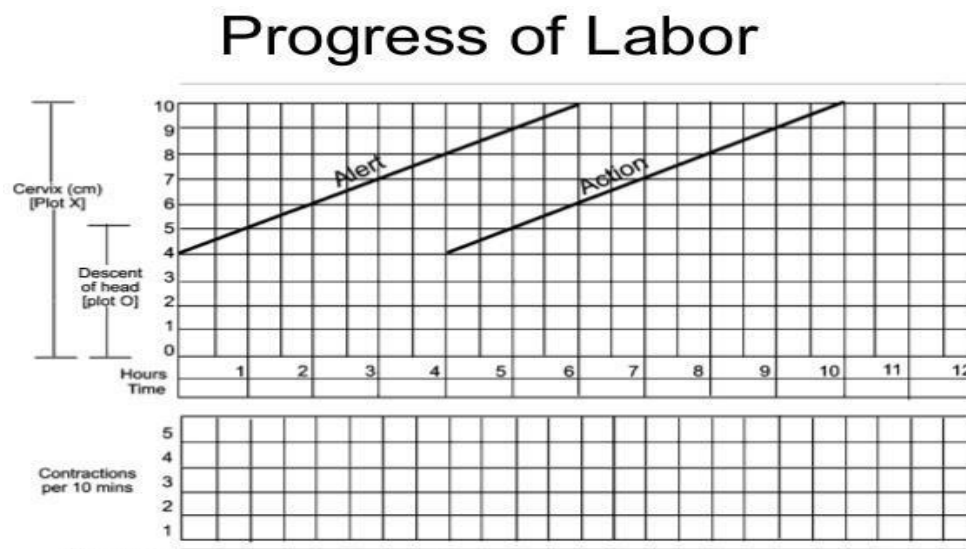


Figure 4: La ligne d'alerte et la ligne d'action [14]

3.3.1.1 Contractions utérines pendant le travail :

Ce sont des contractions régulières et involontaires caractérisées surtout par leur fréquence (combien de fois sont-elles ressenties en l'espace d'une période donnée ?), leur durée (combien de temps durent-elles ?) 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.

3.3.1.2 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.

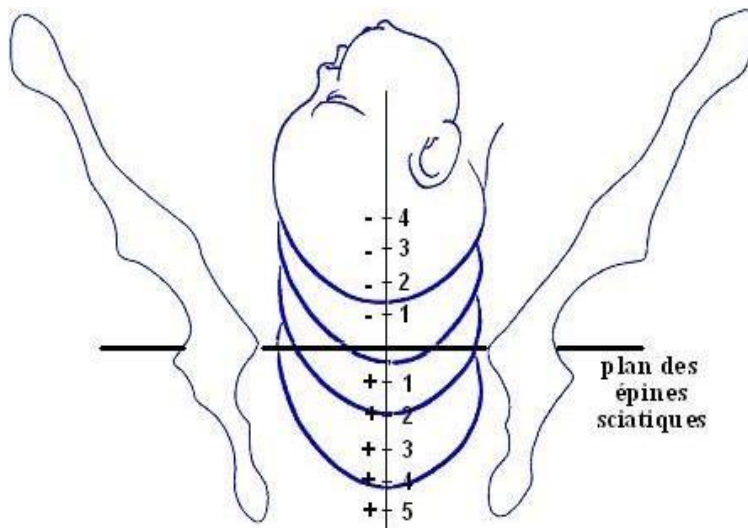


Figure 5: Descente de la tête fœtale [14]

Diagnostic d'engagement

Signe de Farabeuf : au toucher vaginal les doigts dirigés vers la 2ème pièce sacrée (S2) sont arrêtés par la présentation [15].

3.3.2 Etat du fœtus

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 [16].

3.3.2.1 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 :

b1) Auscultation des bruits du cœur fœtal

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

b2) 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 césarienne.

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.

3.3.2.2 Le Liquide amniotique (L A)

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

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

Membranes intactes = **I**

L A clair noté **C** traduit l'aspect normal du liquide

L A teinté de méconium = **M**, témoigne le plus souvent une souffrance actuelle

L A teinté de sang = **S**.

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

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

3.4 Le Partogramme : Modèle de l'OMS

3.4.1 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

certaines côtés à un compromis synthétisé et simplifié qui empreinte 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- 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) [17].

3.4.2 Remplissage du partogramme de l'OMS :

➤ Eléments du partographe

Ils comprennent :

- Eléments de progression du travail :
 - Dilatation du col ;
 - Descente de la présentation ;
 - La 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 et température ;
 - Tension artérielle ;
 - Les 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

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

informations à consigner sur le partogramme 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 :
 - Un **I** si les membranes sont intactes ;
 - Un **R** si les membranes sont rompues ;
 - Un **C** si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
 - Un **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
 - Un **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 marquer 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

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

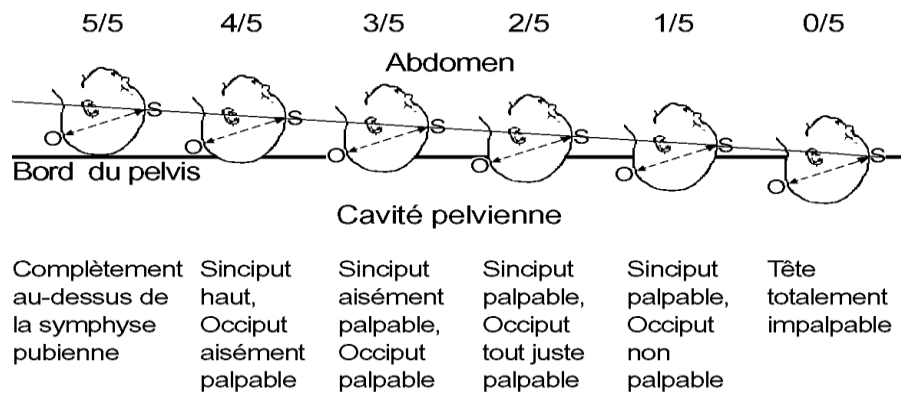


Figure 6: descentes de la tête fœtale[16]

- 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.

L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Nom	Geste	Parité	Numéro de l'hôpital
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heures
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>Bruits du cœur foetal</p> <p>Liquide amniotique Chevauchement</p> <p>Col (cm) [Tracer un X]</p> <p>Descente de la tête [Tracer un O]</p> <p>Nombre d'heures</p> <p>Heure</p> <p>Contractions par 10 minutes</p> <p>Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute</p> <p>Médicaments prescrits et liquides IV</p> <p>Pouls ● et TA ▲▼</p> <p>Temp en C°</p> <p>Urine { protéinurie cétone volume</p> </div> <div style="width: 80%;"> </div> </div>			

3.5 Partogramme du Mali

3.5.1 Historique du partogramme au Mali

Au Mali, les premières études sur le partogramme ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point G en 1986. En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement.

Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mis au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec université de Rochester (New York, Etat Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako. En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité' maternelle et infantile. L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme, une révision des outils de travail s'imposait donc.

3.5.2 Principes

Durée

- Phase de latence : du début du travail (0 cm) à 3cm, sa durée maximum est de 8heures.
- Phase active : de 4cm à 10cm, sa durée maximum est de 6heures.
- Phase expulsive : de 10cm à l'expulsion, sa durée maximum est de 45mm. Le travail d'accouchement normal ne doit pas atteindre 14 heures.

Évolution de la dynamique utérine :

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

- La zone d'évolution normale : zone située à gauche de la ligne d'alerte

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

- La zone d'alerte : zone située entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, elle donne un délai d'une à 3 heures pour la prise de décision en fonction du niveau de la structure sanitaire après avoir fait le point de la situation.
- La zone d'action : zone située à droite de la ligne d'action, une dynamique située dans cette zone impose une action immédiate.
- La ligne d'alerte : ligne allant de 4cm à 10 cm à un rythme qui devra être au moins d'1 cm par heure.
- La ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures.

3.5.3 Remplissage :

Renseignements généraux sur la parturiente

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

L'aspect du liquide amniotique (à l'inspection) L'absence ou non de déformation crânienne au toucher vaginal.

- BCF : Ecouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF.
- LA : Marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV.

*I= membranes intactes

*c= LA clair

*M= LA méconial

*S= LA sanguinolent

*RAM : rupture artificielle des membranes

*RSM : rupture spontanée des membranes

➤ **Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement**

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

➤ **Dilatation du col**

Évaluer à chaque toucher et marquer par une croix.

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

Dilatation du col

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

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

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

L'engagement apprécie la descente.

Médicaments administrés :

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

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre de l'étude

Notre étude se déroulera dans les maternités du district sanitaire de la commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et des environs.

❖ **Description du district sanitaire de la commune V** Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalaban-Coura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

- Une salle de garde pour sage-femmes,
- Une salle de garde pour les internes,
- Une salle de garde pour les médecins en spécialisation,
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important person) ou salle unique d'un lit avec commodité,
- Une unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Une unité de Gynécologie,
- Une unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Une unité de Planification Familiale (PF),
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Une unité de One Stop Center.

1.2. Le Personnel du service de gynécologie et d'obstétrique :

Il comprend :

Six (5) médecins spécialisés en Gynécologie et d'Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique :

- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur,
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maîtresse,
- Quarante-quatre sage-femmes,

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

- Quatre infirmiers d'état,
 - Treize infirmières obstétriciennes,
 - Cinq instrumentistes,
 - Un agent technique de santé,
 - Trois aides-soignantes,
 - Six chauffeurs d'ambulances,
 - Quatre manœuvres (dont deux techniciens de surface),
 - Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio-sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

1.3. Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les Centre de Santé Communautaire CSC om (CSCom), les CHU Gabriel Touré, Point G et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

Au moins une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde,
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Trois sage-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

a. Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako :

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto-Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC ;
- 9- Service de Chirurgie ;
- 10- Service d'anesthésie réanimation.

b. Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako :

- 1-Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2-Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3-Unité Imagerie Médicale ;
- 4-Unité Médecine Générale ;
- 5-Unité Pharmacie ;
- 6-Unité Laboratoire ;
- 7-Unité Ressources Humaines ;
- 8-Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9-Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10-Unité Néonatalogie ;
- 11-Unité Pédiatrie Générale ;
- 12-Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13-Unité Tuberculose ;
- 14-Unité Lèpre ;
- 15-Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16-Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17-Unité Consultation Prénatale (CPN) ;
- 18-Unité Nutrition ;
- 19-Unité Suite de Couches ;
- 20-Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21-Unité Gynécologie ;

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

22-Unité Soins Après Avortement (SAA) ;

23-Unité Ophtalmologie ;

24-Unité Odontostomatologie ;

25-Unité Planification Familiale (PF) ;

26-Unité de réanimation ;

27-Unité Urologie.

c. Le Personnel :

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie-obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sage-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

4.2 Type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective transversale avec une approche qualitative sur l'opinion des sage-femmes et les infirmières obstétriciennes sur le partogramme modifié de l'organisation mondiale de la santé dans le district sanitaire de la commune V du district de Bamako.

Notre étude s'est déroulée sur 3 mois allant de Mai 2022 à Juillet 2022

4.3 Echantillonnage

L'étude a été menée dans le district sanitaire de la commune V du district de Bamako dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgences avec au moins un prestataire de soins de santé qualifié pour la prise en charge de l'accouchement, aux soins essentiels aux nouveau-nés.

4.4 Population d'étude

Elle était constituée par le personnel de la maternité du district sanitaire de la commune V du district de Bamako pendant la période d'étude

4.5 Critère d'inclusion

Toutes les sage-femmes et les infirmières obstétriciennes du district sanitaire de la commune V du district de Bamako ayant acceptées de participer à l'étude.

4.6 Critères de non inclusion

- Les sage-femmes les infirmières obstétriciennes n'ayant pas voulu participer à l'étude
- Les sage-femmes et les infirmières obstétriciennes absentes au moment de l'interview

4.7 Saisie et analyse des données

La saisie des données a été effectuée par un questionnaire préalablement établi ; l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 25.0. Le document a été saisi grâce au logiciel Microsoft Word 2019.

Le test de khi² de Pearson a été utilisé pour comparer les différents groupes. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%. Nous avons utilisé un seuil de 80% pour la qualité globale de réponse obtenue.

4.8 Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie, avec obtention d'un consentement éclairé. Les noms des sage-femmes et infirmières obstétriciennes ayant participé à l'étude n'ont figurer sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

4.9 Définitions opératoires

Partogramme : c'est la courbe de dilatation du col utérin.

Partographe : c'est la feuille sur laquelle figure toutes les données de la surveillance du travail d'accouchement.

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 semaines d'aménorrhée (SA) d'un nouveau-né immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal.

Accouchement post-terme : l'accouchement qui se produit après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire après la fin de la 42ème SA révolue ;

5 Résultats

Tableau I : Répartition des prestataires selon la qualification

Qualification du prestataire	Effectif	Pourcentage (%)
Sage-femme	116	92,1
Infirmière obstétricienne	10	07,9
Total	126	100,0

Les sage-femmes étaient majoritaires avec 92,1%

Tableau II: Répartition des prestataires selon l'âge

Age du prestataire	Effectif	Pourcentage (%)
< à 30ans	42	33,3
≥ à 30 ans	84	66,7
Total	126	100,0

On observe que 66,7% des prestataires ont un âge supérieur ou égal à 30 ans.
L'âge moyen est de 35 ans avec des extrêmes de 25 ans et 50 ans

Tableau III : Répartition des prestataires selon la durée dans la fonction

Durée dans la fonction	Effectif	Pourcentage (%)
< à 5 ans	41	32,5
≥ à 5	85	67,5
Total	126	100,0

Les prestataires ont fait plus de 10 ans de fonction représentaient 67,5% et la durée moyenne est de 15 ans avec des extrêmes de 3 ans à 25 ans

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau IV : Répartition des prestataires selon la notion de formation sur le partogramme après les études (école)

Formation sur le partogramme	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	93	73,8
Non	33	26,2
Total	126	100,0

Nous avons observé que 73,8% des prestataires ont reçu une formation sur le partogramme

Tableau V : Répartition des prestataires selon le délai depuis la dernière formation sur le partogramme

Délai depuis la dernière formation	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 5 ans	47	37,3
Entre 5 et 10 ans	38	30,2
Plus de 10 ans	8	6,3
Total	93	73,8

Nous avons trouvé que 37,3% des prestataires ont bénéficié d'une formation sur le partogramme y'a moins de 5 ans

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau V : Répartition des prestataires selon leur connaissance globale du partogramme/partographe au Mali

Connaissance globale	Oui (%)	Non (%)
Connaissance de l'ancien partogramme utilisé au Mali	93(73,8%)	33(26,2%)
Définition du partogramme	126(100%)	0(100%)
Intérêt du partogramme	122(96,8%)	4(3,2%)

Tous les prestataires interrogés ont donné la bonne définition du partogramme

Tableau VII : Répartition des prestataires selon qu'elles surveillent régulièrement le travail d'accouchement à l'aide du partogramme tout le temps

Surveillance régulière à l'aide du partogramme	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	120	95,2
Non	6	4,8
Total	126	100,0

Parmi les prestataires 95,2% surveillent le travail d'accouchement à l'aide du partogramme tout le temps

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau VI : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les paramètres de surveillance au cours du travail d'accouchement

Paramètres de surveillance	Oui (%)	Non (%)	Total
Paramètres de progression du travail d'accouchement			
Contractions utérines	126(100,0)	0(100,0)	126
Dilatation cervicale	124(98,4)	1(0,8)	126
Descente de la présentation fœtale	125(99,2)	2(1,6)	126
Paramètres de surveillance maternels			
Tension artérielle	126(100,0)	0(100,0)	126
Fréquence cardiaque	92(73,0)	34(27,0)	126
Température	115(91,3)	11(8,4)	126
Bandelette urinaire	101(80,2)	25(19,8)	126
Diurèse	85(67,5)	41(32,5)	126
Paramètres de surveillance fœtale			
Bruits du cœur fœtal	126(100,0)	0(100,0)	126
Liquide amniotique	121(96,0)	5(4,0)	126
Chevauchement des os du crane	121(96,0)	5(4,0)	126

Dans l'ensemble, les prestataires avaient une bonne connaissance sur les paramètres de surveillance au cours du travail d'accouchement

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau VII : Répartition des prestataires selon leur connaissance du moment où commence le remplissage du partographe/partogramme

Moment où commence le remplissage du partographe	Effectif	Pourcentage (%)
Phase de latence (1cm-4cm)	5	4,0
Dilatation cervicale ≥ 5 cm	121	96,0
Total	126	100,0

On observe que 96% des prestataires commencent le remplissage à partir de 5cm de dilatation cervicale.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau VIII : Répartition des prestataires selon l'intervalle de surveillance par paramètre

Contractions utérines	Effectif (n 126)	Pourcentage (%)
30mn	105	83,3
01H	12	9,5
02H	9	7,1
Bruits du cœur foetal		
30mn	118	93,7
01H	6	4,8
02H	1	,8
Toucher vaginal		
30mn	4	3,2
01H	14	11,1
02H	95	75,4
03H	0	100,0
04H	12	9,5
Tension artérielle		
30mn	17	13,5
01H	16	12,7
02H	36	28,6
03H	2	1,6
04H	55	43,7
Température		
30mn	13	10,3
01H	14	11,1
02H	66	52,4
03H	6	4,8
04H	27	21,4

L'intervalle de surveillance le plus fréquent pour la touchée vaginal, la tension artérielle et la température était de 02h par contre celui de la contraction utérine et du bruit du cœur foetal était de 30 minutes.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau IX : Répartition selon l'utilisation régulière de la fiche de surveillance d'ocytocine au cours du travail d'accouchement

Ocytocine ?	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	2	1,6
Non	124	98,4
Total	126	100,0

Parmi les prestataires, 98,4% ne dispose pas régulièrement d'une fiche de surveillance lors de l'administration d'ocytocine

Tableau X : Répartition des prestataires selon qu'elles notent les médicaments Administrés et leurs posologies au cours du travail d'accouchement

Médicaments et posologies	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	6	4,8
Non	120	95,2
Total	126	100,0

Parmi les prestataires, 95,2% notent les médicaments administrés et leurs posologies.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XI : Répartition des prestataires selon leur opinion sur la situation de la courbe de la dilatation cervicale par rapport à la ligne d'alerte au cours du travail d'accouchement normal

Opinion des prestataires	Effectif	Pourcentage (%)
A gauche de la ligne d'alerte	97	77,0
Entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	12	9,5
A droite de la ligne d'action	17	13,5
Total	126	100,0

On observe que 77% des prestataires pensent que la courbe de la dilatation cervicale se trouve à gauche de la ligne d'alerte

Tableau XII : Répartition selon l'évolution des courbes de la dilatation cervicale et de la descente de la présentation fœtale

Evolution des courbes	Effectif	Pourcentage (%)
Les courbes sont superposées	3	2,4
Les courbes sont opposées	123	97,6
Les courbes sont Parallèles	0	100,0
Total	126	100,0

Parmi les prestataires 97,6% pensent les courbes sont opposées

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XIII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur la correspondance entre nombre de carré et nombre de contractions utérines.

Correspondance entre nombre de carré et nombre de Contractions utérines	Réponse	
	Oui (%)	Non (%)
-Un carré correspond à une contraction utérine par 10mn	122(96,8)	4(3,2)
-Deux carrés correspondent à deux contractions utérines par 10mn	2(1,6)	124(98,4)
-Trois carrés correspondent à trois contractions utérines par 10mn	2(1,6)	124(98,4)
Total	126(100,0)	0(100,0)

Parmi les prestataires, 98,4% ne connaissent pas la correspondance entre nombre de carré et nombre de contractions utérines par 10mn

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XIV: Répartition des prestataires selon leur opinion sur le partographe/programme

Opinion sur le partographe	Oui (%)	Non (%)	Total
Préférence entre les deux partographe	33(64,5)	60(35,5)	93
Pensez-vous que le partographe modifié de l'OMS est compliqué ?	36(28,6)	90(71,4)	126
Pensez-vous qu'on peut alléger le partographe modifié de l'OMS ?	55(43,7)	71(56,3)	126
Le partogramme est-il un élément constitutif important du dossier ?	126(100,0)	0(100,0)	126

Nous observons que 43,7% des prestataires pensent qu'on peut alléger le partographe modifié de l'OMS.

Tableau XV : Répartition des prestataires selon les recommandations pour la modification du partographe modifié de l'OMS

Modification du partographe	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	16	12,7
Non	110	87,3
Total	126	100,0

On observe que 12,7% des prestataires ont formulé des recommandations pour la modification du nouveau partographe de l'OMS

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XVI : Répartition des prestataires selon les propositions formulées pour la modification du partogramme modifié de l'OMS

Propositions pour la modification du partogramme	Oui (%)	Non (%)	Total
Reconduire l'ancien partogramme	4(3,2)	122(96,8)	126(100,0)
Commencer le remplissage à 5cm	5(4,0)	121(96,0)	126(100,0)
Diminuer les tracés	7(5,6)	119(94,4)	126(100,0)

Diminuer les tracés a été les propositions formulées pour la modification du partogramme modifié de l'OMS avec 5,6 % suivi de la proposition de commencer le remplissage à 5cm avec 4,0%.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XVII : Répartition des prestataires selon les difficultés rencontrées lors du remplissage du partographe/partogramme

Difficultés de remplissage	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	26	20,6
Non	100	79,4
Total	126	100,0

Parmi les prestataires, 20,6% avaient rencontrés difficultés lors du remplissage du partographe/partogramme.

Tableau XVIII : Répartition des prestataires selon la nature des difficultés évoqués dans le remplissage du partographe/partogramme

Nature des difficultés	Oui (%)	Non (%)	Total
Représentation de la dilatation cervicale	8(6,3)	118(93,7)	126(100,0)
Représentation de la descente de la présentation fœtal	6(4,8)	120(95,2)	126(100,0)
Représentation des contractions	7(5,6)	119(94,4)	126(100,0)
Représentation de la fréquence de la surveillance	5(4,0)	121(96,0)	126(100,0)

La Représentation de la dilatation cervicale était la difficulté la plus évoquée dans le remplissage du partographe/partogramme avec 6,3%

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XIX : Répartition des prestataires selon la qualité globale des réponses

Qualité globale des réponses	Effectif	Pourcentage (%)
≥80% de bonnes réponses	45	35,70%
<80% de bonnes réponses	81	64,30%
Total	126	100,0

Nous observons que 64,30% des prestataires n'ont pas donner une bonne réponse significative

Tableau XX : Relation entre la qualité de réponse et la qualification de prestataire

Qualité de réponse	Qualification du prestataire			
	Sage-femme / Infirmière obstétricienne			
	Effectif(%)	Effectif(%)	IC=95%	P-value
≥80% de bonnes réponses	40(34,48)	5(50)	[0,12-2,26]	0,325
<80% de bonnes réponses	76(65,52)	5(50)	[0,44-8,17]	0,325
Total	116(100,0)	10(100,0)		

Nous n'avons pas observé de relation statistiquement significative entre la qualité de réponse et la qualification du prestataire avec un p à 0,325.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XXI : Relation entre la qualité de réponse et la notion de formation sur le partogramme

Qualité de réponse	Notion de formation			
	Formées	Non formées	IC=95%	P-value
	Effectif (%)	Effectif (%)		
≥80% de bonnes réponses	25(26,88)	20(60,60)	[0,09-0,59]	0,000513
<80% de bonnes réponses	68(73,12)	13(39,4)	[1,68-10,5]	0,000513
Total	93(100,0)	33(100,0)		

On observe une relation statistiquement significative entre la qualité de réponse et la notion de formation sur le partogramme avec un P à 0,000513.

Tableau XXII : Relation entre la qualité de réponse et le délai depuis la dernière formation sur le partogramme

Qualité de réponse	Délai depuis la dernière formation		IC=95%	P-value
	≤ 5ans	> 5ans		
	Effectif(%)	Effectif(%)		
≥80% de bonnes réponses	23(51,11)	24(50)	[0,43-2,56]	0,914
<80% de bonnes réponses	22(48,89)	24(50)	[0,39-2,34]	0,914
Total	45(100,0)	48(100,0)		

On n'observe aucune relation statistiquement significative entre la qualité de réponse et le délai depuis la dernière formation sur le partogramme avec un p à 0,914.

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Tableau XXIII : Relation entre la qualité de réponse et âge du prestataire

Qualité de réponse	Age du prestataire		IC= 95%	P-value
	≤ 30 ans Effectif(%)	> 30 ans Effectif(%)		
≥80% de bonnes réponses	19(33,33)	26(37,68)	[0,37-1,84]	0,612
<80% de bonnes réponses	38(66,67)	43(62,32)	[0,54-2,69]	0,612
Total	57(100,0)	69(100,0)		

Pas de relation entre la qualité de réponse et l'âge du prestataire avec un p à 0,612.

6 Commentaire et discussion

Nous avons effectué une étude transversale avec un questionnaire préétabli pour connaître l'opinion des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes du district sanitaire de la commune V sur le partogramme modifié de l'OMS.

Les prestataires interrogés étaient à majorités des sage-femmes soit 92,1%. Ce taux est supérieur à celui de l'étude faite par COULIBALY Hanna K. en 2009 dans les maternités de la commune urbaine de Koulikoro dans laquelle 28% des prestataires interrogés étaient des sage-femmes. Nous avons trouvé que 66,7% des personnels interrogés avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans et l'âge moyen est de 45 ans avec des extrêmes de 25 ans et 60 ans.

Dans notre étude la majorité 67,5% avaient plus de 5 ans de fonction et la durée moyenne dans la fonction est de 15 ans avec des extrêmes de 3 ans et 30 ans. Ceci pourrait dire que les interrogés étaient pleine expérience professionnelle.

Formation des prestataires sur le partogramme

Dans notre étude, 93% des personnels interviewés bénéficié une formation sur le partogramme dont plus de la moitié avaient fait leur formation il y a moins de cinq ans. Ce taux est inférieur à celui de BORE AMADOU D. en 2020 qui a trouvé que toutes les sage-femmes avaient bénéficié de deux séances de formation de 5 jours chacune sur le remplissage du partographe dans les centres de santé de la commune II de Bamako [18].

Connaissance globale du partographe/partogramme

Tous les prestataires interrogés connaissent la définition du partogramme, 96,8% connaissent son intérêt et 73,8% ont connu l'ancien partogramme utilisé au Mali. La bonne utilisation du partogramme permet de mettre en évidence des situations pathologiques qui sont préjudiciables au fœtus et à la mère. Ainsi la prise en charge de ces pathologies assure dans bien des cas un meilleur pronostic fœto-maternel

Connaissance sur les paramètres de surveillance au cours du travail d'accouchement

Tous les prestataires ont signalé que les contractions utérines font partie des paramètres de surveillance du travail d'accouchement et confirme presque tous que la dilatation du col et la descente de la présentation fœtale également sont des paramètres de cette surveillance (98,4% et 99,2%) respectivement.

En effet, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro pubien du bassin maternel. Lorsque la dilatation atteint 5 cm, le travail entre dans la phase active. A l'expulsion, la poussée abdominale contrôlée et dirigée s'ajoute aux contractions utérines. A cette période, la contraction utérine se renforce des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale.

La tension artérielle a été signalée par tous les prestataires comme un élément de surveillance maternelle et la majorité confirme la fréquence cardiaque, la température, la bandelette urinaire et la diurèse comme des éléments de cette surveillance maternelle. Cependant l'état de la mère doit être régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle, mais aussi des analyses d'urine régulières par les prestataires. Ceci pourrait expliquer ce taux élevé de connaissance des paramètres de surveillance maternelle par les prestataires qui sont les responsables du remplissage des partographes et de la surveillance des patientes dès leurs admissions jusqu'à leurs sorties. Le partogramme prévoit aussi l'enregistrement de toute administration de médicament, de perfusion d'ocytocine. Nous avons trouvé que seulement 4,8% des prestataires notent les médicaments administrés et leurs posologies et 1,6% utilisent régulièrement la fiche de surveillance d'ocytocine lors de son administration.

L'ensemble des prestataires contrôle les bruits du cœur fœtal, ce taux est supérieur à celui de BORE AMADOU D. qui a trouvé 95,2% en 2020 au CSREF de la

commune 2 du district de Bamako[18]. En effet, dans l'évaluation classique des bruits cardiaques fœtaux, le pouls fœtal est évalué à l'aide d'un stéthoscope obstétrical en faisant une moyenne sur 15 ou 30 secondes. Le rythme était normal entre 120 et 160 battements par minute.

Nous avons observé que 96% de ces prestataires savent que le liquide amniotique et le chevauchement des os du crane font partie des éléments de surveillance fœtale, ceci pourrait s'expliquer par leur formation sur le partogramme.

Intervalle de temps de surveillance par paramètre au cours du travail d'accouchement

La majorité des prestataires évalue les CUD et les BDCF chaque 30 mn respectivement 83,3% et 93,7%. Le toucher vaginale était fait par 75,4% chaque 02 H. Près de la moitié (43,7%) évalue chez les parturientes la tension artérielle chaque 4 H et la température chaque 2 H (52,4%).

Opinion et nature des difficultés

Dans notre étude, 64,3% des prestataires interviewés préfèrent utilisés l'ancien partogramme utilisé au Mali alors que 71,4% disaient que le partogramme modifié de l'OMS n'est pas compliqué. Plus de la moitié (56,3%) pensaient qu'on peut alléger le partogramme modifié de l'OMS et 100% signalaient que le partogramme est un élément constitutif important des dossiers obstétricaux.

Quelques difficultés ont été évoqués par certaines de nos prestataires interrogés notamment la représentation de la dilatation cervicale, la représentation de la descente de la présentation, la représentation des contractions utérines, la représentation de la fréquence de la surveillance seulement à hauteur de 6,3%, 4,8%, 5,6%, 4% respectivement.

Données analytiques

Nous avons constaté que 64,30% des prestataires interviewés ont donné moins de 80% de bonnes réponses

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

Nous n'avons pas observé de relation statistiquement significative entre la qualité de réponse et la qualification du prestataire avec un p à 0,325. Cette situation peut être dû au fait que la majorité des prestataires était des sage-femmes qui ont le même niveau instruction. La qualité de réponse variait significativement avec la notion de formation sur le partogramme avec un p à 0,000513. Ceci s'expliquerai par la formation reçue sur le partogramme par les prestataires

On n'observe aucune relation statistiquement significative entre la qualité de réponse, le délai depuis la dernière formation sur le partogramme et l'âge du prestataire. En effet la bonne réponse dépend de plusieurs facteurs qui n'est seulement le délai depuis la dernière formation et l'âge.

7 Conclusion et recommandation

7.1 Conclusion

Le niveau de connaissance des agents de santé (sage-femme, infirmières obstétriciennes) est globalement satisfaisant dans le district sanitaire de la commune V du district de Bamako ($\geq 80\%$).

Cependant des efforts restent à faire quand à l'amélioration sur certains paramètres du partogramme

IL est nécessaire d'accentuer la formation continue de ces chevilles ouvrières de la maternité dans le but de réduire les complications au cours de la parturition en particulier les dystocies.

7.2 Recommandations

A la fin de notre étude et au vu de nos résultats, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

Aux Responsables des maternités de la commune V

- ✓ Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partographe en interne et en externe.
- ✓ Organiser des campagnes de supervision continue et de suivi des utilisateurs du partographe.

Aux prestataires de service

- ✓ Remplir le partographe selon les normes.
- ✓ Faire des staffs quotidiens afin de corriger les insuffisances dans le remplissage du partographe.

8 Références bibliographiques

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Guide pratique, ANAES 2000, 56p.*
2. Cartmill RS, Thornton JG. *Effect of presentation of partogram information on obstetric decision. Lancet 1992;339:1520-2.*
3. Stéphane Saint-Leger: *Le partogramme principes et méthodes (en ligne) « <http://documentation.Ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html> (consulté le 22/12/22).*
4. OMS : *Mortalité maternelle. (En ligne) «http://www.Unicef.org/french/special/session/about/sgreport-pdf/09_maternal_mortality-D7341_Inser_french.Pdf ».*
5. Colle SeckAwa. *Femme et programme de Santé en Afrique, adsp. N° 30 mars 2000 ; p.51-52. .*
6. Kanté M. *Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse de Med., Bamako 1999. 62p. 75*
7. Bamba M. *Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V de 1994-1995 à propos de 3878 cas. Thèse de Med 1998, n°52.*
8. SAMAKE D. *Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la CVI de Bamako. 2016-M- n°15 thèse Médecine.*
9. Anokye, R., E. Acheampong, et al. (2019). "Use and completion of partograph during labour is associated with a reduced incidence of birth asphyxia: a retrospective study at a peri-urban setting in Ghana." *Journal of Health, Population and Nutrition 38(1): 12.*
10. Lacomme M. *L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale. Paris : Masson ; 1960. p. 202-7. .*
11. Hendricks CH, Bruner WE, Kraus G. *Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Am J Obstet Gynecol 1970; 106: p.1065-82.*
12. Driscoll K, Meagher D. *Duration of labour. In active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986. P. 20-3*
13. Organisation Mondiale de la Santé. *La partographie de l'OMS, réduit les complications du travail et de l'accouchement. OMS PRESSE ; DA. 1994-06-07 ; n°45 ; pp.1-2. .*
14. Merger R, Levy J, Melchvor J. *Précis d'obstétrique 6 édition. Mason, Paris : mai 2003 P : 301-338.*

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

15. *Stéphane Saint-Leger. Le partogramme : principe et méthodes. (consulté en mars 2016). Disponible: «<http://documentation.Ledamed.org/IMG/html.10889.html>. .*
16. *Dockekias A et coll. Surveillance du travail d'accouchement par le partogramme : Guide de l'utilisation [en ligne]. Congo, 2010. Disponible : <https://afrolib.afro.who.int>*
17. *. Organisation Mondiale de la Santé. Programme santé Maternelle et Maternité sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSN : 93.8. 2010, 4ème édition*
18. *BAKARA, B.A.D.D., ANALYSE DE L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE DANS LES CENTRES DE SANTE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, in faculté de medecine 2020, USTTB. p. 75.*

9 ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

N° d'identification

Questionnaire

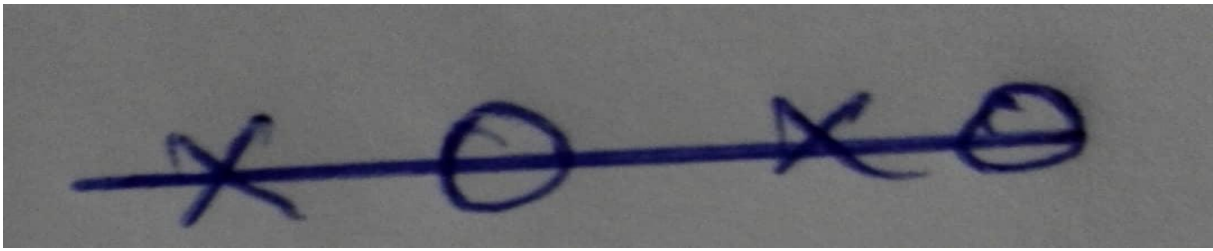
1. *Qualification du prestataire*
A-Sage-femme B-Infirmière obstétricienne
2. *Age du prestataire*
A-≤ 30 ans B- >30 ans
3. *Nombre d'année de service*
A- ≤ 5 ans B -> 5 ans
4. *Avez-vous déjà fait une formation sur le partogramme ?*
A-Oui B-Non
5. *Si oui depuis quand ?*
A-Moins de 5 ans B-Entre 5 et 10 ans C-Plus de 10 ans
6. *Avez- vous connu l'ancien partogramme utilisé au Mali ?*
A-Oui B-Non
7. *Quelle est la définition du partogramme ?*
A-Outil de surveillance de la grossesse
B-Outil de surveillance du travail d'accouchement et permet de dépister les anomalies du travail d'accouchement afin de les traiter
C- Outil de surveillance du post-partum
D -Ne sais pas
8. *Selon vous quelle est l'intérêt du partogramme ?*
A-Compléter le dossier
B-Aide à la décision, à la communication du personnel et a un intérêt médico-légal
9. *Surveillez-vous le travail d'accouchement à l'aide du partogramme tout le temps ?*

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

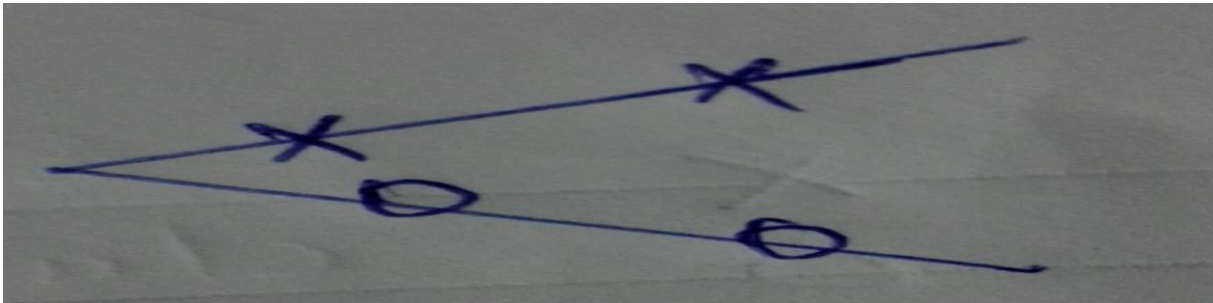
A-Oui B-Non

10. *A quel moment du travail d'accouchement commencez – vous le remplissage du partogramme ?*
A-Phase de latence (1cm- 3cm)
B-Dilatation cervicale \geq 5cm
11. *Reportez-vous votre identité sur le partogramme ?*
A-Oui B-Non
12. *Reportez-vous votre l'identité civile de la mère sur le partogramme ?*
A-OUI B-NON
13. *Quels sont les éléments de surveillance du travail d'accouchement ?*
A-Contractions utérines
B-Dilatation du col
C-Descente de la présentation
14. *Quels sont les éléments de surveillance maternelle ?*
A-Tension artérielle B-Fréquence cardiaque C-Température
D-Diurèse E-Bandelette urinaire
15. *Quels sont les éléments de surveillance du fœtus ?*
A-Bruit du cœur fœtal
B-Liquide amniotique
C-Chevauchement des os du crane
16. *Quel est le rythme de surveillance ?*
A-Contractions utérines B-Bruits du cœur fœtal C- Toucher vaginal
D-Tension artérielle E-Température
17. *Disposez-vous toujours d'une fiche de surveillance pour l'administration d'ocytocine ?*
A-Oui B-Non
18. *Reportez-vous toujours les médicaments administrés et leurs posologies sur le partogramme ?*
A-Oui B-Non
19. *Quel est l'aspect du liquide amniotique au cours du travail d'accouchement normal ?*
A-Clair B-Méconial C-Sanguinolent
20. *Comment sont les BDCF au cours du travail d'accouchement normal ?*
A-Inférieur à 100bpm B-100 – 110bpm C-110 – 160bpm D-Supérieur à 160bpm
21. *Au cours du travail d'accouchement normal la bosse séro-sanguine énorme (2croix et plus) est normale ?*
A-Oui B-Non
22. *Où se trouve la courbe de la dilatation du col au cours du travail d'accouchement normal ?*
A-A gauche de la ligne d'alerte
B-Entre la ligne d'alerte et ligne d'action
C-A droite de la ligne d'action
23. *Comment sont la courbe de la dilatation du col et la courbe de la descente de la présentation au cours du travail d'accouchement normal ?*
A-En superposition de phase

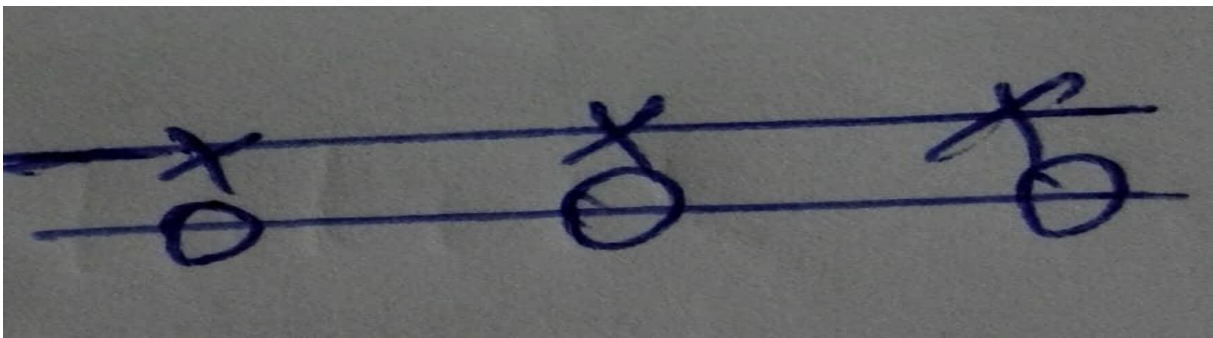
**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**



B- En opposition de phase



C-Parallèles



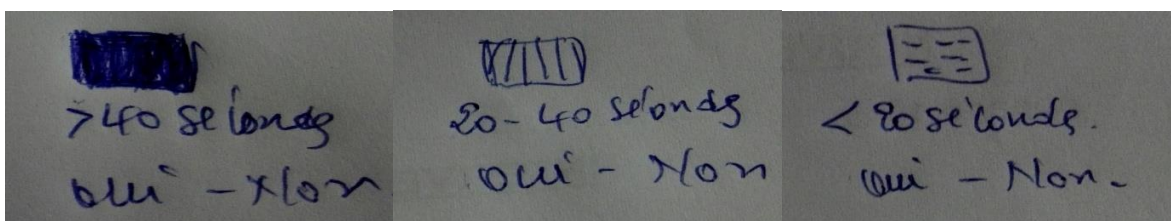
24. Chaque carré correspond à combien de contractions utérines par 10mn ?

A- Une contraction utérine par 10mn

B-Deux contractions utérines par 10mn

C-Trois contractions utérines par 10mn

25. Comment reportez-vous la durée des contractions utérines ?



26. Le partogramme est-il un élément constitutif important du dossier ?

A-Oui B-Non

27. Préférez-vous l'ancien partogramme utilisé au Mali ?

A-Oui B-Non

28. Pensez-vous que le partographe est compliqué ?

**L'OPINION DES SAGE-FEMMES ET DES INFIRMIERES OBSTETRICIENNES DU DISTRICT
SANITAIRE DE LA COMMUNE V SUR LE PARTOGRAMME MODIFIE DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE**

A-Oui B-Non

29. *Pensez-vous qu'on peut alléger le partographe ?*

A-Oui B-Non

30. *Si oui avez-vous des recommandations pour une éventuelle modification du partographe ?*

31. *A-Oui B-Non*

32. *Si oui quelles sont vos propositions ?*

.....
.....
.....
.....

33. *Avez-vous des difficultés dans le remplissage du partogramme ?*

A-Oui B- Non

34. *Si oui qu'est- ce qui vous fatigue le plus dans le remplissage du partographe ?*

.....
.....
.....
.....

10 Fiche signalétique

Nom : Cissé

Prénom : Allaye

Titre : L'opinion des sage-femmes et des infirmières obstétriciennes du district sanitaire de la commune V du district de Bamako sur le partogramme modifié de l'organisation mondiale de la santé

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé : Il s'agit d'une étude s'est déroulée sur 3 mois allant de Mai 2022 à Décembre 2022. L'étude a concerné les sage-femmes et infirmière obstétriciennes dans le district sanitaire de la commune V du district de Bamako. Nous avons demandé pendant la même période 126 prestataires dont la majorité était des sage-femmes. Nous avons observé que 73,8% des prestataires ont reçu une formation sur le partogramme. Tous nos prestataires disent avoir une bonne connaissance sur la définition du partogramme et 96,8 % connaissent son intérêt

Mots clés : Partographe, Opinion, partogramme.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je jure, au nom de l'**ETRE SUPREME**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre 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 Maitres, je rendrai 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**