



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

Année universitaire 2008- 2009

Thèse N°...../M

TITRE

EVALUATION DE LA QUALITE DE REMPLISSAGE ET DE
L'UTILISATION DU PARTOGRAMME DANS LES MATERNITES
DE LA COMMUNE URBAINE DE KOULIKORO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2009
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
Par

Mr. Hanna Kountou COULIBALY

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

JURY

Présidente: Professeur SY Assitan SOW

Membre: Docteur Mamadou Mary Désiré

Directeur : Professeur Salif DIAKITE

Co-directeur: Docteur Youssouf TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour sa grâce, puisse Allah

Le tout puissant m'éclairer de sa lumière divine.

Amen.

➤ Donnes à mes yeux

La lumière pour voir ceux qui ont besoin des soins.

➤ Donnes à mon cœur :

La compassion et la compréhension.

➤ Donnes à mes mains :

L'habileté et la tendresse

➤ Donnes à mes oreilles :

La patience d'écouter.

➤ Donnes à mes lèvres

Les mots qui réconfortent

➤ Donnes à mon esprit :

Le désir de partager.

➤ Donnes moi Allah :

Le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent

Amen !

La présente thèse est le résultat d'un long processus. C'est aussi l'heureux aboutissement d'un effort soutenu par bon nombre de personnes dont il faut ici saluer les sacrifices combien importants. Aucun mot, tendre soit-il, ne serait de trop reconnaître l'exceptionnelle mérite de ces personnes auxquelles le présent document est dédié .Il s'agit notamment de :

Feu mon père Kountou COULIBALY : pour qui je dois tout au triple plan éducatif, moral et intellectuel. Tu as été pour moi, un père sans frontière et un ami confident. Cet homme dont nous regrettons aujourd'hui la douloureuse disparition a toujours su faire preuve de constance et de vigilance dans l'éducation de ses enfants. Je reste encore rattaché à ses instructions et conseils dont la pertinence ne cesse d'être saluée par ceux là qui l'ont toujours côtoyé. Il est aujourd'hui absent, mais très présent dans la conscience morale de toute une famille qui ne cesse de le regretter.

Ma mère Marie BITTARD : dont il faut également saluer le sens de responsabilité dans l'effort d'assistance qu'elle a toujours développé à l'endroit de

notre feu père. Ce mérite et ce sens de responsabilité au coté de mon feu père, est

aujourd'hui matérialisé par ma personne, ma capacité à pouvoir fonctionner en

harmonie avec toute la société. Que Dieu te donne l'heureuse opportunité de jouir de mon travail .

Mes frères et sœurs : pour la tendresse, l'encouragement et le soutien moral dont j'ai bénéficié de votre part ainsi que pour votre préoccupation incessante de fin d'étude. Vous m'aimez autant que je vous aime. Nous ne sommes qu'un tout ; nos parents l'ont voulu ainsi, nous le resterons. Ce travail est le vôtre.

Mes oncles Michel et Jean BITTARD: pour leurs encouragements et leurs soutiens affectifs.

Dr KEITA Mamadou Mary désiré et famille : pour votre soutien inestimable. Vous avez été pour moi, un père, un frère, un espoir qu'il faut saluer. Que le tout puissant vous en récompense.

Mes sincères remerciements vont :

- A Dr KEITA Mamadou Mary désiré et famille :

Votre appui ne m'a jamais fait défaut. Soyez assurés de ma reconnaissance.

- A Dr GUINDO Saïdou : pour son encouragement et sa disponibilité.

- A mon ami et grand frère Djibrilla MAIGA : pour son appui matériel.

- A mes amis du grin : je garde de vous un heureux souvenir.

- A mes aînés et collègues du CSREF de Koulikoro : pour votre encouragement et votre disponibilité pour le reste du chemin laborieux.

- A tout le personnel du CSREF de Koulikoro : pour leur collaboration.

- A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

- A tous mes amis internes à Koulikoro et ailleurs.

- A M^{me} Mariam Maya DIABATE Adjointe d'Administration à la DRS Koulikoro ;

- A M^r Magnan DIAKITE Infirmier d'Etat à la retraite à Sébecoro (Kita)

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

A notre maître et président du jury

Professeur SY Assitan SOW

Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali ;

Chef du service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF de la commune II ;

Présidente de la Société malienne de gynécologie et d'obstétrique ;

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Femme de science réputée, nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés ;

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Salif DIAKITE

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali ;

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE ;

Cher maître ;

C'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail ;

Votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait, font de vous un modèle de maître souhaité ;

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Docteur Mamadou Mary Désiré KEÏTA

Gynécologue obstétricien

**Médecin chef au Centre de Santé de Référence de
Koulikoro ;**

Cher maître ;

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître accompli, admirable, respecté et respectable.

Permettez nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour les savoirs que vous nous avez transmis.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

A notre maître et co-directeur

Docteur Youssouf TRAORE

Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali ;

Gynécologue obstétricien en charge de la PTME au service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE ;

Secrétaire générale de la Société Malienne de gynécologie et d'obstétrique.

Cher maître

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail.

Votre abord facile, votre qualité d'homme de science font de vous un maître exemplaire.

C'est le lieu pour nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

1. ATCD : Antécédent.
2. ASACO : Association de santé communautaire.
3. BDCF : Bruit du cœur foetal.
4. CSRéf : Centre de santé de référence.
5. CMI : Centre médical inter- entreprise.
6. CPN : Consultation prénatale.
7. CSCOM : Centre de santé communautaire.
8. DRSP : Direction régionale de la santé publique.
9. DSFC : Division santé familiale et communautaire.
10. DFP : Disproportion foeto-pelvienne.
11. DNSI : Direction nationale du système informatique.
12. ESS : Equipe socio-sanitaire.
13. EMIA : Ecole militaire inter arme.
14. EDS : Enquête démographique et de santé.
15. FELASCOM : Fédération locale des associations communautaires.
16. HTA : Hypertension artérielle.
17. HRP : Hématome rétro placentaire.
18. INPS : Institut national de prévoyance sociale.
19. NNE : Nouveau né.
20. ONG : Organisation non gouvernementale
21. OIGA : Occipito iliaque gauche antérieur.
22. OIDP : Occipito iliaque droite postérieur
23. OMS : Organisation mondiale de la santé
24. USAC : Unité de soins d'accompagnement et de conseil.

25. UNICEF : Fond des nations unies pour l'enfance.

SOMMAIRE.

I. Introduction	1
II. Objectifs	4
A- Objectifs généraux	
B- Objectifs spécifiques	
III. Généralités	5-29
1- Historique	
2-Principe et méthode du partogramme	
3-Mécanisme et physiologie de l'accouchement	
4-Causes de mortalité et de morbidité materno-fœtales	
IV. Méthodologie	30-41
V. Résultats	42-62
VI. Commentaires et discussion	63-78
VII. Conclusion et recommandations	79-82
VIII. Références	83-87
IX. Annexes	

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont des moments particuliers de la vie qui comportent un risque évident aussi bien pour la mère que pour le nouveau né.

A peu près 500000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et 99 % environ de ces décès se produisent dans les pays en développement. Il y'a en moyenne 450 décès de femmes pour 100.000 naissances vivantes (5) dans le monde en développement.

Au Mali, ce taux de décès est 464 pour 100.000(14).

Sur le nombre total de décès maternels qui surviennent chaque année, on ne connaît pas la proportion de décès consécutifs à un travail prolongé. Cependant, on peut dire avec certitude qu'un travail anormalement long et ses conséquences sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale dans le monde entier (33).

Conscient du taux inacceptablement élevé de la mortalité maternelle, du caractère évitable de ces décès dans la majorité des cas, et des conséquences sociales de la mort de la mère pour la famille et les enfants, les participants à la conférence sur la maternité sans risque, organisée conjointement par la banque mondiale, l'OMS et le fond des nations unies pour la population à Nairobi en février 1987, ont conclu leurs discussions en lançant un appel à l'action. Ils ont insisté pour que les personnes qui soignent les mères et les enfants prennent, sans plus tarder, des dispositions afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle. Ils ont notamment estimé nécessaire de faire en sorte que toutes les femmes enceintes puissent être examinées,

le cas échéant, par des agents non médecin convenablement formés et supervisés, employant des techniques pertinentes (y compris au besoin, le partogramme), afin d'identifier les grossesses à risque et d'assurer le plus

rapidement possible la surveillance prénatale nécessaire et les soins voulus pendant l'accouchement.

Les causes les plus fréquentes de décès maternel dans les pays en développement sont les hémorragies du post partum et la septicémie qui sont les conséquences moins directes de la longueur excessive du travail, mais les accouchements dystociques et la rupture de l'utérus peuvent être responsables d'une proportion de décès maternel pouvant aller jusqu'à 70 %.

Le partogramme, enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus est utilisé depuis 1970 pour repérer les anomalies dans la progression du travail et indiquer le moment où il convient d'accélérer le travail et reconnaître la disproportion longtemps avant que le travail ne s'en ressente. Le partogramme « système d'alarme précoce » est utilisé dans plusieurs pays et même généralisé dans certains.

Il est peu coûteux, efficace et pragmatique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Il est montré efficace pour prévenir une prolongation excessive du travail, réduire les interventions et améliorer l'issue de la période néo-natale(8-12-20-21-22-23).Le partogramme mis au point par l'OMS et décrit ici a été largement expérimenté lors d'un essai multi centre en Indonésie, en Malaisie et en Thaïlande.

Le dépistage précoce de toute anomalie dans la progression du travail et la mise en œuvre de mesures de prévention réduiraient sensiblement le risque d'hémorragie du post partum et de septicémie et diminueraient les accouchements dystociques, les ruptures utérines et leurs séquelles. Le Mali comme de nombreux pays en développement à travers son programme national de périnatalité a adopté le partogramme proposé par l'OMS en l'adaptant à ses réalités et son contexte.

Après quelques années d'adoption dans les maternités, nous constatons que dans l'utilisation cet outil rencontre d'énormes difficultés notamment des interruptions et même parfois des abandons.

Face à ce problème, nous avons jugé impérieux de mener une étude pour identifier les difficultés inhérentes à l'utilisation et à la qualité de remplissage du partogramme dans la ville de Koulikoro.

Pour bien mener cette étude nous avons émis les hypothèses suivantes :

L'introduction du partogramme pourrait entraîner une réduction des indicateurs de la morbidité et de la mortalité foeto-maternelle dans les maternités de la ville de Koulikoro.

1- Une amélioration de l'utilisation et de la qualité de remplissage du partogramme pourrait être obtenue dans les maternités des zones tests de périnatalité.

2- Pour vérifier ces hypothèses ci-dessus évoquées, nous nous sommes fixés les objectifs ci après.

I - LES OBJECTIFS GENEREAUX

Evaluer l'utilisation du partogramme dans les maternités de la commune urbaine de Koulikoro.

II - LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1.** Déterminer la fréquence d'utilisation du partogramme dans les maternités de la ville de Koulikoro.
- 2.** Décrire le remplissage des partogrammes des maternités de la ville de Koulikoro.
- 3.** Décrire l'impact de l'utilisation du partogramme.

GENERALITES

Le partogramme, enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus, est utilisé depuis 1970 pour repérer les anomalies dans la progression du travail, indiquer le moment où il convient d'accélérer le travail et reconnaître la disproportion foeto-pelvienne longtemps avant que le travail ne s'en ressente (7).

C'est donc un outil de surveillance du travail et de l'accouchement, dont l'utilisation a pour but de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale.

Il constitue un « système d'alerte précoce », en particulier pour le dépistage d'une dystocie permettant de prendre à temps une décision de référence.

Il peut également constituer un outil médico-légal, peut être considéré comme un support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.

Son utilisation permet d'améliorer la prise en charge maternelle et foetale.

I- HISTORIQUE

1- HISTORIQUE DU PARTOGRAMME DANS LE MONDE

L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de Friedman en 1954 après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux états unis d'Amérique. Il a donc établie le schéma d'une dilatation du col normal. Friedman a divisé fonctionnellement le travail en deux phases :

La phase de latence et la phase active.

La phase de latence : Elle correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 2 à 3cm. Elle dure au maximum huit heures pour une primipare et cinq à six heures pour une multipare. Cette phase se poursuit par :

La phase active : Elle est plus rapide, conduit à la dilatation complète. Elle est caractérisée par l'accélération de la dilatation qui passe de 4cm à 10cm (dilatation complète); elle dure 5 heures plus ou moins 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 plus ou moins 1 heure 30 pour une multipare. Cette phase active se divise en deux périodes :

- Une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale,
- Une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète.

L'existence de cette phase fut ultérieurement contestée par Hendrik et Al (6) en 1969 ; ils ont démontré que, pendant la phase active du travail normal, le taux de dilatation du col chez les multipares varie peu et qu'il n'y a pas de phase de décélération à la fin de la première étape du travail (25).

Dans le cadre d'études extensives sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique méridionale, Phil Pott a construit un monogramme de la dilatation du col dans la population observée, et il a pu 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 (11). Depuis lors, divers auteurs ont élaboré des monogrammes similaires dans d'autres régions géographiques.

Aucun de ces monogrammes n'a permis de constater l'existence de différences sensibles entre les divers groupes ethniques. Cette courbe appelée cervicographe prendra ultérieurement le nom de partogramme.

(Fig. 1 annexe I)

Lacomme (8), en 1960 utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno- foetale. Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble des modifications observées lors des examens successifs. (Fig. 2 annexe 1).

Phil Pott (9,10) en Rhodésie en 1972, cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et plus ou qualifié des centres maternels de santé. Son objectif est de dépister précocement les disproportions foeto- pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde. Ces anomalies du travail sont mises en évidence sur le partogramme par l'intermédiaire de deux lignes croisant la ligne de dilatation cervicale.

- Une première ligne dite ligne d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail et de les faire réagir.
- La deuxième ligne dite ligne d'action, parallèle à la première mais décollée de 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate.

Le partogramme a deux lignes pour la primipare d'après Phil Pott (annexe2).

Ces travaux de Phil pott (9,10) ont largement inspiré L'OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle et également initier de multiples études (annexe 3).

Ce modèle de partogramme est aujourd'hui très répandu dans les pays du tiers monde.

2- HISTORIQUE DU PARTOGRAMME AU MALI

Au Mali, les I ères 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(annexe 4).

En 1991, la direction régionale de la santé Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement (annexe 5).

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 mise au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec l'université de Rochester (New York, Etats-Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako (annexe 6).

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la D.S.F-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.

Après quelques années d'utilisation, les résultats n'étaient toute fois pas à la hauteur des espérances. Le principal problème résidait au niveau des évacuations tardives. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme. Une révision des outils de travail s'imposait donc. La maternité du centre de santé de référence de la commune V (CSRéf. CV) a été retenue comme site de l'étude du partogramme car elle bénéficiait de la présence d'un gynéco obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autre part, des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur les accouchements des 24 dernières heures. Un tel contexte permettait d'envisager la mise au point d'un système de référence complet après l'élaboration d'un support adapté de suivi de l'accouchement. Dans ce travail le partogramme a subi de nombreuses transformations qui le rendirent beaucoup plus pratique. Ces transformations aboutirent au partogramme actuel (annexe 8).

Lors de ce travail, la participation des sages femmes a été très active de même que la collaboration de D.R.S.P et l'avis de plusieurs organismes

ressources (le projet de la maternité de l'équipe socio sanitaire (E.S.S) et U.N.I.C.E.F).

Depuis l'origine des temps jusqu'à nos jours, les mages, les sorciers, l'Homme de culte, les chercheurs, les savants et les médecins s'évertuent à chercher à minimiser au maximum les risques liés à l'accouchement. D'Hippocrate à nos jours des théories les plus folles ont vues le jour.

L'introduction du partogramme dans le suivi de l'accouchement à travers le monde en général et le Mali en particulier répond au même souci. Après quelques années d'utilisation du partogramme au CSREF de la commune V du district de Bamako (où il a été mis au point), il était devenu impérieux d'en faire une évaluation. C'est ainsi que ce travail a été initié.

Il est important de préciser qu'avant l'introduction du partogramme, la situation avait été faite dans une étude portant sur la mortalité et la morbidité maternelle et néo-natale, mortinatalité, la réanimation néonatale, le mode d'accouchement. Cette étude s'est déroulée en 1988 et a donné les résultats suivants :

- Taux de mortalité maternelle = 206,6 pour 100.000.
- Taux de mortalité néo-natale = 21 pour 1000.
- Taux de mortinatalité = 33 pour 1000.

Mode d'accouchement (forceps) = 0,30%.

Il était devenu nécessaire et même indispensable de voir si le nouvel instrument introduit dans le suivi des femmes en travail était performant ou non.

3 -DIFFERENCES ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES

Le partogramme que nous utilisons est beaucoup plus simple que celui de l'OMS. Il contient également plus de renseignements sur la parturiente, le fœtus et le nouveau né que celui de l'OMS n'en contiennent.

Plus simple d'utilisation

- Bruit du cœur fœtal :

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

- Toucher vaginal :

Le partogramme de l'OMS préconise un toucher vaginal toutes les 4 heures dans la phase de latence. Le notre prévoit un toucher vaginal toutes les 2 heures dans la phase de latence.

- Rythme des contractions utérines et la tension artérielle :

- La partie réservée aux contractions utérines est constituée de 5 lignes de carreaux dans le partogramme de l'OMS alors que le notre ne prévoit qu'une seule ligne de carreaux où on peut mettre tous les chiffres.
- La partie réservée à la tension artérielle est composée dans le partogramme de l'OMS de 12 lignes de carreaux et d'une ligne de carreaux dans le notre. Dans le partogramme de l'OMS il n'y a pas de place pour tous les chiffres tensionnels.

Plus riche en renseignement

- Identification des parturientes :

Dans notre partogramme nous pouvons recueillir des renseignements sur la provenance des parturientes (région, cercle ou commune). Cela n'existe pas dans le partogramme de l'OMS, il y a tout juste le numéro de l'Hôpital.

- Le risque à l'entrée de la parturiente :

Il n'existe pas dans le partogramme de l'OMS de chapitre réservé à cet effet. Ce chapitre renferme cependant des informations essentielles dans le suivi

du travail. Il est à noter que d'autres chapitres, non moins importants, manquent dans le partogramme préconisé par l'OMS

(Chapitre de suivi du nouveau né, la mère dans les premières heures après l'accouchement et celui de la délivrance).

II LE PARTOGRAMME MODELE DE L'OMS

1- CONSTRUCTION DU PARTOGRAMME.

Pour être un outil, et pas seulement une illustration, le partogramme doit être construit sur une grille pré imprimée ou les échelles de temps et de dilatation sont soigneusement choisies pour que les anomalies soient évidents, donc diagnostiquée et traitées en temps utile.

Il existe deux types de partogramme :

- Le partogramme de FRIEDMAN plus volontiers utilisé dans les pays occidentaux. (Annexe 7)
- Le partogramme de l'OMS prévu préférentiellement pour les pays en voie de développement. Ce dernier plus difficilement lisible présente l'avantage de comporter les limites ou bornes (Annexe3) :

La ligne d'alerte : Elle permet le dépistage des dystocies.

La ligne d'action : Elle impose un geste thérapeutique.

Les limites sont corrélées aux résultats périnataux. Dans les deux partogrammes, la construction est similaire, elle repose sur plusieurs temps.

2-LEGENDE DU PARTOGRAMME

2-1 Le haut de page : Dans cette partie, sont notés :

- Le temps 0 qui correspond à l'heure d'entrée de la parturiente en salle de naissance.
- L'identification de la maternité ;
- L'identification de la parturiente (nom, prénoms, age, parité)
- La date et l'heure d'admission en salle de travail ;
- Le nom, les prénoms et la qualification du responsable en charge de la surveillance du travail.

2-2 Le milieu de page :

- Le diagramme de dilatation cervicale et de descente fœtale : en ordonnée sur la ligne verticale à gauche du graphique, les subdivisions notées de 0 à 10 représentent chacune 1 centimètre de dilatation en ordonnée ; la ligne horizontale, en bas du graphique, numéroté de 0 à 24, représente les heures ; chaque intervalle correspond à 1 heure.
- La dilatation, mesurée en centimètre est reportée sur le diagramme en cochant par X l'endroit d'insertion, heure de l'examen et degré de dilatation.
- La descente du mobile fœtal (mesurée par la palpation abdominale ou par le toucher vaginal) est de la même façon cochée par un O au niveau de l'insertion, heure de l'examen et niveau de descente fœtale.

2-3 Le bas de page :

Les différentes cases à remplir heure après heure correspondent aux paramètres qui seront décrits dans le chapitre composant du partogramme. Le recueil des données (notamment : contractions utérines, le rythme cardiaque fœtal, la présentation, la qualité du col) doit se remplir de façon plus rapprochée (toutes les 15 à 30 minutes) en fin de phase active. De même les médicaments et injections administrés doivent être notés dans la

colonne appropriée du cadre réservé (thérapeutique) en regard de l'heure d'administration. Une mention particulière doit être précisée pour la perfusion d'ocytocine, son début, son débit, sa dose et sa fin. En cas d'analgésie locorégionale, il faut inscrire l'heure de la pose, le mode d'analgésie, sa durée, son début et ses effets secondaires éventuels.

Le diagramme se conclut par 4 événements :

- **L'accouchement proprement dit** : il doit être noté en clair sur le partogramme :

L'heure de naissance du nouveau né doit être mentionnée.

Le mode : céphalique ou podalique, spontané ou extraction instrumentale (et pourquoi), ou césarienne avec son motif doivent être précisés sur le partogramme.

Le nouveau né : Son poids, sa taille, son terme clinique, le score d'Apgar.

- **La délivrance** : naturelle complète (aspect et poids du placenta), incomplète suivie ou non d'un geste (délivrance artificielle, révision utérine)

- **Le bilan** : Le bilan cervico-vagino-perineal a précisé (déchirure, épisiotomie...), et leur réparation.

- **La sortie de salle de naissance** : La partie réservée à cet effet doit être remplie avec un contrôle écrit des paramètres (sur le recto de la feuille de partogramme) par exemple : la température, la pression artérielle, l'état général, métrorragie (quantité estimée), le globe utérin.

3- PRINCIPES DU PARTOGRAMME

Mis en œuvre dans les pays en développement, il est promu par l'OMS à la suite d'un séminaire de l'unité de santé maternelle et infantile tenu à Genève du 06 au 08 avril 1988. Le partogramme modèle de l'OMS est fondé sur les principes suivants :

3-1 Les paramètres obstétricaux :

La phase de latence (dilatation de 0 à 3cm) ne devra pas durer plus de 8 heures.

La phase active commence lorsque la dilatation du col atteint 4cm.

Pendant la phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1cm/heure.

L'intervalle de 4 heures entre le ralentissement du travail et le moment où il est jugé nécessaire d'interventions injustifiées.

Les touchers vaginaux, il faudrait éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommandé est de un toutes les 2heures (phase de latence) et un toutes les heures (phase active). Selon le partogramme de l'OMS un toucher vaginal toute les 4 heures). **La descente du mobile foetal** doit être régulière et mesurée par la palpation abdominale (nombre de doigts au dessus du rebord symphysaire).

La hauteur de la tête correspond à la largeur des cinq doigts de la main étendus au dessus du bord du pelvis : tête mobile au dessus du bord du pelvis (tête non engagée : 5/5).

La hauteur de la tête au dessus du bord du pelvis correspond à la largeur des deux doigts (tête engagée : 2/5). L'engagement peut être estimé par le signe de Farabeuf :

Le signe de Farabeuf est positif si S2 est non atteint (présentation engagée).

Le signe de Farabeuf est négatif si S2 est atteint (présentation non engagée).

Les contractions utérines : doivent être régulières en fréquence et efficaces en intensité.

Les pertes sanguines ne doivent pas dépassées 500 CC.

Les sages-femmes et les autres personnes qui assistent la parturiente peuvent éprouver des difficultés à tracer elles-mêmes les signes d'alerte et

26

Mr Hanna Kountou COULIBALY/ Evaluation de la qualité de remplissage et d'utilisation du partogramme dans les maternités de la ville de Koulikoro.

d'action et il vaut mieux utiliser un partogramme dans lequel ces lignes sont déjà tracées, bien que le trop grand nombre de lignes puisse être de nature à accroître la confusion.

La durée moyenne du travail après l'admission dans un établissement de santé dans le monde en développement est de 5 à 6 heures. Dans la plupart des cas, il suffira par conséquent de deux examens vaginaux en phase de latence.

3-2 Les paramètres fœtaux

- Le rythme cardiaque fœtal : est constant entre 120 et 160 battements par minute. L'auscultation doit se pratiquer toute les quinze minutes et juste après une contraction.

- Le liquide amniotique : reflet indirect du bien fœtal, s'écoule clair.

- Le mobile fœtal doit s'adapter à la filière osseuse : le pôle céphalique saggitalise pour permettre une expulsion en occipito-pubien. Les fontanelles permettent une certaine compliance des diamètres céphaliques grâce à un chevauchement modéré des os du crâne.

- Une déformation des os du crâne : qui s'accroît sans que la tête descende est signe de disproportion foeto-pelvienne.

3-3 Paramètres maternels : L'accouchement est un phénomène naturel, les paramètres maternels doivent rester normaux tout au long du travail en dehors d'une légère accélération du pouls et d'une légère hyperthermie (inférieure à 38°).

4-COMPOSANTES DU PARTOGRAMME

L'annexe 3 montre le partogramme préconisé par l'Organisation Mondiale de la santé. Comme les autres, ce partogramme est essentiellement une

représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments :

4-1 La surveillance maternelle : s'effectue toutes les heures. On doit apprécier :

- Les constantes : la pression artérielle, le pouls la température les urines (volume, couleur),
- les événements intercurrents (hémorragies, comportement), tolérance à la douleur,
- La rubrique thérapeutique : toute administration de drogue per os ou en perfusion est inscrite, adaptée et signée, en particulier une perfusion d'ocytocine est représentée par une ligne horizontale qui en indique le début et la durée.

4-2 La surveillance foetale :

- Le rythme cardiaque foetal : Il s'apprécie par une auscultation (stéthoscope de pinard) toutes les 15 minutes pendant et juste après l'arrivée d'une contraction utérine.
- La présentation : estimée à chaque examen, la variété, le degré de flexion ainsi que l'apparition d'un chevauchement important des os du crâne ou d'une bosse sero sanguine.
- La poche des eaux intacte ou rompue. Si la poche est rompue, la qualité du liquide amniotique : couleur, consistance, présence de vernis. Une rupture artificielle des membranes doit être signalée.

4-3 La surveillance de la progression du travail :

- Le degré de dilatation cervicale passe de 0 à 10 cm,
- La qualité du col : Sa consistance, Son degré de raccourcissement, et son effacement sont appréciés.

- La descente du mobile foetal doit être notée sur le partogramme.
- Les contractions utérines : le nombre de contraction par période de 10 minutes et la durée des contractions mesurée en seconde sont appréciés et mentionnés.

Le partogramme doit être utilisé pour tous les accouchements dans les maternités des différentes structures. Il a pour but de faire apparaître les déviations qui peuvent se produire par rapport à la normale, à mesure que le travail avance.

5- ENREGISTREMENT DU TRAVAIL

Dans cette partie du partogramme, 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.

5-1 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 3cm. Si cette phase dure plus longtemps que 8 heures et s'il y a au moins deux contractions, en l'espace de 10 minutes, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à adopter.

5-2 La phase active :

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

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

La « ligne d'alerte » qui va de 4 à 10cm et représente ce rythme de dilatation.

Si la courbe passe à droite de cette ligne, cela veut donc dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans

une unité de santé périphérique, il faut la transporter à l'hôpital. Si elle est à l'hôpital, il faut la surveiller de plus près.

La « ligne d'action » est située à 4 heures de distance et à droite de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser.

(Copie du partogramme modèle de l'OMS voir annexe 3). Ce partogramme est conçu de manière à pouvoir être utilisé en tous lieux, mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (fonction ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe vers la droite d'alerte sert à appeler l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre des décisions concernant la conduite de l'accouchement.

D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail, à savoir **la descente de la tête du fœtus** dans la cavité pelvienne et **la qualité de l'activité utérine**.

L'état du fœtus est soigneusement noté sur le partogramme grâce à l'observation régulière du rythme cardiaque et du liquide amniotique.

L'évaluation régulière de **l'état de la mère** est obtenue en notant la température, le pouls et la tension artérielle et en procédant régulièrement à des analyses d'urine. Le partogramme contient également un espace réservé à l'administration d'oxytocine si le travail se prolonge.

La façon de procéder pour remplir cette feuille est décrite en détail dans la section II du présent document intitulé « Manuel de l'utilisateur » (WHO/MCH/88).

6- IMPORTANCE DU PARTOGRAMME

Le partogramme met en évidence des anomalies signant un déroulement défavorable du travail parmi lesquelles :

6-1 Un faux travail : Il est caractérisé par un col non dilaté et des contractions non palpables peu fréquentes.

6-2 Une phase de latence prolongée : Elle se traduit par une dilatation du col ne dépassant pas 3cm après 8 heures de contractions régulières.

6-3 Une phase active prolongée : Elle se traduit par :

La dilatation du col qui est à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme. Une souffrance fœtale et un modelage du troisième degré associé à un arrêt de la dilatation cervicale et de la progression du mobile fœtal au cours de la phase active du travail, indique une dystocie mécanique.

6-4 Une disproportion cephalo-pelvienne : Elle se traduit par :

Un arrêt de la dilation du col et de la descente de la présentation malgré des contractions de bonne qualité. La disproportion cephalo-pelvienne survient soit parce que la tête fœtale est trop grosse, soit parce que le bassin maternel est trop petit. Si le travail se poursuit malgré la disproportion cephalo-pelvienne, il risque d'être arrêté ou bloqué. Si cette disproportion est confirmée, pratiquer la césarienne.

6-5 Une anomalie de la dynamique utérine : Elle se manifeste par moins de trois contractions en 10 minutes ; chaque contraction durant moins de 40 secondes.

6-6 Une phase d'expulsion prolongée : Elle se traduit par un col complètement dilaté et la parturiente a envie de pousser mais il y'a absence de descente du mobil fœtal. Les efforts expulsifs déployés par la parturiente accroissent le risque pour le fœtus en réduisant l'apport d'oxygène au placenta.

7- LES DYSTOCIES :

Elles sont définies comme étant des difficultés gênant ou empêchant le déroulement normal d'un accouchement dont la présentation est autre que le sommet en position occipito- antérieur. Ces anomalies peuvent concerner la mère (le bassin, la dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou les annexes.

7-1 La dystocie d'origine maternelle : Ici les difficultés de l'accouchement sont liées à une anomalie maternelle.

7-1-1 Les dystocies cervicales : Siège au niveau du col de l'utérus. Elles proviennent d'une rigidité due en général à une anomalie de la contraction utérine, d'une agglutination du col qui refuse de s'ouvrir, ou d'une sténose (rétrécissement) cicatricielle consécutive à une cautérisation ou à une intervention chirurgicale. Une césarienne est alors pratiquée.

7-1-2 Les dystocies par obstacle praevia : Sont dues soit à la présence dans le petit bassin d'une tumeur située au devant du fœtus et empêchant sa descente (kyste de l'ovaire ou fibromyome) soit à l'insertion basse du placenta (placenta praevia) qui gêne l'expulsion. Dans les deux cas, une césarienne est nécessaire.

7-1-3 Les dystocies osseuses : Dues à des déformations du bassin maternel ou à l'insuffisance de ses dimensions .Elles sont prévisibles dès le début de grossesse par radiopelvimétrie.

7-1-4 La dystocie des parties molles : Due à des obstacles vaginaux (rétrécissement, vaginisme, cicatrices de brûlure étendues).Une épisiotomie élargit alors l'orifice et permet le passage de l'enfant.

7-1-5 La dystocie mécanique : Elle se traduit par un arrêt secondaire de la dilatation du col et de la descente de la présentation associé à une bosse sero sanguine, un modelage du troisième degré, une mauvaise application de la présentation sur le col, la formation d'un anneau de rétraction, une détresse maternelle et fœtale.

7-1-6 Les dystocies dynamiques : Elles sont dues à des anomalies de la contraction utérine. Lorsque les contractions utérines sont trop peu marquées ; la diminution du tonus musculaire entraîne un manque d'amplitude et /ou un espacement excessif des contractions qui provoquent une inertie ou une atonie. Il peut s'agir :

- Des anomalies par excès de la contractilité ou hypercinésies : cette hypercinésie lorsqu'elle est totale (intensité et fréquence), on parle de téτανisation utérine.
- Des anomalies par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie qui peut être :
- Hypertonie par distension

Hypertonie par hypercinésie

Hypertonie isolée.

La plus caractéristique est l'hypertonie par contraction telle qu'on l'observe dans l'hématome retroplacentaire (HRP)

- Des anomalies par arythmie contractile : caractérisées par une succession de contraction irrégulière tant dans leur amplitude que dans leur durée mais surtout dans leur fréquence.
- Des anomalies par inefficacité d'une contraction apparemment normale. Ici, la contraction utérine est cliniquement normale mais l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes de travail et principalement de la dilatation du col. Cette anomalie se rencontre dans les deux circonstances différentes :

- Au cours de la première phase de la dilatation du col : avant 3 ou 4cm : c'est la dystocie de démarrage. Il s'agit le plus souvent des primipares n'ayant subi aucune préparation psychologique.

Le diagnostic différentiel se pose avec un faux travail. Le pronostic est généralement bon. Sous l'effet du traitement, le travail franc finit le plus souvent par s'installer.

*Au cours de la deuxième phase de dilatation au delà de 4 cm: la dystocie dynamique révèle généralement une disproportion foeto-maternelle ou une mauvaise accommodation de la présentation. La mauvaise évolution de l'accouchement s'objective sur le diagramme par la courbe de dilatation qui reste stationnaire en plateau pendant plus de deux heures associée ou non à des anomalies de contractilité sur le tocogramme. Le traitement par perfusion d'ocytocine (médicament qui stimule la contraction de l'utérus) rétablit la régularité et l'intensité des contractions. En revanche, les contractions sont trop importantes, l'élévation du tonus musculaire entraîne un renforcement des contractions. Un tel phénomène peut se produire en cas d'obstacle à la progression du fœtus et peut entraîner la décision de pratiquer la césarienne. Ce renforcement peut aussi être provoqué par l'administration d'ocytocine lors du déclenchement artificiel de l'accouchement.

7-2 La dystocie d'origine fœtale :

Les difficultés de l'accouchement sont liées à une anomalie fœtale.

7-2-1 Certaines présentations constituent des dystocies : Elles sont soit relatives (présentation du siège chez la primipare ou présentation de la face) soit absolue (présentation du front ou de l'épaule).

L'obstétricien juge alors si l'accouchement peut avoir lieu par voie naturelle ou s'il faut envisager de pratiquer une césarienne.

7-2-2 L'excès du volume du fœtus : Peut rendre l'accouchement difficile. Cet excès est global (gros enfant : 4kg ou plus) ou localisé (hydrocéphalie,

tumeur du cou ou de la région sacro-coccygienne, épaule trop large, ascite congénitale) une césarienne est alors pratiquée.

III –MECANISME ET PHYSIOLOGIE DE L’ACCOUCHEMENT :

L'accouchement en présentation du sommet représente 95 % de tous les accouchements. Il est plus souvent normal, mais son mécanisme et les paramètres de sa surveillance doivent être bien connus.

Il comprend 3 temps :

1- L’engagement: c’est le franchissement de l’aire du détroit supérieur par la présentation.

Facile chez les autres mammifères, l’engagement devient ici plus problématique et suppose une accommodation de la présentation.

Celle-ci nécessite toujours une flexion et une orientation adéquates, le plus souvent un degré d’asynclitisme et parfois un véritable modelage du crâne, incluant une déformation plastique temporaire de la calotte et un chevauchement des os du crâne, du faite de la saillie du promontoire. L’engagement direct en OP ou en OS est habituellement impossible.

Très généralement le diamètre de la présentation emprunte un des diamètres obliques du bassin, dans 90% des cas le gauche beaucoup plus souvent que le droit (10%) en raison de la dextro-rotation physiologique de l'utérus gravide.

Le dos est préférentiellement orienté vers l'avant, sans doute à cause de la gêne que la colonne vertébrale maternelle provoque sur l'attitude en flexion des fœtus. Ces données permettent d'expliquer les fréquences respectives de l'engagement en OIGA (50%) et OIDP.

La dominance physiologique des muscles fléchisseurs et les contraintes imposées par la forme du segment inférieur favorisent avant l'engagement une flexion modérée de la tête fœtale dont le diamètre antéropostérieur est compris entre 10, 5 et 11cm (diamètre sous occipito frontal).Le travail permet une flexion complémentaire de la tête qui réduit au maximum le diamètre antéropostérieur de la présentation à 9, 5cm (diamètre sous occipito bregmatique).

L'asynclitisme défini par l'engagement successif d'une bosse pariétale puis de l'autre prend une importance fondamentale lorsqu'il existe une disproportion fœto- pelvienne mineure et que le diamètre bipariétal dépasse de quelques mm à peine les mensurations du détroit supérieur.

Le diagnostic de la présentation et de l'engagement repose sur la palpation abdominale et le toucher vaginal. Si au toucher vaginal la deuxième vertèbre sacrée (S2) est atteinte, on dit que la présentation est non engagée ; par contre si S2 n'est pas atteinte, la présentation est dite engagée.Le toucher vaginal par ces deux signes apportent les éléments essentiels mais peut toutefois être à l'origine d'erreurs aux conséquences parfois dramatiques, surtout lorsqu'il existe une volumineuse bosse sero sanguine.

2- La descente et rotation dans l'excavation :

L'axe du dégagement est imposé au grand diamètre de la présentation par la forme générale de la fente périnéo-vulvaire et de la boutonnière uro-génitale.

Il faut donc que la tête tourne dans l'excavation du bassin pour faire coïncider son grand diamètre avec le diamètre pubo-coccygien.

La poussée utérine en bas et en avant, appuie la présentation contre l'arc antérieur du bassin et peut être décomposée en deux forces élémentaires : l'une perpendiculaire au plan pubien qui maintient la tête appliquée contre le pubis, l'autre qui permet le glissement progressif de la présentation. Lorsque la présentation poursuit sa descente, on atteint successivement les niveaux + 1 à + 5, ce dernier correspondant à une tête fœtale sur le périnée.

3- L'expulsion :

Une fois le détroit moyen franchi, le seul obstacle reste le périnée dont la composante essentielle est le noyau fibreux central sur lequel vient prendre appui le releveur.

Pendant la contraction la tête bute contre le mur périnéal et accentue sa flexion. Les petites lèvres s'écartent, le périnée postérieur s'étend, l'anus s'entrouvre.

Le dégagement débute lentement, le front balaie progressivement le périnée dont l'ampliation est maximale, la déflexion s'accélère, la tête monte vers l'accoucheur, les bosses pariétales, le front puis la face achèvement leur dégagement.

L'engagement des épaules est contemporain du dégagement de la tête. Le diamètre bi-acromial (12cm réductible à 9, 5cm par tassement) emprunte le diamètre oblique du bassin.

Après que la tête se soit dégagée et qu'elle ait effectué son mouvement de restitution, la mise en tension du sterno cleido-mastoïdien antérieur attire l'épaule antérieure qui vient se fixer sous la symphyse.

Le dégagement se fait alors par rotation du bi acromial autour de la symphyse faisant apparaître l'épaule postérieure à la fourchette.

Le dégagement de l'épaule antérieure puis du tronc et des membres inférieurs lui fait suite rapidement et ne soulève aucune difficulté.

4- La délivrance naturelle :

La délivrance, 3^e phase du travail est la période la plus dangereuse pour la mère, du fait de complications hémorragiques gravissimes et parfois mortelles. Elle se passe en trois phases

4-1 La phase de décollement placentaire : préparée par la rétraction utérine, elle est provoquée par les contractions utérines ?

La rétraction utérine résulte de la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale et aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines sauf au niveau de l'insertion placentaire qui reste mince.

Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta, indispensable à son décollement.

4-2 La migration et l'expulsion du placenta : les contractions utérines, le poids du placenta et celui de l'hématome rétro placentaire, font migrer le placenta vers le segment inférieur. Le placenta décollé traverse alors le col et le vagin pour être expulsé à la vulve.

4-3 La rétraction utérine : elle assure mécaniquement l'hémostase de la plaie placentaire, dont les vaisseaux sont enserrés par les contractions des fibres musculaires. Le relais est pris par la thrombose survenant dans ces vaisseaux.

IV- CAUSES DE LA MORTALITE ET MORBIDITE FOETO-MATERNELLES :

1- L'hémorragie obstétricale :

Complice 5% des accouchements et représentent une des premières causes de mortalité maternelle. Ces hémorragies s'associent également à une morbidité maternelle importante : anémie sévère, choc hémorragique.

2- Hémorragie pré et per-partum :

Deux urgences foeto-maternelles sont à rechercher de principe le placenta prævia et l'hématome rétro placentaire :

Hématome rétro placentaire : Il peut être évoqué dans un contexte de toxémie gravidique diagnostiquée sur l'hypertension artérielle et la protéinurie. On note cliniquement, la survenue brutale d'une souffrance fœtale aigue, de douleur abdominale ; l'utérus est dur comme du bois et l'hémorragie est faite de sang noirâtre.

Placenta prævia : L'hémorragie est faite de sang rouge souvent isolée. Le diagnostic est formé par l'échographie qui localise l'insertion placentaire (antérieure, latérale ou postérieure). Il faut citer la rupture de l'utérus cicatriciel. Le diagnostic est clinique « panne » brutale des contractions utérines, état de choc maternel, bradycardie foetale.

3- Hémorragie du post-partum

L'hémorragie du post-partum regroupe les syndromes hémorragiques débutant après l'expulsion fœtale par voie basse ou par césarienne. Elle survient au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Il peut s'agir de :

L'hémorragie de la délivrance : entité majeure, survenant dans les deux premières heures après l'accouchement.

Certains auteurs distinguent les hémorragies de la délivrance proprement dites (l'origine du saignement est la zone d'insertion placentaire) des hémorragies du post-partum qui englobent les hémorragies liées aux lésions cervico-vaginales, aux ruptures utérines et aux coagulopathies.

4- Les dystocies :

La progression du travail peut être entravée soit :

-Par les anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col appelées dystocie dynamique.

-Par la mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel : c'est la dystocie mécanique.

4-1 Dystocie dynamique :

Les anomalies de contraction utérine peuvent être classées en cinq groupes :

- Les anomalies par insuffisance de contractions ou hypocinésie
- Les anomalies par excès de contractions ou hypercinésie
- Les anomalies par relâchement utérin insuffisant ou hypertonie
- Les anomalies par inefficacité d'une contraction apparemment normale
- Les anomalies par arythmie contractile.

Le signe le plus important est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col.

Cette anomalie peut se voir dans 2 circonstances :

Au cours de la phase de latence : dystocie de démarrage survient le plus souvent chez une primipare.

La rupture des membranes est prématurée ou précoce.

Les contractions semblent normales, mais dans leurs intervalles persiste un état permanent de douleur lombaire traduisant la vieille expression « accoucher par les reins ». Le col semble immature et reste dur et épais.

Au cours de la phase active :

La dystocie dynamique relève souvent d'une DFP ou d'une mauvaise accommodation de la présentation.

La présentation reste élevée au dessus du détroit supérieur.

Le segment inférieur est mal formé par manque de contact étroit avec la présentation.

Dans ces conditions deux conséquences sont inéluctables : la formation d'une bosse séro-sanguine et la dilatation stationnaire.

4-2 Dystocie mécanique :

4-2-1 disproportion foeto pelvienne :

Il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus. L'une et l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal.

L'étude de la dystocie mécanique pourrait comporter celle des obstacles mécaniques à l'accouchement : anomalies funiculaire, obstacles prævia. On parlera ici des dystocies liées à une disproportion entre le fœtus et la filière pelvienne.

4-2-2 Bassin rétréci :

Le diamètre promonto rétro pubien est inférieur à 10,5 cm

Le diamètre transverse médian est inférieur à 12,5 cm

Le bi sciatique est inférieur à 10 cm

Le sacro cotyloïdien est inférieur à 9 cm

Le bassin osteo-malacique

Le bassin de forte asymétrie congénital ou acquis

Le bassin traumatique avec gros cal.

4-2-3 Bassin généralement rétréci : Ici, tous les diamètres du bassin sont diminués.

4-2-4 Bassin limite :

L'appréciation globale du volume fœtal est fondée sur la hauteur utérine.

L'élément essentiel est de confronter les dimensions du bassin à celles de la tête fœtale.

En pratique il y a un lien entre ces deux anomalies, la dystocie dynamique n'étant que la conséquence d'une difficulté mécanique sous-jacente.

5- La souffrance fœtale :

La souffrance fœtale peut être suspectée sur deux signes :

-Le mélange de méconium au liquide amniotique. Il peut avoir différentes significations : la couleur jaune du liquide traduit une souffrance ancienne alors que la couleur vert foncée traduit une souffrance récente.

-Les modifications de bruits du cœur fœtal : l'auscultation permet d'entendre des variations prolongées du rythme cardiaque, qu'il s'agisse de tachycardie ou de bradycardies. Outre les types de variations, doivent être pris en considération les bradycardies inférieures à 100 bpm qui témoignent toujours d'une très grande hypoxie fœtale. Les BDCF compris entre 120 et 100 bpm témoignent d'une hypoxie modérée.

METHODOLOGIE

CERCLE DE KOULIKORO

1. Aperçu historique:

La ville de Koulikoro retient deux versions pour sa création.

La première version indique: que vers 1 800, le village de Koulikoro fut créé par un chasseur du nom de Dioba venu de Ségou;

Selon la deuxième version, Koulikoro serait créé par un chasseur du nom de Telemé Diarra petit frère de Dioba qui quitta Kayo pour venir s'installer aux faîtes de la colline d'où le nom de Koulikoro;

Ce qu'il faut retenir, c'est que Dioba était le plus âgé, donc le premier chef reconnu du village et de fondateur.

En 1850 les familles Singaré et Fofana arrivèrent du nord sous la pression de El hadj Oumar et vinrent s'installer en paisible cultivateurs pasteurs et pêcheurs auprès des Bambara fondateurs.

2. Données géographiques

2.1 superficie et limites

Le cercle de Koulikoro avec une superficie de 7260 km² est situé à cheval sur le fleuve Niger.

Il est limité:

Au nord par le cercle de Banamba.

Au nord Ouest par le cercle de Kolokani

A l'Ouest par le cercle de Kati

Au sud par le cercle de Dioïla

2.2 Relief :

Le relief est dominé par des plateaux et des plaines. C'est dans le cercle de Koulikoro que disparaissent les dernières chaînes du Mont Mandingue. On y trouve également quelques plateaux dans les communes de Tienfala, Koula et Sirakorola.

2.3 Climat et végétation

Le climat de type soudano-sahélien est caractérisé par une saison sèche et une saison pluvieuse. Il existe quelques forêts cluses à la lisière du désert avançant à grand pas.

2.4 Hydrographie

Le cercle est drainé par le fleuve Niger principal cours d'eau qui le traverse sur une distance de 130km. Il a un régime irrégulier et n'est pas navigable en toute saison ni navigable sur tout son tronçon.

2.5 Voie et réseaux de communication

Situé à 60km de Bamako, le cercle de Koulikoro en est relié par une route goudronnée peu sécurisée. Les chefs lieux des communes sont reliés à celui du cercle par des routes et pistes qui ne sont praticables qu'en une partie de l'année, actuellement la route Koulikoro-Banamba est goudronnée.

Le cercle est relié à la plupart des CSCOM par un RAC et par téléphone (dans certaines localités).

3. Données démographiques

Le cercle de Koulikoro compte 175236 habitants (DNSI actualisée en 2006).

La population rurale représente 83% de la population. Le taux d'accroissement est de 1,6% pour l'ensemble du cercle. Le cercle est découpé en neuf communes dont une commune urbaine et huit communes rurales

4. Données économiques

L'économie du cercle est composée surtout par:

Le secteur primaire (l'agriculture, l'élevage, la pêche).

Il existe quatre usines (Huilerie, les constructions navales, l'usine de piles et le grand moulin).

Le secteur tertiaire (commerce, transport et tourisme) est moins représenté

5. Carte sanitaire

La couverture socio sanitaire du cercle de Koulikoro est assurée par un centre de santé de référence et par 14 centres de santé communautaires.



6. Les structures publiques et parapubliques : Ces structures sont :

1 -Un CSREF.

2 -Deux CSCOM opérationnels.

3-Un CMI (centre médical inter entreprise) de l'INPS.

4-Une Garnison militaire (centre médical)

7. Les structures privées: Elles sont représentées par:

-Une clinique d'accouchement;

-Quatre officines de pharmacies.

8. Les partenaires: Nous pouvons citer comme partenaires du CSRéf:

- L'Etat.

- La FELASCOM. (ASACO).

- La Mairie.

- Les ONG.

9. Structure du centre de santé de référence: Le centre de santé de référence de Koulikoro occupant le 2^{èm} niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays et situé entre Koulikoro gare et le camp militaire (EMIA) à Koulikoroba, en faisant face au stade municipal Diarra H Mamadou. Il est doté d'infrastructures suivantes:

- Deux blocs opératoires fonctionnels,
- Un nouveau bloc opératoire construit non fonctionnel.
- Une salle de stérilisation,

- Un service de gynécologie et d'obstétrique,
- Un service de chirurgie générale,
- Un service de médecine,
- Un service d'ophtalmologie,
- Un service d'odontostomatologie,
- Un laboratoire,
- Une salle informatique;
- Un secrétariat;
- Des salles d'hospitalisation,
- Deux pharmacies (pour jour et nuit),
- Une morgue,

- Un service social,
- Une unité tuberculose,
- Une unité de soins d'accompagnement et de conseil VIH/SIDA (USAC),
- Une unité d'hygiène / d'assainissement.

9-1 Le personnel du CSREF de Koulikoro: Il est composé de:

- 6 Médecins, dont 3 spécialistes: un médecin gynécologue, un médecin chirurgien, un médecin ophtalmologue et 3 généralistes.
- 6 Assistants médicaux,
- 4 Sages femmes,
- 1 Infirmière obstétricienne,
- 7 Matrones,
- 2 Infirmiers d'état.
- 2 infirmiers du premier cycle.
- 1 Secrétaire
- 1 Aide comptable,
- 1 Gestionnaire,
- 1 Technicien d'hygiène
- 4 Manoeuvres,
- 3 Chauffeurs,
- 3 Gardiens,
- 1 Laborantin.

9-2 Matériels utilisés: Le centre de santé de référence de Koulikoro dispose de :

- Deux véhicules et une ambulance qui sont fonctionnels,
- Le téléphone sotelma et le système radio de communication (RAC) sont aussi fonctionnels : Ils assurent les communications entre les structures sanitaires périphériques et le centre de santé de référence.
- Les fiches de référence / évacuation et rétro information sont disponibles

9-3 présentations du service de gynécologie et d'obstétrique:

Il est situé vers le côté Est du centre entre la médecine et le bloc opératoire. Il reçoit les gestantes et parturientes de la ville et les autres structures sanitaires de son aire et de celles des cercles frontières de la commune de Koulikoro. Ce service est composé de :

La maternité : Elle est composée :

- D'une salle d'accouchement: contenant 2 tables d'accouchements,
- D'une salle de travail avec 3 lits,
- D'une salle de révision utérine,
- D'une salle de stérilisation,
- Des salles de suites de couches: composées de 4 salles et 20 lits,
- D'une unité de planification familiale: où s'effectue différente méthode de planning,
- D'une unité de consultation prénatale: qui assure les prestations tous les jours ouvrables,
- D'une unité de consultation post natale: césarienne et accouchement,
- D'une salle de garde et deux toilettes,

- D'un bureau pour le gynécologue obstétricien,
D'un bureau pour la sage femme maîtresse.

9-4 Organisation du service:

Le Médecin gynécologue obstétricien: Il est responsable de la maternité, chef du centre et assure la consultation gynécologique et obstétricale tous les lundis et jeudis, le suivi des patientes en salle d'hospitalisation, les interventions chirurgicales types gynécologiques et obstétricales.

Sage femme maîtresse: Elle veille sur la bonne marche du service et assure la mise à jour des registres (accouchement, hospitalisation, déclaration des naissances).

Les autres sages femmes: Assurent les CPN, les accouchements, les consultations post-natales et les gardes.

I CADRE D'ETUDE:

Cette étude a eu pour cadre:

➤ La maternité du centre de santé de référence de Koulikoro (créée en 1996), Maternité de référence évacuation des autres CSCOM qui composent son aire (au nombre de 14). Le centre est dirigé par médecin chef spécialisé en gynécologie obstétrique. Le service de maternité est dirigé par une sage femme maîtresse. Le personnel de la maternité se compose essentiellement de:

- Sage femme au nombre de quatre (4)
- Infirmière obstétricienne au nombre de un (1)
- Matrone au nombre de Quatre (4)
- Stagiaires infirmières obstétriciennes au nombre de trois (3)

➤ La maternité du centre de santé communautaire de Koulikoroba: dont le chef de centre est un médecin généraliste. Le personnel à la maternité se compose de:

- Une (1) sage femme maîtresse
- Une (1) infirmière obstétricienne
- Trois (3) matrones.
- La maternité du centre de santé communautaire de Kolèbougou: dirigé par un médecin généraliste. Le personnel à la maternité se compose comme suit:
 - Une (1) sage femme maîtresse,
 - Trois (2) infirmières obstétriciennes,
 - Cinq (5) matrones.
- La clinique privée : dont la responsable est une sage femme. Le personnel est au nombre de trois (3):

La sage femme maîtresse qui est la responsable du centre et deux matrones.

II. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective permettant d'évaluer l'utilisation du partogramme dans les différentes structures sanitaires de la ville de Koulikoro.

III. POPULATION D'ETUDE

Cette étude concerne trois (3) catégories de population:

- Les responsables de maternité qui sont les sages femmes.
- Les prestataires au niveau des maternités (sages femmes, infirmières obstétriciennes, matrones).
- Les femmes ayant accouché au niveau de ces maternités pendant la période d'étude.

IV.ECHANTILLONNAGE

1-Sélection des structures de santé:

Nous avons retenu:

- Le centre de santé de référence de Koulikoro.
- Le centre de santé communautaire de Koulikoroba.
- Le centre de santé communautaire de Kolébougou.
- La clinique privée.

Le choix est fait en fonction des critères suivants:

- La disponibilité et la fonctionnalité du partogramme au sein de ces structures.
- L'existence au sein des dites structures d'agents formés en périnatalité.
- L'accessibilité de ces centres par les enquêteurs.

2-Sélection de la population cible:

2-1 Les critères d'inclusion: Sont concernés par cette étude:

- ❖ Les prestataires au niveau des maternités.
- ❖ Les femmes admises en travail et ayant accouché dans ces maternités pendant la période d'étude.

2-2 Les critères de non inclusion: N'ont pas été incluses dans l'étude:

- ❖ Les parturientes ayant accouché à domicile.
- ❖ Les femmes admises pour un avortement tardif.
- ❖ Les parturientes admises avec une dilatation supérieure ou égale à 8.
- ❖ Les hémorragies anté partum.

2-3 La taille de l'échantillon:

A partir des critères d'inclusion, nous avons évalué la qualité de remplissage de 262 partogrammes dont 180 pour le CSRéf et 82 pour les trois autres

structures. Nous avons enregistré 907 accouchements avant introduction du partogramme

V. LA PERIODE D'ETUDE:

Nous avons retenu 12 mois (janvier à décembre 1991) pour l'étude avant adoption du partogramme et 15 mois (Juin 2006 à Août 2007) pour l'étude après adoption; soit au total 27 mois pour les deux périodes.

Le choix de ces deux périodes nous a permis de déterminer la prévalence de certaines complications selon l'utilisation ou non du partogramme.

VI. COLLECTE DES DONNEES:

Dans notre étude, 25 prestataires dont 7 sages femmes, 3 infirmières obstétriciennes et 15 matrones ont été interrogées sur la conduite du travail d'accouchement avec l'aide du partogramme.

Les supports:

Les données ont été recueillies sur une série de questionnaires:

- **Questionnaires maternité** (entrevue avec les responsables de maternité)
- **Questionnaires prestataires** (entrevue avec les prestataires);
- **Questionnaires avant introduction du partogramme** (observation du registre d'accouchement);
- **Questionnaires d'évaluation du partogramme** (observation des fiches de partogramme).

VII. PLAN D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES:

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI INFO 6.04dfr

Le test de Khi² a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

VIII. LES DEFINITIONS OPERATOIRES :

Partogramme correctement rempli : C'est tout partogramme dont les chapitres: facteurs de risque, la durée du travail, la courbe de la dilatation du col, les éléments de la surveillance de la mère, la prise en charge de la mère et du nouveau né sont marqués sur le partogramme.

Partogramme incorrectement rempli: C'est tout partogramme comportant des erreurs de remplissage.

Partogramme incomplètement rempli: C'est tout partogramme sur lequel ne figurent pas un ou plusieurs renseignements sur les chapitres: facteurs de risque, la durée du travail, la courbe de dilatation du col, les éléments de surveillance de la parturiente, la prise en charge de la mère et du nouveau-né immédiatement après l'accouchement.

IX TABLEAU I : LES VARIABLES ETUDIEES.

VARIABLES	ECHELLE DE MESURE	TYPE
Profil du prestataire	Entrevue	Qualitative
Parité	En nombre entier naturel Sur le partogramme	Quantitative discontinue
Age	En année	Quantitative continue
Durée du travail	Observation sur le partogramme	Quantitative continue
Raisons de la non utilisation du partogramme	Entrevue	Qualitative
Raisons d'interruption de l'utilisation du partogramme	Entrevue	Qualitative
Décision à la ligne d'alerte	Observation	Qualitative
Décision à la ligne d'action	Observation	Qualitative

Mode d'admission	Observation	Qualitative 1= Venue d'elle-même 2= referee 3= évacuée
Voie d'accouchement	Observation	Qualitative 1= voie basse spontanée 2= voie basse non spontanée 3= césarienne
Pronostic foetal	Apgar à la naissance	Qualitative 0= mort né 1 à 6= morbide Plus de 7= vigoureux

RESULTATS

I. FREQUENCE D'UTILISATION DU PARTOGRAMME .

Tableau I : Répartition selon la fréquence d'utilisation du partogramme dans les formations sanitaires.

UTILISATION PARTOGRAMME FORMATION SANITAIRE	NOMBRE DE PARTOGRAMMES UTILISES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENT	FREQUENCE
Csref	339	339	100%
Cscom kolébougou	135	147	91,8%

Cscom koulikoroba	60	66	90,9%
Clinique privée	45	45	100%
TOTAL	579	597	96,9%

II. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1. L'âge

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge :

TRANCHES D'AGE	NOMBRE	FREQUENCE
≤19 ans	75	28,6 %
20-39 ans	182	69,5 %
≥ 40 ans	5	1,9 %
TOTAL	262	100 %

2. Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des parturientes selon Le statut matrimonial :

STATUT MATRIMONIAL	NOMBRE	FREQUENCE
Mariées	220	84%
Célibataires	35	13,3 %
Divorcées	7	2,7 %
TOTAL	262	100 %

3. Profession

Tableau IV: Répartition des parturientes selon la profession :

PROFESSION	NOMBRE	FREQUENCE
Ménagère	156	59,54 %
Elève/étudiante	25	9,54 %
Salariée	15	5,72 %
Commerçante	66	25,20 %
TOTAL	262	100 %

4. Niveau d'instruction

Tableau V: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction :

NIVEAU D'INSTRUCTION	NOMBRE	FREQUENCE
Analphabète	128	48,8%
Primaire	95	36,2%
Secondaire	29	11,1%
Supérieur	10	3,9%
TOTAL	262	100%

5. Mode d'admission

Tableau VI: Répartition des parturientes selon le mode d'admission.

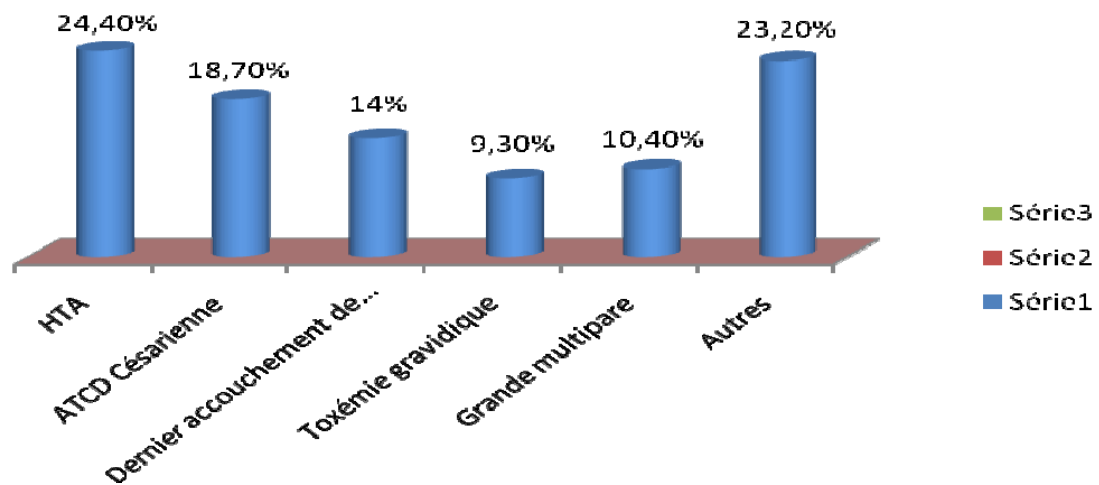
MODE D'ADMISSION	NOMBRE	FREQUENCE
Evacuée	63	24%
Référée	5	2%
Venue d'elle-même	194	74%
TOTAL	262	100%

6. Motif d'admission

Tableau VII: Répartition des parturientes selon le motif d'admission.

MOTIFS	NOMBRE	FREQUENCE
CUD	194	74,0 %
HTA	20	7,6 %
Dystocie dynamique	19	7,2 %
DFP	11	4,2 %
Présentation siège	5	1,9 %
Utérus cicatriciel	4	1,5 %
Bassin limite	2	0,8 %
Présentation transversale	2	0,8 %
Hémorragie	2	0,8 %
SFA	2	0,8 %
Bassin asymétrique	1	0,4 %
TOTAL	262	100%

7. Facteurs de risque



Graphique N°1: Répartition selon les facteurs de risque des parturientes.

III . QUALITE DE REMPLISSAGE DU PARTOGRAMME.

Tableau VIII: Répartition des parturientes accouchées selon les types de structures.

TYPES DE STRUCTURE	EFFECTIF	%
Csréf	180	68,7
Cscom de Koulikoroba	31	11,8
Cscom de Kolébougou	29	11,1
Clinique privée	22	8,4
TOTAL	262	100,0

Tableau IX: Relation entre la qualité de remplissage du partogramme et le type de structure

QUALITE DE REPLISSAGE	CORRECTEMENT REPLIS		INCORRECTEMENT REPLIS		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
TYPES DE STRUCTURE						
Csref	79	(43,9%)	101	(56,1%)	180	(68,7%)
Cscom koulikoroba	15	(48,4%)	16	(51,6%)	31	(11,8%)
Cscom Kolèbougou	16	(51,1%)	13	(44,9%)	29	(11,1%)
Clinique privée	10	(45,4%)	12	(54,6%)	22	(8,4%)
TOTAL	120	(45,8%)	142	(54,2%)	262	(100%)

Khi² = 0, 52

P= 0, 769

Tableau X: Relation entre la qualification du prestataire et la qualité du remplissage

Qualité du remplissage	Correctement remplis		Incorrectement remplis		total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Qualification du prestataire						
Sage femme	40	(47,1 %)	45	(52,9%)	85	(32,5%)
Infirmière obstétricienne	9	(33,3 %)	18	(66,7%)	27	(10,3%)
Matrone	66	(46,8 %)	75	(53,2 %)	141	(53,8%)
Etudiant en thèse	5	(55,6 %)	4	(44,4 %)	9	(3,4%)
TOTAL	120	(45,8 %)	142	(54,2 %)	262	(100%)

Khi²=0,08

P= 0,959

Tableau XI: Répartition des fiches de partogrammes incomplètement remplies selon les types de fautes.

TYPES DE FAUTE	EFFECTIFS	%
Absence de surveillance post partum	40	37,0
Absence de la date et l'heure d'accouchement	17	15,7
Entête non rempli	14	13,0
Absence de contrôle de la TA et le pouls	11	10,1
Absence de données sur le score d'Apgar	9	8,4
Absence du nom et qualification de l'accoucheur	9	8,4
Absence de renseignements sur la délivrance	8	7,4
TOTAL	108	100,0

Tableau XII : Répartition selon les types d'erreur sur les partogrammes.

TYPES D'ERREUR	NOMBRE DE PARTOGRAMMES	%
Partogramme incomplètement remplis	108	76,1
BDCF identiques à tous les examens	10	7,1
Mauvaise appréciation de la dilatation	9	6,3
Mauvaise appréciation de l'engagement	6	4,2
Le point qui marque le degré de dilatation n'est pas en concordance avec l'heure	5	3,5
Contrôle non régulier des paramètres	4	2,8

obstétricaux

TOTAL	142	100
--------------	------------	------------

IV/ RESULTATS DU PARTOGRAMME

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN :

CPN	NOMBRE	FREQUENCE
0	28	10, 7 %
1-3	97	37, 0 %
≥ 4	137	52, 3 %
TOTAL	262	100, 0 %

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon la parité :

PARITE	NOMBRE	FREQUENCE
Primipare	94	35,9
Pauci pare	130	49,6
Multipare	28	10,7
Grande Multipare	10	3,8
TOTAL	262	100

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la durée du travail :

DUREE DU TRAVAIL	NOMBRE	FREQUENCE
≤ 12 heures	121	46,18%
] 12-24 heures]	72	27,49%
> 24 heures	17	6,49 %
Indéterminée	52	19,84 %
TOTAL	262	100,00 %

Tableau XVI: Relation entre la durée du travail et la parité.

PARITE	PRIMIPARE	PAUCI PARE	MULTIPARE	GRANDE MULTIPARE	TOTAL
DUREE DU TRAVAIL					
≤12heures	40	66	10	5	121
] 12-24heures]	24	42	4	2	72
> 24heures	8	6	2	1	17
Sans information	22	16	12	2	52
TOTAL	94	130	28	10	262

Tableau XVII: Répartition selon les décisions prises par les prestataires chaque fois que le tracé passe à droite de la ligne d'alerte.

TYPE DE DECISION	NOMBRE DE PARTOGRAMME	FREQUENCE
Référence	34	53,9 %
Rupture artificielle des membranes	10	15,9%
Perfusion d'ocytocine	10	15,9 %
Administration d'anti -spasmodique	4	6,3 %
Evacuée	5	8,0%
TOTAL	63	100,0 %

La référence pour franchissement de la ligne d'alerte a représenté 53,9 % 5.

Tableau XVIII: Répartition selon les décisions prises par les prestataires chaque fois que le tracé passe à droite de la ligne d'action.

TYPE DE DECISION	NOMBRE DE PARTOGRAMME	FREQUENCE	TOTAL
Référence	0	0 %	0
Evacuation	5	100 %	5
TOTAL	5	100 %	5

Tableau XIX: Répartition des accouchements selon les zones du partogramme.

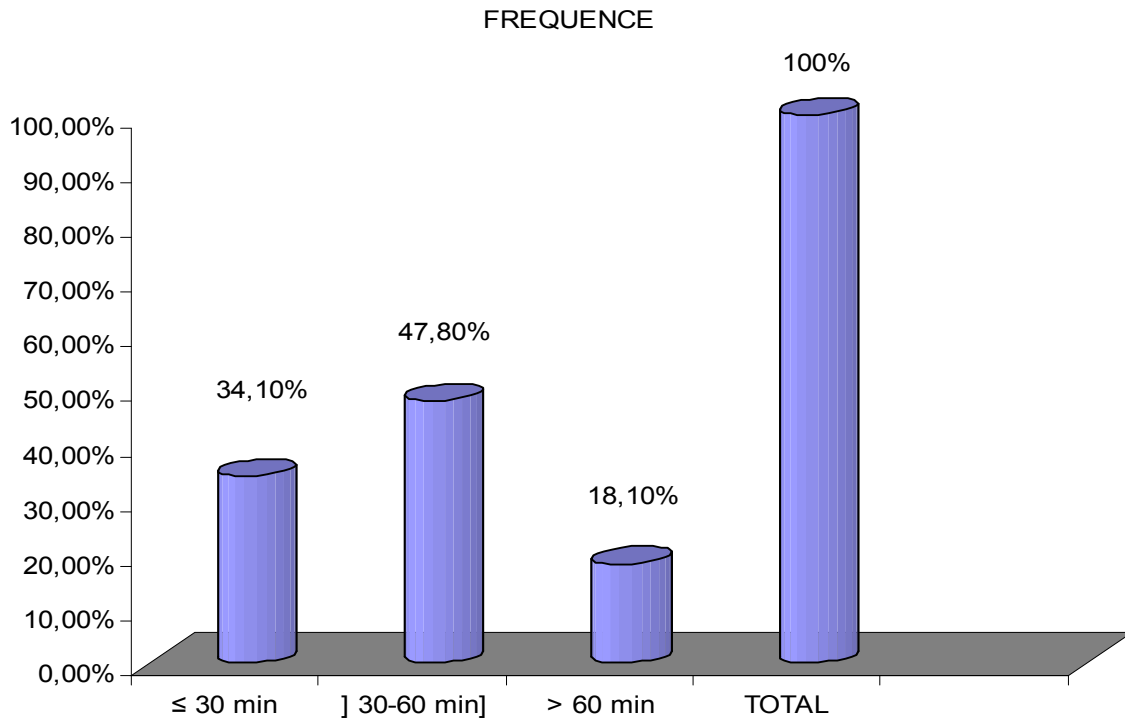
Résultat de l'accouchement	Eutocique	Dystocique	Césarienne	Total

63

Mr Hanna Kountou COULIBALY/ Evaluation de la qualité de remplissage et d'utilisation du partogramme dans les maternités de la ville de Koulikoro.

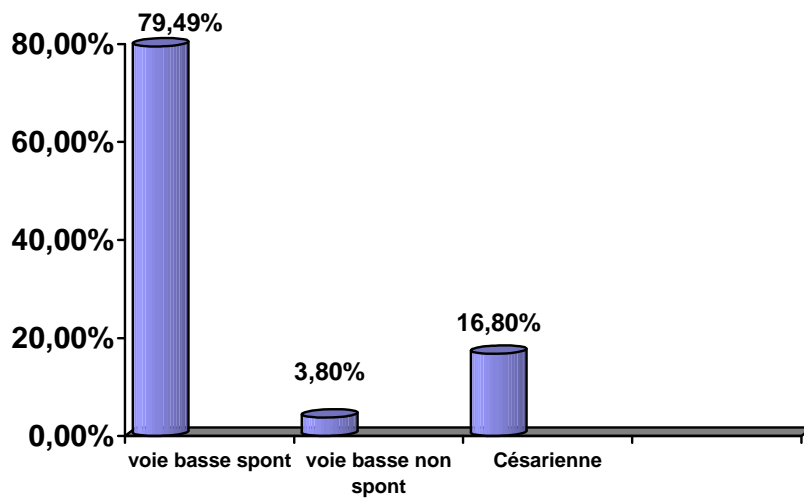
Zones du partogramme	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Avant la ligne d'alerte	183 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	183 (69,85%)
Sur la ligne d'alerte	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	11 (4,20%)
Entre les deux lignes	17 (27%)	7 (11,1%)	39 (61,9%)	63 (24,05%)
Après la ligne d'action	0 (0%)	1 (20%)	4 (80%)	5 (1,90%)
TOTAL	208 (79,4%)	10 (3,8%)	44 (16,8)	262 (100%)

Délai de prise en charge



Graphique N°2 : Répartition des parturientes césarisées en fonction du délai de prise en charge après adoption du partogramme.

Voies d'accouchement



Graphique N°3 : Répartition des parturientes en fonction des voies d'accouchement.

Tableau XX : Répartition des nouveaux nés selon le score d'APGAR à la naissance à la 1^{ère} minute.

APGAR	NOMBRE	FREQUENCE
A = 0	19	7,3 %
A= [1-4]	3	1,1 %
A = [5-7]	43	16,4 %
A= ≥ 8	197	75,2 %
TOTAL	262	100,0 %

Les nouveaux nés vigoureux ont représenté 75,2 % contre 17,5% pour les nouveaux nés morbides.

Tableau XXI: Répartition des nouveaux nés selon le score d'APGAR à la naissance à la 5^{ème} minute.

APGAR	NOMBRE	FREQUENCE
A = 0	19	7,3 %
A= [1-4]	1	0,3 %
A = [5-7]	5	1,9 %
A= ≥ 8	237	90,5 %
TOTAL	262	100,0 %

Tableau XXII : Répartition des nouveaux nés en fonction de la mortinatalité.

MORT FOETALE	NOMBRE	FREQUENCE	TOTAL
OUI	19	7,3 %	19
NON	243	92,7 %	243
TOTAL	262	100,0 %	262

Le taux de mortinatalité a représenté 7,3%.

Tableau XXIII : Répartition des morts nés en fonction de l'aspect du nouveau né à la naissance.

ETAT DU NOUVEAU NE	NOMBRE	FREQUENCE	TOTAL
Intact	8	42,1%	8
Macéré	11	57,9 %	11
TOTAL	19	100 %	19

Les morts nés macérés ont représenté 57,9%

.Tableau XXIV : Décès intra – partum.

BDCF PERCU A L'ADMISSION	NOMBRE	FREQUENCE	TOTAL
OUI	3	37,5 %	3
NON	5	62,5 %	5
TOTAL	8	100 %	8

Parmi les morts nés intacts, les BDCF ont été perçus à l'admission dans 37,5 %.

Tableau XXV: Relation entre la durée du travail et la mortinatalité.

MORT FOETALE	OUI	NON	TOTAL
DUREE DU TRAVAIL			
≤ 12 heures	1	120	121
] 12 – 24 heures]	5	67	72
> 24 heures	13	4	17
TOTAL	19	191	210

$$P = 0,0000044 \quad OR = 0,04[0,00-0,24]$$

Sur les 262 accouchements, il y'a eu 52 cas où la durée du travail était indéterminée. Il y a eu 13 cas de morts nés pour des parturientes qui avaient une durée du travail supérieure à 24 heures et 1 cas de mort né pour une durée de travail ≤ à 12 heures et 5 cas pour une durée comprise entre 12 et 24h.

Tableau XXVI : Corrélation entre mortinatalité et mode d'admission.

MODE D'ADMISSION	REFEREE	EVACUEE	VENUE D'ELLE-MEME	TOTAL
MORT FOETALE				
OUI	2	12	5	19
NON	3	51	189	243
TOTAL	5	63	194	262

Tableau XXVII: Relation entre mortinatalité et courbe de dilatation.

COURBE DE DILATATION	AVANT LA LIGNE D'ALERTE	SUR LA LIGNE D'ALERTE	ENTRE LES DEUX LIGNES	APRES LA LIGNE D'ACTION	TOTAL
MORT FOETALE					
OUI	10	1	7	1	19
NON	173	10	56	4	243
TOTAL	183	11	63	5	262

P = 0,54

OR = 0,70 [0,09-32,8]

Tableau XXVIII : Relation entre délai de prise en charge en cas de césarienne et la mortinatalité.

MORT FCETALE	OUI	NON	TOTAL
DELAI DE PRISE EN CHARGE			
≤ 30 min	0	17	17
] 30 – 60 min]	2	17	19
> 60 min	3	5	8
TOTAL	5	39	44

P = 0, 074

OR = 0, 00 [0, 00-I, 64]

V / IMPACT DE L'INTRODUCTION DU PARTOGRAMME SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE FOETO - MATERNELLE A LA MATERNITE DU CSREF DE KOULIKORO.

1 / RESULTAT AVANT ET APRES INTRODUCTION DU PARTOGRAMME

Tableau XXIX: Répartition des parturientes en fonction de la létalité maternelle

	PERIODE			
	AVANT (1991)		APRES (2006-2007)	
DECES MATERNEL	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
Oui	13	1,4	2	0,8 %
Non	894	98,6	260	99,8 %
TOTAL	907	100	262	100

Taux de mortalité maternelle.

Avant introduction du partogramme = 1433/100000 naissances vivantes.

Après introduction du partogramme = 763/100000 naissances vivantes.

P=0,311 OR= 1,89[0,42-17,35]

Tableau XXX: Répartition des nouveaux nés en fonction de la mortinatalité.

	PERIODE			
	AVANT (1991)		APRES (2006-2007)	
Mort fœtale	Effectif	%	Effectif	%
Oui	55	6,1	19	7,3 %
Non	852	93,9	243	92,7 %
TOTAL	907	100	262	100

Taux de mortinatalité.

Avant introduction du partogramme = 61 p.1000.

Après introduction du partogramme =73p.1000.

P=0,486 OR= 0,83[0,47-1,50]

Tableau XXXI: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement.

	PERIODE			
	AVANT (1991)		APRES (2006-2007)	
Voie d'accouchement	Effectif	%	Effectif	%
Voie basse spontanée	882	97,2	366	56,2
Voie basse non spontanée (ventouse)	20	2,3	10	1,5
Césarienne	5	0,5	275	42,3
TOTAL	907	100	651	100

P = 10⁻⁷ OR = 27,47[17,41-43,8]

VI/ ENTREVUE AVEC LES PRESTATAIRES :

Tableau XXXII : Répartition selon les décisions prises par les sages femmes en cas de franchissement de la ligne d'alerte. (N = 7=total sage femme)

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Contrôle plus accru des paramètres	7	100
Rupture artificielle des membranes	6	85,7
Administration de butyl hyoscine	3	42,8
Evacuer la parturiente vers un centre de référence	7	100
Perfusion d'ocytocine	4	57,1

Tableau XXXIII : Répartition selon les décisions prises par les infirmières obstétriciennes en cas de franchissement de la ligne d'alerte. N = 3

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Contrôle plus accru des paramètres	3	100
Rupture artificielle des membranes	3	100
Administration de butyl hyoscine	3	100
Evacuer la parturiente vers un centre de référence	3	100
Perfusion d'ocytocine	0	0

Tableau XXXIV: Répartition selon les décisions prises par les matrones en cas de franchissement de la ligne d'alerte. N = 15.

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Contrôle plus accru des paramètres	15	100
Rupture artificielle des membranes	11	73,3
Administration de butyl hyoscine	10	66,6
Evacuer la parturiente vers un centre de référence	15	100
Perfusion d'ocytocine	0	0

Tableau XXXV : Répartition selon les décisions prises par les sages femmes en cas de franchissement de la ligne d'action. (N = 7= total sage femme)

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Doit toujours survenir dans un centre de référence	7	100
Evacuation ou référence de la parturiente	6	85,7
Contrôle plus accru des paramètres	7	100
Accélérer le travail et le terminer le plus tôt possible	7	100

Tableau XXXVI : Répartition selon les décisions prises par les infirmières obstétriciennes en cas de franchissement de la ligne d'action. N = 3.

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Doit toujours survenir dans un centre de référence	3	100
Evacuation ou référence de la parturiente	2	66,6
Contrôle plus accru des paramètres.	3	100
Accélérer le travail et le terminer le plus tôt possible	3	100

Tableau XXXVII : Répartition selon les décisions prises par les matrones en cas de franchissement de la ligne d'action. N = 15.

TYPE DE DECISION	EFFECTIF	%
Doit toujours survenir dans un centre de référence	15	100
Evacuation ou référence de la parturiente	14	93,3
Contrôle plus accru des paramètres	15	100
Accélérer le travail et le terminer le plus tôt possible	15	100

Tableau XXXVIII : Répartition selon les signes qui motiveraient l'évacuation ou la référence d'une parturiente par les prestataires.

N = 25(nombre total de prestataires)

TYPE DE SIGNES EVOQUES	NOMBRE DE REpondANTS	FREQUENCE
Hémorragie	25	100 %
Convulsion	25	100 %
Durée d'expulsion > 45 min	23	92 %
Membrane rompue depuis 24 h	25	100 %

Tableau XXXIX : Répartition des signes qui motiveraient l'évacuation d'une accouchée récente par les prestataires. N= 25.

TYPE DE SIGNES EVOQUES	NOMBRE DE REpondANTS	FREQUENCE
Hémorragie	22	88 %
Convulsion	22	88 %
Durée de la délivrance > 30 min	20	80 %
Echec de la délivrance artificielle.	23	92 %

Tableau XXXX: Répartition selon les signes qui motiveraient l'évacuation ou la référence d'un nouveau né par les prestataires. N=25.

TYPE DE SIGNES EVOQUES	NOMBRE DEREpondANTS	FREQUENCE
NNE malformé	25	100 %
NNE prématuré	25	100 %
NNE réanimé pendant 15mn	23	92 %
NNE hyperthermique	24	96 %
NNE hypothermique	23	92 %

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I/ FREQUENCE D'UTILISATION DU PARTOGRAMME

L'utilisation du partogramme a été effective à 100% au centre de santé de référence de Koulikoro et à la clinique privée. Dans les deux CSCOM, nous avons constaté une interruption de son utilisation. Les fréquences d'utilisation du partogramme à ces niveaux à été de 91,8% et 90%. Cette interruption était liée surtout à une rupture de stock de fiches de partogramme (**Tableau I**).

II. PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

1. L'âge.

Les parturientes qui ont un âge optimal pour la procréation (20-39 ans) représentaient 69,5%, alors que celles aux âges extrêmes de la vie qui constituent un risque pour la gravidité représentaient 30,1% (tableau II)

2. Mode d'admission

Dans notre série, l'évacuation des parturientes a représenté 24% contre 2% pour la référence et 74% des parturientes sont venues d'elles même. L'évacuation a été le mode d'admission le plus souvent associé à la survenue de mort né.

4. Facteurs de risque

L'HTA a été le facteur de risque le plus retrouvé dans notre série avec une prévalence de 24,4%. Nous l'avons le plus souvent retrouvé comme cause d'évacuation et de mortinatalité.

Les autres facteurs de risque ont été : L'anémie (3,4%), les nullipares qui boitent (3,4%), la taille < à 1,50m (2,3%), perte des eaux 24heures avant le début du travail (2,3%) dont l'ensemble représente 23,2%. Les ATCD de césarienne (18,7%), dernier accouchement de mort né (14%), grandes multipares (10,4%) et la toxémie gravidique (9,3%) figure N°1

III/ LA QUALITE DU REMPLISSAGE DU PARTOGRAMME

A la maternité du CSRéf de Koulikoro, Sur une période de six mois (du 1er juin au 30 novembre 2006) nous avons enregistré au total 339 accouchements tous surveillés à l'aide du partogramme. Ont été retenues pour l'étude 180 fiches de partogrammes via les critères d'inclusion, parmi lesquelles 101 étaient mal remplies soit une prévalence de 56,1%**(tableau VIII et IX).**

Dans les deux CSCOM et à la clinique privée, nous avons enregistré 258 accouchements pendant la période allant du 1^{er} décembre 2006 au 31 Août 2007. Ont été retenues pour l'étude 82 fiches de partogrammes parmi lesquelles 41 étaient mal remplies soit une prévalence de 50 %. A la clinique privée 54,6 % des partogrammes ont été incorrectement remplis et 51,6 % l'ont été au CSCOM de Koulikoroba contre 44,9 % au CSCOM de Kalebougou **(tableau IX).**

Ainsi il y'a eu 52,9 % de partogramme incorrectement remplis par les sages 66,7% l'ont été par les infirmières obstétriciennes contre 53,2 % par les matrones. Dans ces structures, l'étude révèle que ce sont les matrones qui n'ont pas reçu de formation adéquate en matière d'utilisation du partogramme qui font la plupart des accouchements avec une prévalence de 53, 8% et cela s'explique par le fait que ces matrones assurent la garde la plupart des temps seules ou avec les sages femmes qui les assistent parfois au moment de l'accouchement **(tableau X).**

$\text{Khi}^2 = 0,018$ $P = 0,959$

Notre taux de partogramme incorrectement remplis (54,2%) est supérieur à celui de KANTE.M [21] qui a trouvé 16,85 % pour 712 partogrammes remplis à la maternité de l'hôpital national du point G et de BATUNGWANAYO. C et COLL [3] qui ont trouvé 13 % à la maternité de Kabgayi au Rwanda.

$P=10^{-6}$ $\text{OR}=0,16[0,11-0,23].$

Les erreurs de remplissage les plus fréquemment rencontrées ont été :

- Les partogrammes incomplètement remplis : 76,1 %
- Les BDCF identiques à tous les examens : 7,1 %
- Mauvaise appréciation de la dilatation : 6,3 %
- La mauvaise appréciation de l'engagement : 4,2 %
- Le point qui marque le degré de dilatation ne correspond pas avec l'heure : 3,5%
- Contrôle non régulier des paramètres obstétricaux 2,8% (**tableau XI**).

Dans notre étude la qualité du remplissage a été associée à la qualification du prestataire. Il ressort de cette association que la qualification du prestataire n'influe pas significativement sur la qualité du remplissage.

OR= 2,50[0,74-9,75] P =0,364

Dans ces différentes structures, la qualité du remplissage n'est pas corrélée au :

Niveau de soins : Le risque pour un partogramme d'être incorrectement rempli est presque identique au niveau des CSCOM et clinique qu'au niveau du CSREF. Nous pouvons expliquer cela par le fait qu'il y'a plus d'accouchements effectués par les matrones que par les sages femmes au niveau CSRéf. C'est ainsi que sur les 82 fiches de partogrammes remplies dans les 2 CSCOM et la clinique privée, 50 % étaient incorrectement remplies (31,3% de l'ensemble des partogrammes), contrairement au CSREF où nous avons identifié 56,11 % de partogrammes mal remplis (68,7% de l'ensemble des partogrammes) **tableau IX**.

La comparaison de la qualité du remplissage entre les partogrammes remplis dans les maternités des CSCOM et clinique montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative.

.OR= 0,76[0,24-2,36] p=0,76.

Profil du prestataire : Il a été aussi associé à la qualité du remplissage.

Nous pouvons dire en comparant les partogrammes correctement et incorrectement remplis que le profil du prestataire n'influe pas assez sur la qualité du remplissage ; nous avons enregistré 52,9% de partogrammes incorrectement remplis par les sages femmes contre 66,7% par les infirmières obstétriciennes et 53,2% par les matrones (**tableau X**); elle s'explique du fait que la quasi-totalité des accouchements sont assistés par les matrones (**tableau XIII et XVI**).

IV/ IMPACT DE L'INTRODUCTION DU PARTOGRAMME SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE FOETO-MATERNELLE A LA MATERNITE DU CSREF DE KOULIKORO

1- LA MORTALITE MATERNELLE.

Tableau XXXXI : Fréquence de la mortalité maternelle en fonction des pays avant et après l'introduction du partogramme.

PAYS	AUTEURS	ETUDE	ANNEE	FREQUENCE DE LA MORTALITE MATERNELLE	
				AVANT	APRES
Rwanda	BATUNGWANAY.C et COLL	Maternité	1995	524	254
Mali	BAMBA. M	Maternité	1998	207	131
Mali	KANTE. M	Hôpital	1999	2.076	338
Mali	Notre étude	CSREF	2006-2007	1433,3	763

NB : Exprimé pour 100000 naissances vivantes.

Dans notre série, le taux de mortalité maternelle avant introduction du partogramme comparé à celui d'après montre une baisse du taux de décès maternel. Il ressort du tableau que nos taux sont supérieurs à ceux d'autres auteurs. C'est ainsi que BAMBA. M [4] et BATUNGWANAO.C et COLL [3]

trouvent respectivement 207 et 131/100000 naissances vivantes ; 524 et 254/100000 naissances vivantes pendant les deux périodes.

Dans notre série, les décès maternels observés étaient dus à l'anémie que nous n'avons pas pu corriger à cause du manque de donneur de sang et de l'indisponibilité de sang à la banque de sang.

Malgré notre taux élevé de décès maternel, comparé au taux d'avant l'introduction du partogramme, il est indéniable que les chiffres sont beaucoup plus bas.

Ce taux élevé de mortalité maternelle dans notre série s'explique par le fait que le CSREF de Koulikoro avant adoption du partogramme ne prenait presque pas en charge les cas de complications obstétricales.

Avant adoption du partogramme le centre n'était pas érigé en CSRéf ; les parturientes étaient évacuées sur Bamako pour meilleure prise en charge, contrairement à ce qu'on constate pendant notre étude où presque toutes les complications obstétricales sont gérées au niveau du centre, cela grâce à la disponibilité d'un gynécologue obstétricien et du plateau technique chirurgical.

2 / LA MORBIDITE NEONATALE

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau né ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 comme pour DAILLAND et TRAZIER cité par BERTHE. Y [5]. Un nouveau né ayant un score d'APGAR \geq à 8 est vigoureux. Dans notre étude, ce taux de morbidité a représenté 17,5 après introduction du partogramme (**Tableau XX**).

Avant adoption du partogramme, ces données sont restées sans information car elles n'étaient pas mentionnées dans le registre d'accouchement.

Notre taux de morbidité comparé à celui d'autres auteurs après introduction du partogramme est plus faible.

Ainsi YATTASSAYE. A [44] à l'Hôpital Gabriel TOURE et COULIBALY. AF [8] à l'Hôpital national du point G trouvaient respectivement 51% et 20,51% de taux de morbidité néonatale.

3 / LA MORTINATALITE.

Dans notre série, nous avons identifié 19 morts nés soit 7,3 % associables aux partogrammes retenus pour l'étude. Les morts nés macérés ont représenté 57,9% de l'ensemble des morts nés; ces morts fœtales sont survenues chez les fœtus des parturientes hypertendues (**Tableau XXII et XXIII**). Les disproportions foeto-pelviennes et souffrances fœtales ont été également cause de mortinatalité dans cinq cas sur dix neuf. Cette mortinatalité peut se justifier par le retard de transfert entre le 1^{er} et le 2^{ème} niveau de soins.

Ce taux de mortinatalité est largement inférieur à celui rapporté par MACALOU [28] 31,44% et THIERO [41] 37,5% ainsi que par DIARRA. B [10] et SANGARE. M [37] (34) qui ont eu respectivement 16,3% et 17%.

Tableau XXXXII : Fréquence de la mortinatalité en fonction des pays avant et après introduction du partogramme.

PAYS	AUTEURS	ANNEE	FREQUENCE DE LA MORTINATALITE	
			AVANT ‰	APRES ‰
OMS	Essai de l'OMS	1994	5,0	3,0
Rwanda	Batungwanayo.C et COLL	1995	65,0	38,0
Mali	BAMBA.M	1998	33,0	17,0
Zimbabwe	Phil Pott. RH	1972	58,0	6,0
Malawi	Kwast. BE	1973	53,0	38,0
Mali	KANTE. M	1999	90	70
Mali	Notre série	2006- 2007	61	73

Notre taux de mortinatalité avant l'introduction du partogramme comparé à celui d'après, montre une légère augmentation. Il est passé de 61 à 73p.1000 naissances vivantes. Cette augmentation du taux de mortinatalité s'explique de façon générale par :

- Le retard de transfert des parturientes depuis les domiciles jusqu'au niveau CSREF via les CSCOM ce qui fait que selon le motif d'évacuation, le pronostic foetal reste très souvent sombre.
- La prise en charge des cas de complications obstétricales par le CSREF qui, autrefois avant adoption du partogramme évacuait ses parturientes à Bamako.

Tous ces facteurs pourraient expliquer l'accroissement du taux de mortinatalité au CSREF de Koulikoro.

Confronté aux données de la littérature, nous remarquons que nos taux sont largement supérieurs à ceux d'autres auteurs. C'est ainsi que Phil pott. RH et COLL [33] ; Kwast .BE [25] ont vu respectivement leurs taux diminués de 58 à 6 p.1000 naissances vivantes et de 53 à 38 p.1000 naissances vivantes après introduction du partogramme. Le taux le plus bas a été observé lors de l'essai de l'OMS où il est passé de 5 à 3 p.1000 naissances vivante

Tableau XXXXIII : Fréquence de la mortinatalité en fonction des pays.

PAYS	AUTEURS	ANNEE	FREQUENCES	ETUDE
Sénégal	CISSE.CT et COLL	1996	92‰	Hôpital
Guinée Conakry	DIALLO.M et COLL	1992- 1993	30,37‰	Conakry
Zaïre	KALANGA.MK et COLL	1992	30,80‰	Maternité
Brésil	FERRAZ.EM	1989	27,2‰	Hôpital
France	BLONDEL.B et COLL	1985	17,1‰	
Mali	KATILE.M	1999	93,3 ‰	Hôpital
Mali	KANTE.M	1999	70‰	Hôpital
Mali	DIARRA.B	2005- 2006	163‰	CSREF Koulikoro
Mali	Notre étude	2006- 2007	73 ‰	CSREF Koulikoro

Notre taux de 73.p 1000 est inférieur à ceux de CISSE.CT et COLL [7] ; de KATILE.M [22] et de DIARRA.B [10] qui ont trouvé respectivement 92‰ 93,3‰ et 163‰. Il est supérieur à celui de KALAGA.MT [20] .Il est à signaler ici que le taux a baissé de 163 ‰ à 73 ‰ au CSREF de Koulikoro entre 2005 et 2007.

La relative grande fréquence observée dans notre étude par rapport aux fréquences du tableau ci-dessus s'explique par plusieurs raisons :

- Le retard dans la référence entre le 1^{er} et le 2^{ème} niveau.
- En effet notre étude est relative à un milieu semi hospitalier. Le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF de Koulikoro est le sommet d'une pyramide gynéco -obstétricale recevant les femmes évacuées très souvent dans un mauvais état général des centres de santé périphérique du district de Koulikoro et d'autres aires sanitaires de la région.

-Le manque d'infrastructure adéquat tant au niveau d'évacuation qu'au lieu de référence. Et pourtant de nombreuses actions ont été menées en amont pour améliorer les indicateurs de la santé materno-infantile : priorisation de la santé maternelle et infantile dans les déclarations de politique sectorielle de santé et de population respectivement en 1990 et en 1991 ; décision d'extension de couverture surtout aux structures de 1^{er} niveau avec définition du paquet minimum d'activité en accordant la première place à la santé maternelle et infantile, organisation du système de référence évacuation avec la périnatalité (urgence obstétricale) comme porte d'entrée.

Ainsi, pour aboutir à un résultat globalement satisfaisant, le système de santé devrait être considéré de façon globale sans distinction de niveau.

Dans notre étude, la mortalité a été corrélée à des événements comme :

-La durée du travail :

Une des raisons fondamentales de l'utilisation du partogramme est d'apprécier la durée du travail qui est un facteur déterminant dans le pronostic foeto-maternel de l'accouchement. En effet plus le travail dure, plus le pronostic de l'accouchement est mauvais. Dans notre étude, avec l'introduction du partogramme 46,18 % des parturientes ont fait moins de 12 heures en salle de travail et 6,49 % ont fait plus de 24 heures.

La mortalité foetale a été le plus souvent rencontrée chez les parturientes ayant fait plus de 24 heures en salle de travail soit 68,4% que chez les parturientes ayant fait moins de 12 heures en salle soit 5,26 % (**Tableau XXV**). $P = 0,000044$ $OR = 0,04 [0,00-0,24]$.

La durée du travail a été associée à la parité: Il ressort de cette association que 42,5% de primipares ont mis moins de 12 heures en salle de travail contre 48,2% de multipares (**tableau XVI**).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que le début du travail n'est pas très souvent connu de façon précise à l'admission de la parturiente.

-Le mode d'admission : Il a une influence sur la mortalité.

L'évacuation est le mode d'admission le plus souvent associé à la survenue de mort né .Dans notre série, nous avons enregistré 19,04% de morts nés issus des parturientes évacuées contre 2,5% de morts nés des parturientes ayant accouché normalement (**Tableau XXVI**).

-Le délai de prise en charge :

Après une décision de césarienne : il est également lié à la mortalité fœtale. La comparaison entre les parturientes ayant fait moins de 60 minutes et celles ayant attendu plus de 60 minutes avant d'être césarisées montre que ce délai est un facteur de risque de décès fœtal.

Ainsi, le fœtus d'une parturiente ayant attendu plus de 60 minutes courait plus de risque de naître mort que le fœtus d'une parturiente ayant fait moins d'une heure. $P = 0,074$ $OR = 0,00 [0,00-1,64]$

4 / LE MODE D'ACCOUCHEMENT

4-1 La voie basse spontanée :

Dans notre série, la plus fréquente est la voie basse spontanée avec une prévalence de 79,4 %. Ce taux est plus élevé que celui rapporté par KANTE.M [21] qui a eu 74,1 % à l'Hôpital national du point G. Des fréquences de l'accouchement par voie basse spontanée relativement plus importantes sont rapportées ailleurs par BAMBA.M [4] à la maternité du quartier Mali et BATUNGWANAYO.C et COLL [3] à Kabgayi au Rwanda avec respectivement des taux à 97,3 % et 84 %.

La fréquence des accouchements dirigés par la perfusion d'ocytocine dans notre série est de 3,8 %, légèrement plus élevé que celui rapporté par KANTE.M [21] 2,9 %.

4-2 La césarienne :

Dans notre série, le taux de césarienne a été de 16,8 %.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que les fréquences sont très élevées, qu'il y'aurait même des indications abusives, des césariennes inutiles et qu'il faut une nécessaire prise de conscience de la part des obstétriciens.

Tableau XXXXIV : Fréquence de la césarienne en fonction des pays avant et après adoption du partogramme.

PAYS	AUTEURS	ANNEE	FREQUENCE DE LA CESARIENNE	
			AVANT	APRES
Zimbabwe	Philpott. RH	1972	9,9 %	2,6 %
Malawi	Kwast.BE	1973	12,2 %	9 %
Indonésie Malaisie	Essai de l'OMS	1994	5,2 %	3,7 %
Thaïlande				
Mali	Kanté.M	1999	10,5 %	23 %
Mali	Notre série	2006-2007	0,5 %	16,8 %

Il ressort ici que la fréquence de la césarienne s'est élevée de façon significative dans notre étude après l'utilisation du partogramme. L'évolution s'est faite vers une augmentation du taux qui est passé de 0,5 % à 16,8 %.

Cette augmentation se justifie par la fonctionnalité du système de référence/évacuation, la disponibilité d'un gynécologue obstétricien et du plateau technique chirurgical ainsi que par la gratuité de la césarienne.

Tableau XXXXV : Répartition de la fréquence des accouchements par césarienne en fonction des pays.

PAYS	AUTEURS	ANNEES	FREQUENCES
Cameroun	Kouan et COLL	1991	7,7 %
Côte d'ivoire	Bouvier+	1993	1,5 % ++
Mauritanie	Bouvier+	1993	0,7 %++
Niger	Bouvier+	1993	2,1 % ++
Rwanda	Batoungwana.C et COLL	1995	5 %
France	Tissot et COLL	1996	40 %
Guinée	Camara.Y	1998	17,5 % +++
Mali	Bamba.M	1998	2,5 %
Mali	Kanté.M	1999	23,3 %
Sénégal	Gaye.A	2000	6,7 %
Burkina Faso	Ouedrago.C	2000	21,6 %+++
Bénin	Selomé.AF (7)	2001	22,4 %+++
Mali	Cissé.B (46)	2001	8 % +++
Nigeria	Ezegwui (87)	2004	20,4 %
Mali	Koné.A (121)	2005	21,3 %
Mali	Coulibaly.H	2005	4,5 %
Mali	Notre série	2006-2007	16,8 %

Notre taux de césarienne de 16,8 % est supérieur à ceux retrouvés par COULIBALY.H [9] CISSE.B [6], BAMBA.M [4] avec respectivement 4,5%, 8 %, 2,5 % et inférieur à ceux de Kanté .M [21] ; et de Koné. A [24] avec respectivement 23,3 % et 21,03 %.

4-3 Les manœuvres instrumentales :

Nous pouvons citer la ventouse qui a été indiquée pendant notre étude contrairement au forceps qui l'a été avant adoption du partogramme. Les fréquences comparées montrent une légère augmentation. Elle est passée de 0,8% (7/907) pour le forceps à 3,8 % (10/262) pour la ventouse.

Tableau XXXXVI : Sensibilité et spécificité de la ligne d'alerte pour identifier les accouchements dystociques (accouchement par instrument et césarienne).

ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE	OUI	NON	TOTAL
LIGNE D'ALERTE ATTEINTE OU FRANCHIE			
OUI	49	25	74
NON	5	183	188
TOTAL	54	208	262

Ce tableau nous montre la sensibilité de la ligne d'alerte. 49 accouchements dystociques sur 54 a pu être identifié par l'utilisation du partogramme.

Notre taux de dystocie a été de 20,6%. Sur 54 accouchements dystociques, nous n'avons enregistré aucun avant la ligne d'alerte (tableau XIX).

Le même tableau nous montre que le pourcentage des accouchements dystociques augmente quand la ligne d'alerte est franchie avec respectivement 0% avant la ligne d'alerte ; 73% entre les deux lignes et 100% lorsque l'accouchement a eu lieu après la ligne d'action.

Tableau XXXXVII: Sensibilité et spécificité de la ligne d'action pour identifier les accouchements dystociques (accouchement par instrument et césarienne).

ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE	OUI	NON	TOTAL
LIGNE D'ACTION ATTEINTE OU FRANCHIE			
OUI	5	0	5
NON	49	208	257
TOTAL	54	208	262

Sur 5 cas de franchissement de la ligne d'action, nous avons enregistré 5 accouchements dystociques (césarienne). Notre ligne d'action a été sensible à 100%.

VI. ENTREVUE AVEC LES PRESTATAIRES

Au cours de l'étude, nous avons interrogé 25 prestataires dont 7 sages femmes, 3 infirmières obstétriciennes et 15 matrones sur la prise en charge d'une parturiente avec l'aide du partogramme.

A la question quelles décisions prendre en cas de franchissement de la ligne d'alerte, toutes les sages femmes interrogées ont répondu qu'il faut identifier et corriger l'anomalie du travail responsable de ce retard si la parturiente se trouve dans un milieu chirurgical et qu'il faut référer la parturiente si elle se trouve dans un centre sans plateau technique (CSCOM, CLINIQUE).

Quatre sages femmes sur sept disent qu'il faut redémarrer la dynamique utérine par la perfusion d'ocytocine (**Tableau XXXII**).

Cette tendance est observée chez les infirmières obstétriciennes et les matrones qui ont répondu qu'il faut faire une référence à un niveau supérieur de prise en charge (**Tableau XXXIII et XXXIV**).

Quant au franchissement de la ligne d'action par la courbe de dilatation cervicale, toutes les sages femmes trouvent que cela devrait toujours survenir dans un milieu chirurgical et qu'il faudrait accélérer et terminer le travail d'accouchement le plus tôt possible (**tableau XXXV**).

les infirmières obstétriciennes et matrones ont approuvé les mêmes idées dans le **tableau XXXVI et XXXVII**.

Les différentes décisions évoquées par les prestataires quand la courbe de dilatation cervicale franchit la ligne d'alerte et/ ou d'action répondent aux principes de l'utilisation du partogramme.

L'utilisation du partogramme diffère selon les niveaux de soins. A la périphérie, l'essentiel pour la ligne d'alerte est de signaler le plus tôt possible l'allongement probable du travail et la nécessité de transporter la parturiente dans un centre de référence. Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe à droite de la ligne d'alerte sert à attirer l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre des décisions concernant la conduite de l'accouchement.

A la question quels sont les signes qui feraient évacuer ou référer une parturiente ou une accouchée récente, 88 % des prestataires désignent l'hémorragie, la convulsion ; 80 % désignent la durée de la délivrance > à 30 min, 92 % parlent de la rétention placentaire chez une accouchée ressentie; 92 % des prestataires désignent les hémorragies, les convulsions, la durée de l'expulsion > à 45 min, la rupture des membranes depuis 24h chez une parturiente. (**tableau XXXVIII et XXXIX**).

Quant aux signes qui motiveraient l'évacuation d'un nouveau né, toutes les prestataires ont désigné les nouveaux nés malformés, les nouveaux nés

hyperthermiques ; 92 % des prestataires désignent les nouveaux nés réanimés pendant 15 min et les nouveaux nés hypothermiques (**tableau XXXX**).

A travers ces entrevues, nous pouvons déduire que théoriquement, ces prestataires connaissent les principes du partogramme.

VII /DIFFICULTES RENCONTREES:

- La durée du travail avant introduction du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de Koulikoro n'a pu être déterminée. Cela était dû au fait que les heures de début du travail n'étaient pas marquées dans les registres d'accouchement.
- Le transfert de la parturiente pendant le travail et le score d'Apgar sont sans information: s'explique par le fait qu'il n'y a pas de partie réservée à cet effet dans le registre d'accouchement.

CONCLUSION/RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Véritable outil pédagogique, médico-légal, prévisionnel et décisionnel, le partogramme est conçu de manière à pouvoir être utilisé en tous lieux et ne doit pas être considéré comme un registre statique mais comme un moyen dynamique de suivi de l'évolution du travail d'accouchement. Cependant sa fonction diffère selon le niveau de soins. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avoir une alerte la plus précoce possible afin de pouvoir transporter la patiente à l'Hôpital recours. Dans le cadre hospitalier, l'évaluation méthodique et permanente permet une vigilance accrue et donc une décision action appropriée, aussi bien sur le versant fœtal que le versant maternel.

En somme au terme de notre étude qui s'est déroulée au CSREF de Koulikoro et de certaines formations sanitaires (CSCOM et clinique) de la ville de Koulikoro, nous avons interrogé 4 responsables de maternité, 25 prestataires et évalué la qualité du remplissage de 262 partogrammes.

Il ressort de cette étude que :

-Le taux d'utilisation du partogramme est de 100% au CSREF de Koulikoro et à la clinique privée.

-Toutes les prestataires interrogées trouvent qu'il faut être vigilant quand le tracé de la courbe de dilatation cervicale passe à droite de la ligne d'alerte et qu'il fallait évacuer la parturiente si elle se trouve dans un centre sans plateau technique.

-Les hémorragies au cours du travail ont été désignées comme motif d'évacuation selon 92 % soit (23/25) des prestataires.

-79 partogrammes soit 43,9 % étaient correctement remplis au niveau de la maternité du CSREF et 41 partogrammes soit 50 % dans les maternités au niveau CSCOM et clinique.

-Le taux de mortalité maternelle a diminué, passant de 1433 à 763 pour 100000 naissances vivantes. Cependant, la mortalité reste élevée, elle est passée de 61 à 73 pour 1000 naissances.

-La fréquence de la césarienne dans notre série a augmenté, passant de 0,5 à 16,8 %.

-Les résultats obtenus nous confortent dans l'idée que l'utilisation du partogramme améliore la surveillance de l'accouchement et confirme que cet outil peut contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité périnatale et maternelle.

RECOMMANDATIONS :

A la lumière de nos résultats, nous avons formulé les recommandations suivantes :

1. AUX AUTORITES

-Rendre toujours opérationnel le système de référence évacuation dans tout le pays.

-Assurer régulièrement la fourniture en partogramme des centres de santé par les gestionnaires.

-Mener des actions de recyclage du personnel sur l'utilisation du partogramme.

-Trouver un système de motivation des prestataires : par exemple une possibilité de bourse d'étude ou de stage.

-Faire appuyer les gardes dans les CSCOM par les sages femmes.

-Doter tous les CSCOM (1^{er} niveau) d'un médecin généraliste avec compétence gynéco obstétrique et d'une sage femme.

- Doter chaque centre de référence d'un gynécologue obstétricien.
- Equiper les centres de santé d'un minimum de matériel pour mener une bonne consultation prénatale d'une part et d'autre part d'un minimum de matériel de réanimation.
- Améliorer le réseau routier et le parc automobile permettant d'évacuer les parturientes dans des meilleures conditions.

2. AUX PRESTATAIRES DE SERVICE DE SANTE

- Mettre tout en œuvre pour que la prise en charge de la parturiente soit faite de façon rigoureuse, consciente et responsable dans de meilleurs délais pour qu'aucune femme ne décède au cours du travail.
- Améliorer la qualité des consultations prénatales dont le but est de prévenir les complications de la grossesse et l'accouchement.
- Sensibiliser les femmes enceintes au cours des CPN pour qu'elles accouchent dans les centres de santé.
- Utiliser systématiquement le partogramme pour toutes les femmes admises en travail.
- Tenir correctement les dossiers obstétricaux.
- Organiser des staffs quotidiens ou hebdomadaires pour la correction des dossiers.

3. A LA POPULATION

-Encourager les femmes enceintes à venir toujours dans les centres de santé pour les consultations curatives et préventives.

-Utiliser autant que possible des méthodes de communication (comités sanitaires locales, les radios, les groupes confessionnels etc.....) pour faire passer le message aux communautés et leur expliquer que tout retard dans le travail d'accouchement peut être source de complications pour la mère comme pour l'enfant et qu'il ne faut pas tarder à demander de l'aide dans les 12 heures qui suivent le début du travail.

-Persuader les accoucheuses traditionnelles d'orienter les femmes en travail vers un autre niveau de soins au plus tard 12 heures après que ces femmes se soient adressées à elles.

REFERENCES

1- Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris:ANDEM; 1994.

2- 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. Paris: ANAES; 2000.contact. Près. Danaes. Fr.

3- Batungwanayo C.; Dujardin B.; Questaux G.; Dusabemaria B.

Résultat de l'introduction du partogramme à l'Hôpital de Kabgayi (Rwanda)
Médecine d'Afrique Noire 1995 pp 628-635.

4- Bamba M: Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V de 1994 à 1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas. Thèse Médecine Bamako 1998 N°52.

5- Berthé Y : Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de gynécologie obstétrique du CHU de Bouaké en un an. Thèse de Médecine Abidjan 1992.

6- Cissé B. Césarienne : Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications postopératoires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.Thèse Médecine : Bamako, 2002-65p-27.

7- Cissé C.T ; Marthin S.L. ; Mgommas J. ; Mendès V. ; Diadhou F.

Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar. Situation actuelle et tendance évolutive entre 1984 et 1994. Médecine d'Afrique Noire 1996,43(5)254-258.

- 8- Coulibaly A.F :** Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études cas clinique. Thèse Médecine Bamako 1995.
- 9- Coulibaly. H :** Etude d'aspect clinique et sociodémographique de la césarienne à la maternité du CSRéf de Koulikoro. Thèse Médecine Bamako 2005. p196.
- 10- Diarra. B:** Evaluation du système de référence/Evacuation à la maternité du CSRéf de Koulikoro. Thèse Médecine Bamako 2007. p 67.
- 11- Dembélé. D :** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSRéf de la commune II de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2002; 70p; 158.
- 12- Dujardin B. et al.** Value of the alert and action lines on the partograph. Lancet, 1992,339(8805) :1336-8
- 13- EDS Mali 2001:** Mortalité maternelle et néonatale pp 183.
- 14- Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006.**
- 15- Friedman EA.** The graphic analysis of labour. Am J Obst- Gynaecology 1954; 68:168-75.
- 16- Friedman.ES:** primigravid labour a gravicostatistical analysis. Obstetric and gynecology, 1955.6(6):567-589.
- 17- Friedman EA et al:** Dysfunctional labor.X. Immediate results to infant. Obstetrics and Gynecology, 1969, 33:776-784.
- 18- Goïta O :** Epidémiologie de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement dans le cercle de Douentzan. Thèse Médecine Bamako 1992 n °28.
- 19- Hendricks CH, Brenner WE, Graus:** Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Am J Obstetric Gynecol1970; 106:1065-82.

20- Kalaga M.K; MUTACH.K. ; NSUNGALA K.; Kabila .I; ODIMBOF.K.

Considération épidémiologique sur les accouchements des morts nés à la maternité de Gecamines (ex Zaïre).

21-Kanté. M: Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse Médecine Bamako 1999 -62p, n° 75.

22- Katilé M : Facteur de risque de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital national du Point G de 1987-1996.Thèse de Médecine Bamako 1999 n°40.

23-Kiribakaran R, Deepak KA. A partogram to reduce maternal and infant morbidity. Natl Med J India 1997; 10:152-153.

24-Koné A. Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de misgaf ladach. Thèse Médecine: Bamako, 2005-100p-75.

25-Kwast B.E; ROGERSOMG. An analysis of the duration of labour, the mode of delivery and out come in queen Elizabeth Hospital,before and after the use of the partograph. Internal publication, Malawi; 1973.

26-Lacomme M : L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale. Paris: Masson; 1960.p.202-7.

27- Leigh.B: The use of the partogram by maternal and child health aides.

Journal of tropical pediatrics, 1986, 32:107-110.

28-Macalou: Evaluation sanitaire en obstétrique à propos de 157 cas à l'Hôpital régional Fousséni Dao de Kayes. Thèse Médecine, Bamako 2001 n° 142.

29-N'diaye B: Mortinatalité à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Médecine Bamako 1995 n°18

30- OMS : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre. Rapport de l'atelier sur le suivi technique du forum "Vision 2010" Bamako 29 septembre-20octobre 2003.

31- OMS : Programme santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique FHE/MSM/93.3.

32-OMS: The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of WHO multi centre study, 1990- 1991.

33- Philpot RH, castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth, 1972; 79:599-602.

34-Philpot RH, Sapire KE, Axton JHM. Normal labour and its management,

dans: Obstetrics, Family Planning and Paediatrics. Natal Witness (Pty) Ltd, 1977:61.

35- Programme de santé maternelle et maternité sans risque, Genève, 1994 (Document WHO/FHE/MSM/94.4).

36- Royston. E; Armsrongs .S: Prévention des décès maternels 1990 pp 9; 11; 33; 146.

37-Sangaré .M : Organisation du système de référence au CSREF de commune V du district de Bamako .Thèse Médecine Bamako, 2001, n°39.

38-Sissoko M : rapport d'analyse des données de la santé maternelle et infantile (planning familiale Année 1993 Mali).

39-Southoul JH, Pierre F: Le déroulement de l'accouchement; la responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Pris : Malouine; 1991.P447-8.

99

Mr Hanna Kountou COULIBALY/ Evaluation de la qualité de remplissage et d'utilisation du partogramme dans les maternités de la ville de Koulikoro.

40-Tequeté I : Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital national du Point G de 1991-1993 à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse Médecine Bamako 1996, n°17,133p.

41-Thièro. M : Evaluation sanitaire d'urgence obstétricale à l'Hôpital Gabriel TOURE à propos de 160 cas. Thèse Médecine, Bamako 1995, n°17.

42-Togo I : Utilisation du partogramme au CSRéf de la commune V du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako. 2006. P 95.

43-Tournaire M, Sireau CL : Diagnostic et traitement de la souffrance fœtale au cours du travail. Encyclopédie Médicochirurgicale Obstétrique 1999 ; 5077.

44-Yattassaye A : Accouchement chez l'adolescent à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré en un an. Thèse Médecine 1998 n °74.

45-Ye Yinyun: Clinical application of the partogram. Shanghai Firtst Maternity and Infant Health Institute. WHO Collaborating Center for Research and training on Maternal and Infant Care, Shanghai, 1986.

Fiche signalétique

Nom : COULIBALY

Prénom : Hanna Kountou

Titre : Evaluation de la qualité de remplissage et d'utilisation du partogramme dans les maternités de la commune urbaine de Koulikoro du 1^{er} juin 2006 au 31 août 2007.

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2008-2009

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique

Résumé : Au terme de notre étude d'intervention qui s'est déroulée dans les maternités de la ville de Koulikoro, nous avons :

- Interrogé quatre (4) responsables de maternité sur l'utilisation du partogramme dans leurs structures.
- Interrogé 25 prestataires y compris les responsables de maternité dont 7 sages femmes, 3 infirmières obstétricienne et 15 matrones sur la prise en charge d'une parturiente avec laide du partogramme.
- Enregistré 907 accouchements avant l'introduction du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de Koulikoro.
- Evaluer la qualité du remplissage de 262 partogrammes dans les maternités de l'ensemble des formations sanitaires de la zone d'étude.

Il ressort de cette étude que :

- Le partogramme a été utilisé sans interruption au CSREF de Koulikoro.
- Toutes les prestataires interrogées trouvent qu'il faut être vigilant quand le tracé de la dilatation cervicale passe à droite de la ligne d'alerte et qu'il fallait évacuer la parturiente si elle se trouve dans un centre sans plateau technique.
- 79 partogrammes soit 43,8% étaient incorrectement remplis au niveau du CSRéf ; 16 soit 51,6% au CSCOM de Koulikoro Ba ; 13 soit 44,9% au CSCOM de Kalebougou.
- Le taux de mortinatalité au niveau CSRéf est de 73/1000 naissances vivantes et celui de la mortalité maternelle est de 763/100000 naissances vivantes

Mots clés : Partogramme, utilisation, remplissage, mortinaissance, mortalité maternelle, CSCOM, CSRéf.

FICHE D'ENQUETE

PARTOGRAMME

1. Identification du centre de santé

2. Renseignements généraux

-Date et heure d'admission.....

-Nom et prénoms :.....

-Age :.....

-Parité :.....

-Consultations prénatale

OUI

Non

Si oui nombre

3. Recherche des facteurs de risque (à cocher dans les cases)

Présentation transversale

Antécédent de césarienne

Nullipare tête non engagée

Toxémie gravidique

HTA (TA supérieure ou égale à 14/9)

Taille moins de 1,50 mètre

Nullipare qui boite

Nullipare avec présentation non céphalique

Insuffisance cardiaque, pulmonaire, toute forme de
dyspnée

Dernier accouchement avec saignement pathologique

Perte des eaux 24h avant le début du travail

Facteur de risque de 2ème degré

Age moins de 15 ans

Grande multipare (plus de 5 accouchements)

Dernier accouchement de mort né

Diabète

Dernier accouchement dystocique (forceps, ventouse)

Anémie

QUESTIONNAIRES MATERNITE

Interview du responsable de la maternité.

Localité nom :Code(QM) () Date :.../...../200...

Etablissement de santé type :

1 = CSC

2 = CSCOM

3 =CLINIQUE

Profil du responsable

1 = Sage femme

2 =Infirmière

3= Matrone

4=autre

Présentez vous au personnel de santé. Dites lui que vous voudriez lui poser quelques questions sur l'utilisation du partogramme dans sa structure.

Questions à poser au responsable.

1. CONNAISSEZ-VOUS LE PARTOGRAMME ?

1= Oui

2= Non

2. AVEZ-VOUS RECU UNE FORMATION SUR L'UTILISATION DU PARTOGAMME ?

1 = Oui

2 = Non

Si oui en quelle année.....

3. EST-CE QUE L'UTILISATION DU PARTOGRAMME EST EFFECTIVE DANS VOTRE STRUCTURE ?

1 = Oui

2 = Non

106

4. L'UTILISATION DU PARTOGRAMME DANS VOTRE STRUCTURE
REMONTE À QUAND ?

Depuis le199.....

4.a) LE PARTOGRAMME A-T-IL ETE UTILISE DANS VOTRE STRUCTURE
DURANT L'ANNEE 2005(Janvier – Décembre) ?

1 = Sans interruption

2 =Oui avec interruption

3 = N'a jamais été utilisé.

7 = Ne sait pas

9 = Sans information

4. b) SI OUI AVEC INTERRUPTION POUQUOI ?

1=.....

2=.....

3=.....

7=Ne sait pas

9=Sans information.

4.c) SI N'À JAMAIS ETE UTILISE POUQUOI ?

1=.....

2=.....

3=.....

9=.....

- Contrôle plus accru des paramètres de la Parturiente si elle se trouve dans un centre

Chirurgical 1=oui
2=non

- Evacuer en cas de présentation vicieuse 1=oui

2=non
7 =Ne sait pas

8=Autre.....()

9=Sans information

3. QUELLES SONT LES DECISIONS A PRENDRE QUAND LE TRACE PASSE A DROITE DE LA LIGNE D'ACTION ?

- Doit toujours survenir dans un centre chirurgical 1=oui
2=non

- Etre vigilant 1=oui
2=non

- Accélérer le travail et le terminer le plutôt possible 1=oui
2=non

- Référer ou évacuer la parturiente 1=oui
2=non
7=Ne sait pas

8=Autre()

9= Sans information.

4. QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES QUI VOUS FERAIENT EVACUER UNE PARTURIENTE ?

- Les hémorragies au cours du travail 1=oui 2=non
- Une présentation vicieuse 1=oui 2=non
- Une disproportion foeto-pelvienne 1=oui 2=non
- Un problème funiculaire 1=oui 2=non
- Des signes de souffrance foetale 1=oui 2=non
- Les convulsions 1=oui 2=non
- Une tension artérielle supérieure à 16/10 après traitement 1=oui 2=non
- La poche des eaux rompue depuis 24h 1=oui 2=non
- La durée de l'expulsion supérieure à 45min 1=oui 2=non
- Un syndrome de pré rupture ou de rupture utérine 1=oui 2=non

7=Ne sait pas

8=Autres.....

9=Sans information

5. POUR QUELS SIGNES REFERIEZ VOUS UNE ACCOUCHEE RECENTE ?

- Déchirure des parties moles 1=oui 2=non
- Une hémorragie 1=oui 2=non
- Les convulsions 1=oui 2=non
- Une tension artérielle supérieure à 16/10 après traitement 1=oui 2=non
- La durée de la délivrance supérieure à 30min 1=oui 2=non
- Un échec de la délivrance artificielle 1=oui 2=non

7=Ne sait pas

8=Autres.....

9=Sans information

6. POUR QUELS SIGNES REFERIEZ VOUS UN NOUVEAU NE APRES UN ACCOUCHEMENT ?

- Un nouveau né prématuré 1=oui
- 2=non

110

Début du travail : ----- /-----2006

Heure : -----

/-----m Accouchement date : -----/-----2006

Heure : ----- /-----mN

1) DUREE DU TRAVAIL -----h-----mN

9= Sans information

2) PARITE

1=primipare
information

2= multipare

3= sans

3.a) LE TRACE A T- IL ETE A DROITE DE LA LIGNE D'ALERTE ?

1= oui

2=non

3. b) Si OUI LA DECISION INDIQUEE EST ELLE

1=correcte

2=incorrecte

3=aucune décision n'est marquée

9= sans information

4a) LE TRACEE A-T-IL ETE A DROITE DE LA LIGNE D'ACTION ?

1=oui

2=non

4b) SI OUI LA DECISION INDIQUEE EST ELLE ?

1=correcte

2=incorrecte

3=aucune décision n'est marquée

9=sans information

9=sans information

Durée.....h.....mN

7) L'EXPULSION S'EST EFFECTUEE :

1=Avant la ligne d'alerte

2=Entre les ligne d'alerte et d'action

3=Après la ligne d'action

9=sans information

8) VOIE D'ACCOUCHEMENT

1= voie basse spontanée

2= voie basse non spontanée

3= après la ligne d'action

9= sans information

9) DECES MATERNEL

1=oui

2=non

9=sans information

10) ISSUE NEONATALE

1=vivant

2=mort né

3=sans information

11) SI MORT NE ETAIT IL ?

1=Intact

2=Macéré

12) SI MORT NE INTACT LES BDCF ETAIENT ILS PRESENTS A L'ADMISSION

1=oui

2=non

9=sans information

13) SI VIVANT MENTIONNER LE SCORE D'APGAR

A la 1ere mn.....

A la 5eme mn..... ;

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous 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'approbre et méprisé de mes confrères si j'y manque.