

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

EVALUATION DU PARTOGRAMME AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CIV DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le / / 2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Mahamane M DIARRA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

PRESIDENTE DU JURY : Professeur Djeneba DOUMBIA
MEMBRE DU JURY : Docteur Ahmadou COULIBALY
CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Amaguiré SAYE
DIRECTEUR DE THESE : Professeur Augustin THERA

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

✓ **A Dieu**

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et m'avoir préservé de tout mal.

A lui Seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que sa protection soit sur nous.

✓ **Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui)**

Que le salut et la paix soient sur sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

✓ **A mon père : feu Mamoutou DIARRA**

Sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible. Après ta disparition, j'ai su combien ça coûte la perte d'un père dans une famille. Toi qui as su assurer avec dignité, courage, honneur et foi ton devoir de père de famille. Tu as inculqué à nous, mes frères, mes sœurs et moi-même l'amour du travail bien fait et l'endurance dans la vie quotidienne.

Tu nous as guidé avec rigueur, l'amour et le respect de soi et des autres. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton soutien moral, affectif et matériel jusqu'à tes derniers jours ont fait de toi un père exemplaire.

Que ton âme repose en paix cher papa.

✓ **A ma mère : Hawa TANGARA**

Femme brave, d'une grande générosité. Ton amour pour nous t'a poussé à d'énormes sacrifices. Nous ne cesserons jamais de te remercier de l'amour et la protection dont tu as fait preuve à notre égard. Tes prières et tes conseils ne m'ont jamais fait défaut tout au long de ma formation.

Que DIEU le tout puissant te donne une longue vie. Amen !!!

✓ **A mon épouse : fatoumata TRAORE**

Que Dieu bénisse notre couple.

✓ **A mes frères et sœurs :**

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues études.

- ✓ Que DIEU dans sa miséricorde vous bénisse, et vous comble de tout ce dont vous avez besoin. Ce travail est le vôtre.

Que Dieu vous prêtez une longue vie. Amen

✓ **A mes amis et complices :**

Vous êtes et resterez toujours des frères et sœurs pour moi. Je n'oublierai jamais les moments que nous avons passés ensemble. Puisse cette fraternité demeurer entre nous.

Amen !!!

- ✓ **A ma famille maternelle et paternelle**, profondes gratitude.

- ✓ **A mes oncles**, pour les bénédictions et les conseils.

- ✓ **Aux Professeurs de la FMOS**

Merci pour la qualité de l'encadrement.

- ✓ **A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de la commune IV** pour l'accueil, la considération et surtout la bonne collaboration.

- ✓ **A tous les faisant fonction d'internes du service de gynéco-obstétrique de la commune IV**

Pour la bonne collaboration.

Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Professeur Djeneba DOUMBIA

- **Maitre de conférences en Anesthésie –Réanimation a la FMOS**
- **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation, et en Médecine d’Urgence et de Catastrophe**
- **Professeur en Anesthésie-Réanimation du CHU du point G**
- **Membre de la Société d’Anesthésie-Réanimation et de Médecine d’Urgence du Mali (SARMU-MALI)**
- **Membre de la Société d’Anesthésie-Réanimation d’Afrique Noire Francophone (SARANF)**

Cher Maitre

Nous vous **remercions** de l’honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L’opportunité nous est ainsi donnée de vous faire part de l’estime et l’admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités de femme de science éclairée, de praticienne infatigable, de pédagogue averti font de vous une enseignante aimée et admirée de tous.

Soyez rassurée chère maitre de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE :

Docteur Ahmadou COULIBALY

- **Gynécologue-Obstétricien Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- **Charger de Recherche**

Cher Maitre,

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

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Amaguiré SAYE

- **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- **Praticien Hospitalier ;**
- **Membre de la SOMAGO ;**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- **Médecin chef adjoint au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.**

Cher maitre,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maitre admiré.

Il y'a peu de mots pour traduire l'expression de nos sentiments à votre égard et notre reconnaissance infinie.

Trouvez ici, cher maitre, l'expression de nos profonds respects.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Maître de conférence à la FMOS**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- **Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

Cher maître,

Vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre équipe de recherche médicale. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités scientifiques et humaines, vos enseignements et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un exemple à suivre.

Cher Maître, veuillez recevoir l'expression de notre immense gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS :

BCF : Bruit du coeur foetal

BPM : Patement par minute

CPN : Consultation prénatale.

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF: Centre de santé de référence

CU : Contraction utérine

DRS : Direction régionale de la santé

DSFC : Division santé familiale et communautaire.

EDS-M : Enquête démographique et de santé Mali

IST : Infections sexuellement transmissibles.

MASF : Microanalyse du sang foetal

MEF : Monitoring électro foetale

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCF : Rythme du coeur foetal

RPM : rupture prématurée des membranes

SA: Semaine d'aménorrhée

UNICEF: United Nations International Children and Education Found

SAA: Soins après avortement

USAC: Unité de soins d'accompagnement et conseil

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction du profil du prestataire	53
Tableau II : Répartition des parturientes en fonction des paramètres d'examen	54
Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission	55
Tableau IV: Répartition des parturientes en fonction du moment où le partogramme a débuté et l'examen clinique durant les différentes phases de la première période du travail	56
Tableau V : Répartition des parturientes en fonction des paramètres maternels.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VI: Répartition des parturientes en fonction des paramètres fœtaux....	57
Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction de la décision si atteinte de la ligne d'action par le tracé	58
Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail ...	58
Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction de la qualité de remplissage du partogramme.....	58
Tableau X : Répartition des parturientes en fonction du moment d'accouchement	59
Tableau XI: Répartition des nouveau-nés en fonction des paramètres d'examen	59
Tableau XII: Relation entre la durée de travail et le pronostic du nouveau-né	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIII : Relation entre la durée du travail et le score d'Apgar du nouveau- né	60
Tableau XIV: Relation entre franchissement de la ligne alerte et la décision prise	61
Tableau XV: Relation entre la durée du travail et la parité	61
Tableau XVI: Relation entre le moment d'accouchement et le score d'Apgar du nouveau-né	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Partogrammes des Friedmann	8
Figure 2 : Partogramme du Mali	9
Figure 3: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal.....	13
Figure 4: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (Bradycardie)	13
Figure 5 : Enregistrement du liquide amniotique du modelage de la tête	15
Figure 6 : Dilatation du col	16
Figure 7 : Enregistrement de la dilatation et de la descente de la présentation ..	16
Figure 8 : Descente de la présentation	18
Figure 9 : Descente de la présentation	19
Figure 10: Repères du crâne fœtal.....	20
Figure 11 : Positions occipito-iliaques transverses	20
Figure 12 : Sommet bien fléchi	21
Figure 13 : Représentation de la descente de la présentation	22
Figure 14 : Représentation des contractions utérines (fréquence et durée)	24
Figure 15 : Nombre de contraction en 10mn	24
Figure 16 : Représentation des médicaments utilisés pendant le travail	26
Figure 17 : Représentation du Pouls, TA, température et de la diurèse.....	26
Figure 18 : Partogramme modifié de l’OMS.	28
Figure 19: Partogramme d’un accouchement normal.	32
Figure 20: Partogramme accouchement dystocique	33
Figure 21: Partogramme accouchement dystocique	34
Figure 22: Partogramme actuel selon L’OMS	37
Figure 23: Répartition des parturientes en fonction de la tranche d’age	53
Figure 24 :Répartition des paturientes en fonction de la parité	54

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I .INTRODUCTION.....	2
II.OBJECTIFS	5
III.GENERALITES	7
III. METHODOLOGIE	39
V. RESULTATS.....	53
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	64
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	69
1.Conclusion	69
2. RECOMMANDATIONS :.....	70
VIII. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72
ANNEXES.....	77

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

La mortalité maternelle est l'un des indicateurs accessibles et fiables utilisés par les Nations Unies pour mesurer le développement humain et social. Cet indicateur est aussi le reflet d'une grande disparité entre les pays [1]. En 2005, la mortalité maternelle est de 8/100 000 naissances vivantes (NV) dans les pays développés, 450/100 000 NV dans les pays en développement et atteint les 870/100 000 NV dans les pays les moins développés [4-5]. A partir de ce constat, la mortalité maternelle se présente donc comme un problème majeur de santé mondiale. C'est ainsi que plusieurs initiatives mondiales ont été lancées, dont la plus récente était en l'an 2000, dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement fixé par les Nations Unies [6]. L'amélioration de la santé maternelle était le cinquième objectif et il visait la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle entre 2000 et 2015 et la fourniture d'un accès universel aux soins de santé génésique d'ici 2015 [7]. Ce sont les causes obstétricales directes qui dominent largement les étiologies. Il s'avère aussi qu'une grande proportion des décès maternels serait évitable par des soins prénataux et postnataux adéquats ainsi qu'une aide à l'accouchement et la disponibilité des soins d'urgence pour traiter les complications. De plus l'utilisation des outils d'aide à la décision tels que le partogramme et les protocoles de soins permettent une standardisation des pratiques et une amélioration du pronostic des femmes [2] en améliorant la qualité des soins fournis. Plusieurs maternités ont adopté le partogramme dans leur pratique quotidienne, essentiellement dans les pays en voie de développement [2,8]. La Tunisie, consciente de l'ampleur et de la gravité de ce problème, dès 1990, a mis en place un programme national de périnatalité, renforcé d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle en 1999 [9] et comme nombreux pays, elle a intégré le partogramme à travers son programme national tout en l'adaptant à ses réalités et son contexte. La Haute Autorité de Santé (HAS), ancienne Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en

Santé (ANAES) a établi des recommandations en 2000 conjointement à la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la qualité du partogramme, afin d'identifier les dysfonctionnements encore existants et d'y apporter des axes d'amélioration [10,11]. C'est dans cette perspective que nous avons mené ce travail pour évaluer les pratiques professionnelles en matière de la tenue du partogramme au niveau du centre du santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Les objectifs de notre travail étant d'évaluer l'écart entre ce qui est censé être fait et ce qui est fait réellement pour les différents paramètres situés dans le partogramme au sein d'une maternité de 2ème niveau en 2018 et d'élaborer des recommandations pour la mise en place d'un plan d'action. Face à ce constat nous avons jugé nécessaire de mener cette étude.

Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS

Objectif général :

-Evaluer l'utilisation du partographe à la maternité du CSRef de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

1-Determiner la fréquence de l'utilisation du partographe au cours du travail d'accouchement ;

2-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ;

3-Apprécier la qualité de remplissage à temps du partographe.

GENERALITES

III.GENERALITES

1. Définitions :

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

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

2. Historique

Le partographe est apparu en salle de naissances dans la seconde moitié du 20ème siècle. Le but était : « avoir une vue d'ensemble de la marche du travail »

À partir de 1954 FRIEDMANN propose une première étude de schématisation Concernant la progression du travail.

Il présente un diagramme comportant :

En abscisse : le temps écoulé depuis l'entrée en salle de travail ;

En ordonnée : la dilatation cervicale, d'une part et la hauteur de la présentation dans l'excavation pelvienne d'autre part.

Il a abouti à une schématisation du travail en deux grandes phases :

- une phase de latence ;
- une phase active décomposée en quatre autres phases.

Parallèlement, Friedmann a également décrit les phases de progression de la Présentation.

En 1960 LACOMME élabore un diagramme d'accouchement celui-ci est plus Un tableau schématisant les différents temps de l'accouchement.

En 1972 PHILLPOTT, en Rhodésie, imagine un tableau adapté à la prise en Charge des parturientes des pays en voie de développement afin de faire baisser le taux important de mortalité maternelle et néonatale.

Il établit un partogramme à deux lignes :

La première ligne = ligne d'alerte prévient les professionnels des anomalies du travail et leur laisse un délai pour intervenir ;

La deuxième ligne = ligne d'action est parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, son croisement par la courbe de dilatation impose une intervention immédiate.

O'DRISCOLL en 1975, à Dublin propose un partogramme à une seule ligne d'alerte se référant à une dilatation cervicale de 1 cm/ heure sans tenir compte de phase de latence.

En 1988 l'Unité de Santé Maternelle et Infantile de l'OMS élabore un modèle reprenant les divers travaux principalement ceux de Friedmann et PHILLPOTT, Partogramme dont l'utilité est particulièrement prouvée dans les pays en voie de développement.

Ce partogramme de l'OMS a été récemment modifié pour en simplifier l'utilisation.

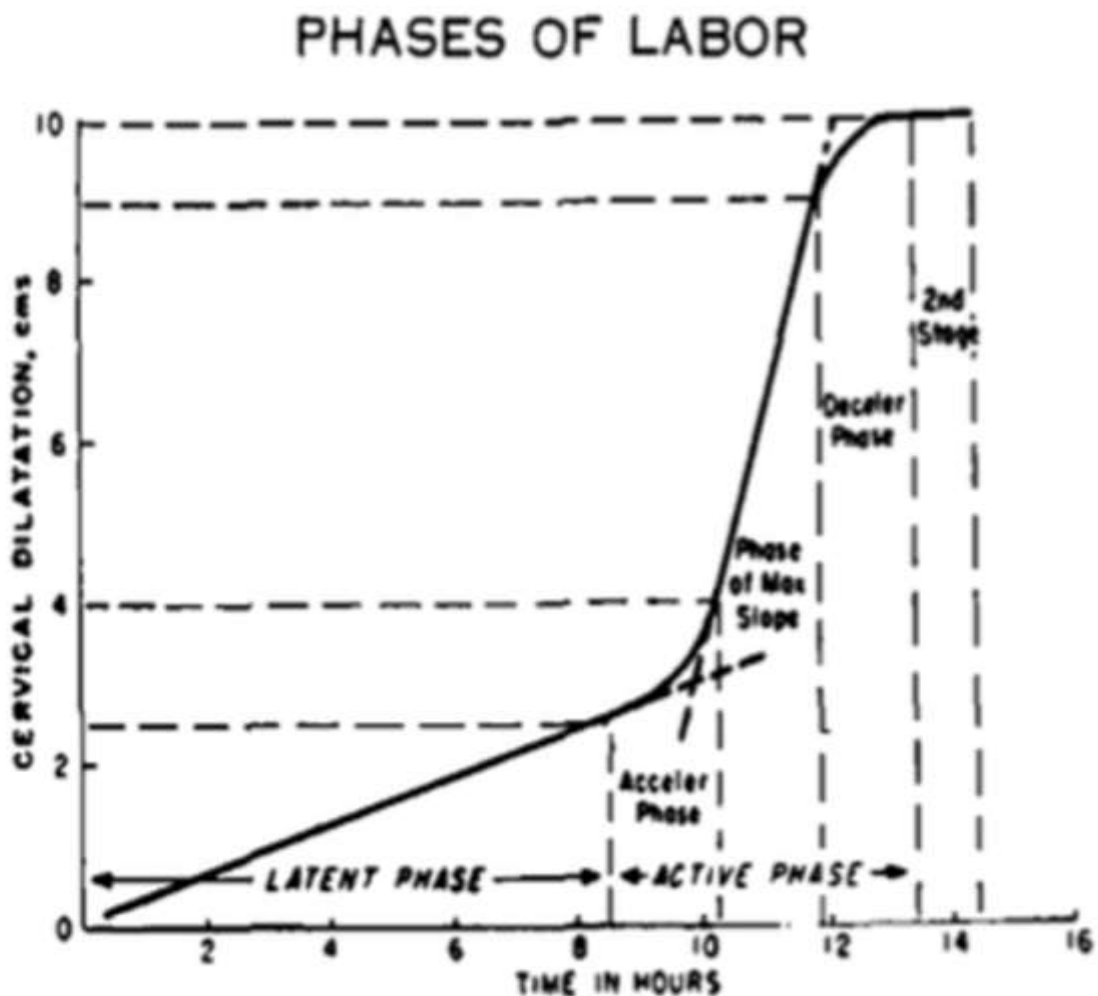


Figure 1: Partogramme des Friedmann

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / ZONE SANITAIRE

Région / District de : _____ Cercle / Zone sanitaire de : _____
 Commune de : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____

Nom de la Femme : _____		Age : _____	Nom du mari : _____	
Adresse : _____		Antécédents		
Quartier : _____		G _____ P _____ V _____ AV _____ JIG _____		
Entrée à la maternité : Date : / / 20		Heure : h min		
Motif : _____				
Début du travail : Date : / / 20		Heure : h min		

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REFIEVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm
Hémorragie	NON		OUI
A terme	OUI	28-32 SA	
CPN	Nbre : _____	NON	Gross à risque
Césarienne dernier accouché	NON		OUI
Présentation	Sommet	Séjo/face	Epaule/front
Dernier enfant	Vivant	Mort	

1er examen	NORMAL	ALERTE	REFIEVACUATION
TA	< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
POULS	< 100	> 100	
T°	< 37°5	38°	> 38°
HU	< 36 cm	36 cm	> 36 cm
BCF	120-160/mn	100-120/mn 160-180/mn	< 100/mn > 180/mn
Contractions	≥ 1 / 5 mn	< 1 / 5 mn	≥ 1 / 2 mn (en début de travail)
PDE	Intacte ou rompue Lq	Liq laité	Rompue 12H

Autres facteur de risque	

Phase active

Phase de latence

Accouchement				APGAR					
				1 mn			5 mn		
Nom de l'accoucheuse : _____				Poids/BC*					
Date : / / 20				Respiration					
Heure : h min				Tonus					
Heure : h min				Reflexes					
Normal	Alerte	Référence	Coloration						
Expulsion < 45 mn		Expulsion > 45 mn	TOTAL						
Eutocique	Dystocique								
Traitement / Soins									

Heures																					
TA																					
BCF																					
Contraction																					
Fréquence																					
PDE																					
Engagement																					
Poids																					
Température																					
Traitement																					

* BC : Battement cardiaque

DELIVRANCE DATE: _____ HEURE: _____

Type Naturelle Active Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acrète Poids

Référence/Evacuée : Oui Non Si Oui Motif et structure vers laquelle se fait la référence/évacuation _____

Partogramme 2ème niveau Page 1

Figure 2 : Partogramme du Mali

3. Le partographe /Partogramme

3.1. Limites à l'emploi du partogramme

Le partogramme est un instrument exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail.

Il ne faut recourir au partogramme qu'après avoir vérifié qu'il n'y a eu au cours de la grossesse aucune complication qui soit de nature à exiger une intervention immédiate.

En outre, le partogramme modifié de l'OMS exclut toute la période de latence, c'est-à-dire avant que la dilatation n'ait atteint 5 cm. Il importe cependant de surveiller la patiente au cours de cette période même si le tracé n'a pas encore commencé. En effet, le dossier médical doit être ouvert dès l'entrée de la parturiente en salle d'accouchement ! L'examen de la parturiente et les différentes constantes doivent être relevées et notées !

Autre difficulté : l'appréciation de la descente pour une présentation de siège le modelage etc.

NB. Il ne faut surtout pas oublier que la phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de huit heures !

3.2. Principes du partogramme

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

Les groupes d'élaboration des directives de l'OMS ont mis au point 39 recommandations concernant cinq types d'interventions : A. Interventions nutritionnelles, B. Evaluation de l'état de la mère et du fœtus ; C. Mesures préventives ; D. Interventions face à des signes cliniques courants ; E. Interventions pour l'utilisation et la qualité des soins prénatals.

Ces recommandations de 2016 sont en cours de validation.

La phase active du travail commence lorsque la dilatation atteint 5 cm.

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

Il faut éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu par la sécurité.

Le nombre recommandé est d'un toucher vaginal toutes les 4 heures.

3.3. Composantes

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

3.3.1. Progression du travail

- Contractions utérines ;
- Dilatation du col ;
- Descente de la tête fœtale ;

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

3.3.2. Etat du fœtus

- Rythme cardiaque fœtal ;
- Couleur du liquide amniotique ;
- Déformation du crâne.

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage du crâne fœtal.

3.3.3. Etat de la mère

- Pouls,
- tension artérielle,
- température ;
- Urines : volume, protéines, acétone ;

Administration de médicaments et particulièrement d'ocytocine.

L'état de la mère est régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle, mais aussi des analyses d'urine régulières. Le partogramme prévoit également l'enregistrement de toute administration de médicaments, de perfusions ou d'ocytocine.

L'emploi du partogramme ne remplace pas l'examen méticuleux des femmes qui sont en travail à leur arrivée dans le service, car il faut exclure les cas qui réclament des soins d'urgence ou un transfert immédiat.

Il a pour but de faire apparaître les déviations qui peuvent se produire par rapport à la normale au fur et à mesure que le travail avance.

4. Observations à noter dans le partogramme

Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

➤ *Renseignements concernant la parturiente*

Nom :	Prénom	Age	G :	P :
Dossier N° :				
Date et heure d'admission :				
Date et heure de rupture des membranes :				

Ce sont pratiquement les mêmes sur tous les partogrammes : numéro de dossier, noms et prénoms, âge, gestité, parité, date et heure d'admission, date et heure de la rupture des membranes.

➤ **Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)**

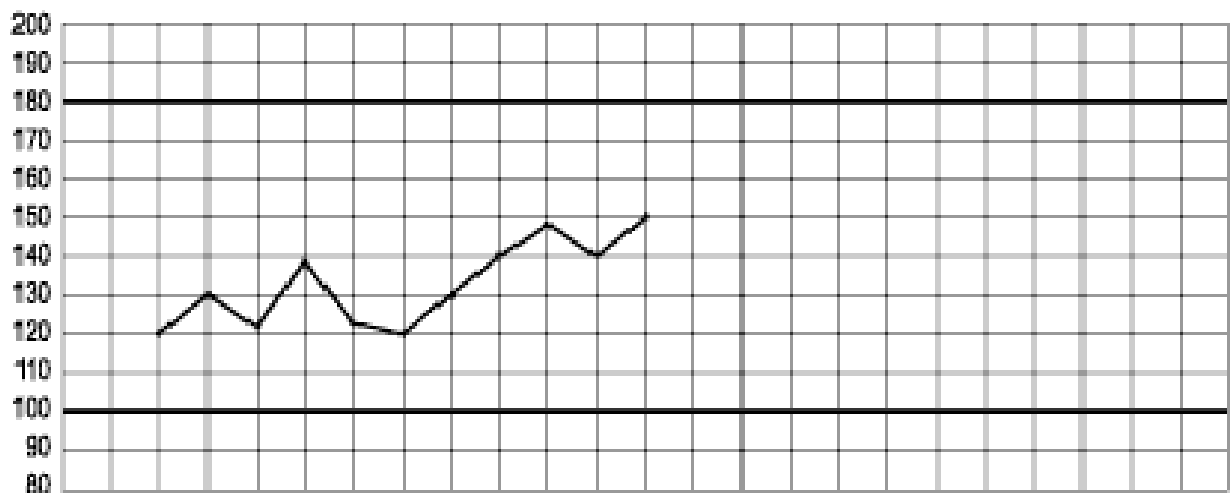


Figure 3: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal normal

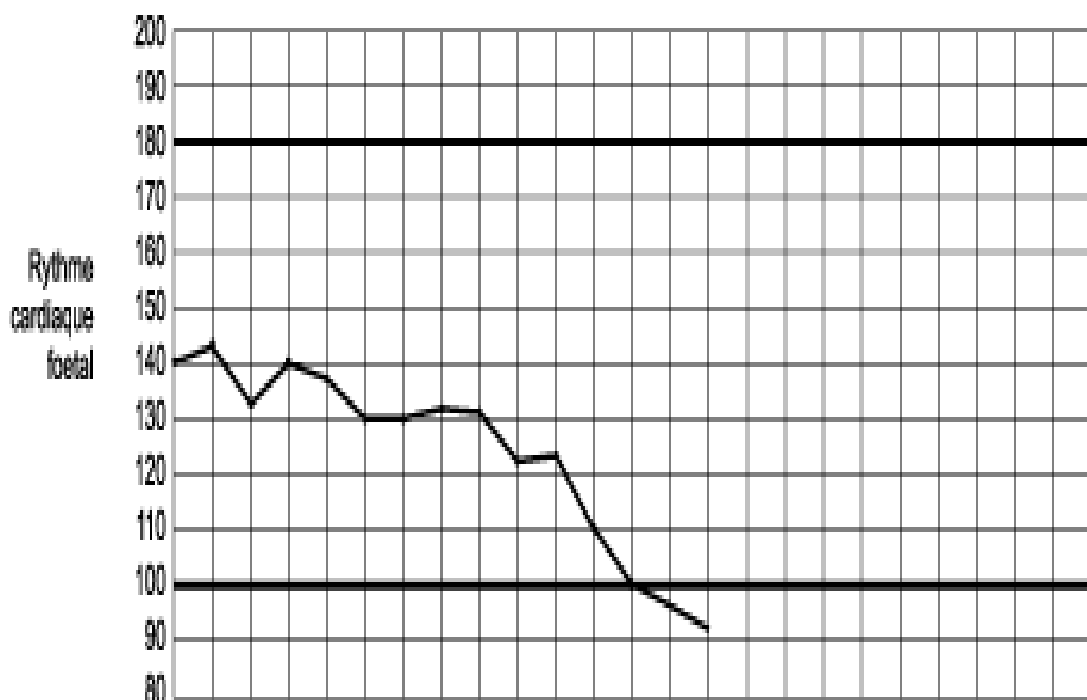


Figure 4: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (Bradycardie)

L'auscultation du cœur du fœtus est un moyen clinique sûr et fiable de savoir si l'état du fœtus est satisfaisant. En l'absence de cardiotocographe, le moment le plus propice pour écouter le rythme cardiaque fœtal se situe après le point culminant d'une contraction. Il faut écouter le cœur pendant une (1) minute, la parturiente étant allongée, si possible, sur le côté.

Le rythme cardiaque fœtal doit être enregistré toutes les demi-heures, sur la grille qui se trouve en haut sur le partogramme et dont chaque case représente une demi-heure.

Les lignes horizontales correspondant à 100 et 180 battements sont plus sombres pour rappeler qu'il s'agit de chiffres limites normalement à ne pas dépasser.

Le rythme cardiaque fœtal dépassant 160 battements /minutes (tachycardie) ou inférieur à 120 battements/minutes (bradycardie) peut être signe de souffrance fœtale.

En l'absence de cardiotocographe, si les battements du cœur sont anormaux, il faut répéter l'auscultation tous les quarts d'heure au moins et pendant une minute, immédiatement après une contraction. Si l'anomalie persiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent (arrêt d'une éventuelle perfusion d'ocytocique, oxygénation, décubitus latéral gauche . . .), moins que l'accouchement soit imminent.

Un rythme cardiaque fœtal inférieur ou égal à 100 est révélateur d'une souffrance fœtale sévère et appelle une action immédiate.

➤ **Liquide amniotique**

Le liquide amniotique aide à évaluer l'état du fœtus.

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

Inscrire :

- Un **I** si les membranes sont intactes ;
- Un **C** si les membranes sont rompues et que le liquide est clair ;
- Un **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- Un **S** si le liquide amniotique est teinté de sang ;
- Un **A** si absence de liquide.

Ces observations sont répétées à chaque toucher vaginal.

Ainsi le liquide amniotique clair : C C C C C C C C C C.

Si l'on constate une forte concentration de méconium à un moment quelconque ou l'absence totale de liquide amniotique au moment de la rupture des

membranes, il faut ausculter le cœur fœtal plus fréquemment, car ce sont peut-être des indices de souffrance fœtale.

Modelage de la tête/Déformation crânienne

Liquide amniotique	C	C	C	C	C	C	C	C	C	M	M	M	M	M
Modelage de la tete	1+							2+						3+

Figure 5 : Enregistrement du liquide amniotique du modelage de la tête

Le degré de déformation est un important indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du fœtus. Une déformation croissante, si la tête n’est toujours pas suffisamment descendue dans le pelvis, est un signe inquiétant de disproportion céphalo -pelvienne.

Le degré de déformation du crâne est enregistré immédiatement au-dessous des cases réservées à l’enregistrement de l’état du liquide amniotique.

Noter :

- 1 : si les os de crâne sont apposés ;
- 2 : s’ils se chevauchent avec un chevauchement réductible ;
- 3 : s’ils se chevauchent avec un chevauchement irréductible.

Liquide amniotique C C C C C C C C C M M M M M

Modelage de la tête 1+ 2+ 3+

➤ Dilatation du col et la descente de la tête

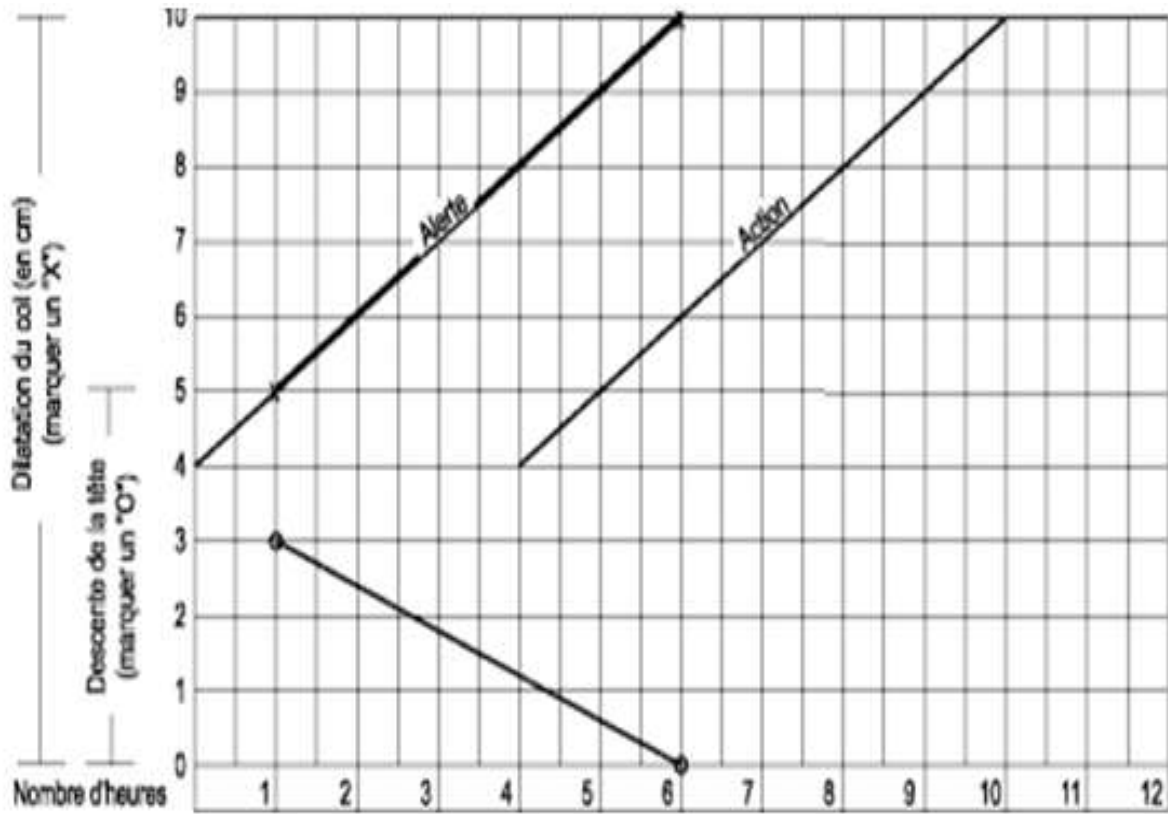


Figure 6 : Dilatation du col

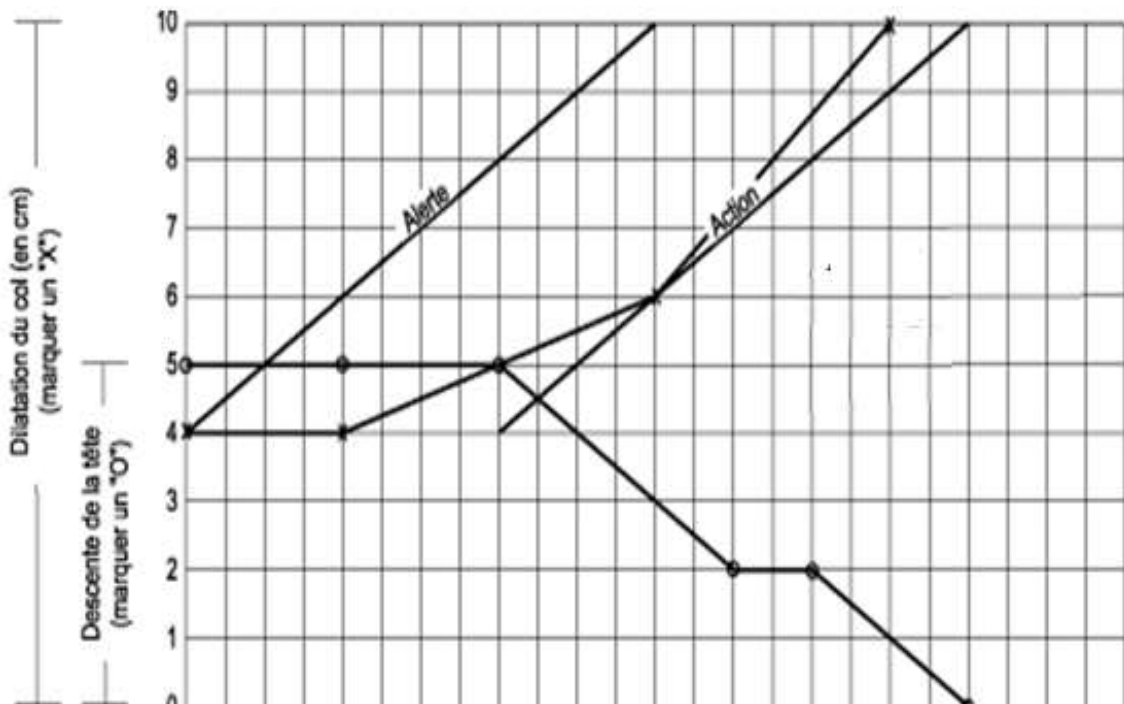


Figure 7 : Enregistrement de la dilatation et de la descente de la présentation

Au centre du partogramme figure un graphique.

A gauche de ce graphique, les subdivisions numérotées de 0 à 10 représentent chacune un centimètre de dilatation.

On note la progression de la dilatation du col en cochant d'un "X" l'endroit correspondant du graphique.

Commencer le tracé de la courbe à 5 cm. Evaluer à chaque toucher vaginal.

Le premier toucher vaginal, pratiqué à l'admission de la parturiente, comporte une évaluation du pelvis et les résultats de cet examen doivent être enregistrés.

Sauf contre-indication, des touchers sont à nouveau pratiqués toutes les quatre heures. Lorsque le travail est à un stade avancé, on peut toutefois examiner la femme plus fréquemment, en particulier s'il s'agit d'une multipare.

➤ **Ligne d'alerte**

C'est le segment prenant son origine à 5 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.

Il représente le rythme de dilatation.

Si la courbe passe à droite de cette ligne, cela veut dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans un Centre de santé communautaire, il faut alors la référer au centre de santé de référence; et si elle est au centre de santé de référence, il faut la surveiller de plus près.

➤ **Ligne d'action**

La ligne d'action est située à quatre heures de distance à droite de la ligne d'alerte. Elle est parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite.

Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il est indispensable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures prendre pour le compenser.

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Abdomen					
Cavité pelvienne					
Bord du pelvis					
Complètement au-dessus du bord	Sinciput Haut Occiput Aisément palpable	Sinciput Aisément palpable Occiput Palpable	Sinciput Palpable Occiput Tout juste palpable	Sinciput Palpable Occiput Non palpable	Aucune partie de la tête n'est palpable

* S = sinciput; O = Occiput

Source : Philpott RH & Castle WM (1)

Figure 8 : Descente de la présentation

La descente de la tête est évaluée à la palpation de l'abdomen.

Elle concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne. La marquer d'un cercle (o) à chaque toucher vaginal.

A 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.

Pour plus de commodité, on se sert des cinq doigts de la main pour calculer en cinquièmes la hauteur de la tête par rapport au bord du pelvis. Si la tête est mobile au-dessus du bord, sa mesure correspond à la largeur des cinq doigts de la main (serrés). A mesure que la tête descend, le nombre de doigts correspondant à la partie qui reste au-dessus du bord du pelvis va en décroissant (4/5, 3/5, etc.).

Il est généralement admis que la tête est engagée lorsque la portion qui reste au-dessus du bord du pelvis n'a plus que deux doigts de large ou moins encore). Partie qui reste au-dessus du bord du pelvis va en décroissant (4/5, 3/5, etc.).

Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel.

En présence d'une présentation odalisque, la descente de la tête sera appréciée au toucher vaginal.

Note : Lorsqu'il y a une grosse bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par toucher vaginal.

A la Palpation

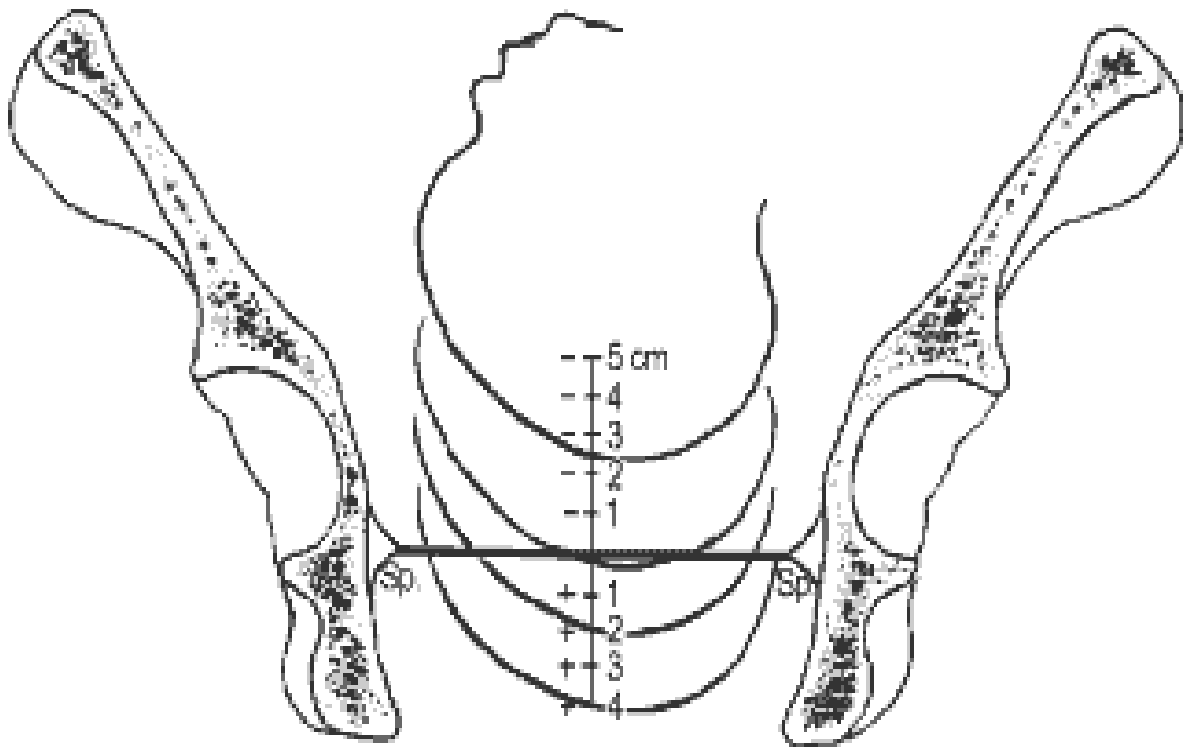


Figure 9 : Descente de la tête fœtale

Présentation et position

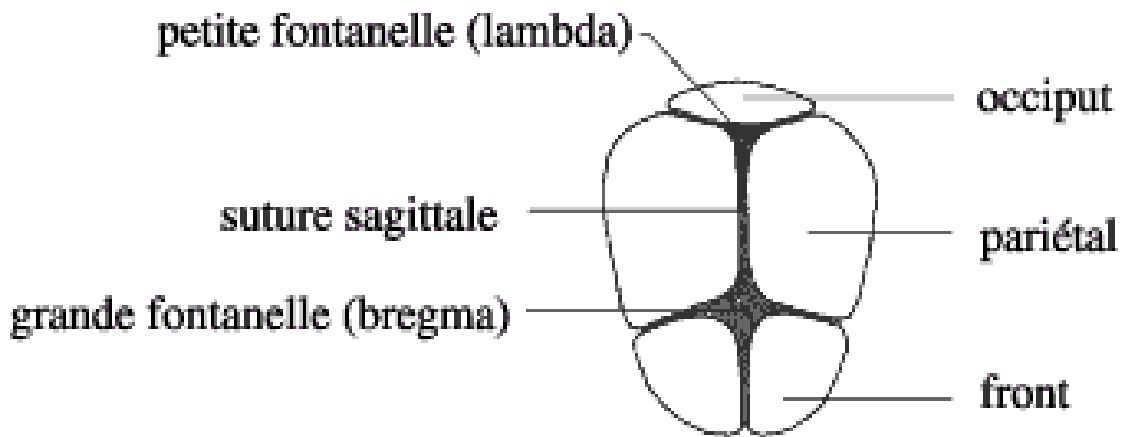


Figure 10: Repères du crâne fœtal

La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale (Considérer que la présentation du sommet est la seule présentation normale).

Pour la présentation du sommet, utiliser les points de repère du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête fœtale dans le bassin maternel.

Détermine les variétés de présentation

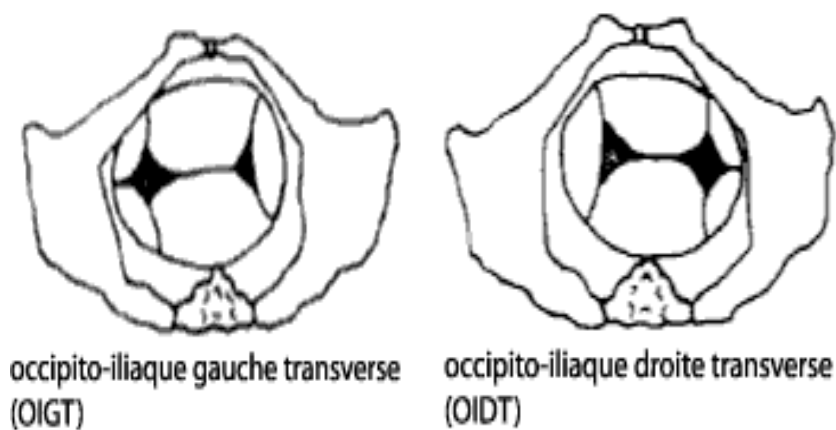


Figure 11 : Positions occipito-iliaques transverses

Positions occipitales antérieures

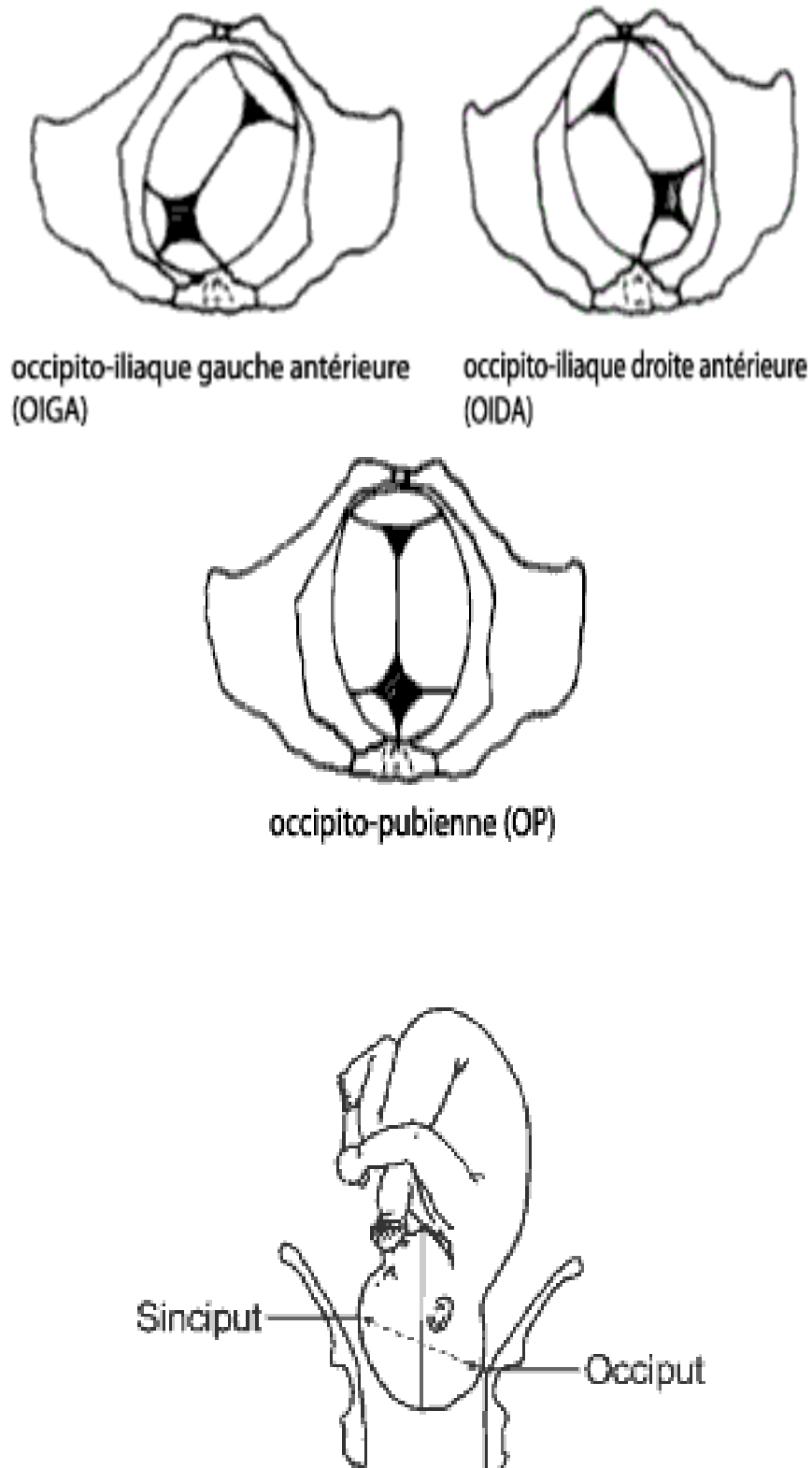


Figure 12 : Sommet bien fléchi

➤ Descente de la tête



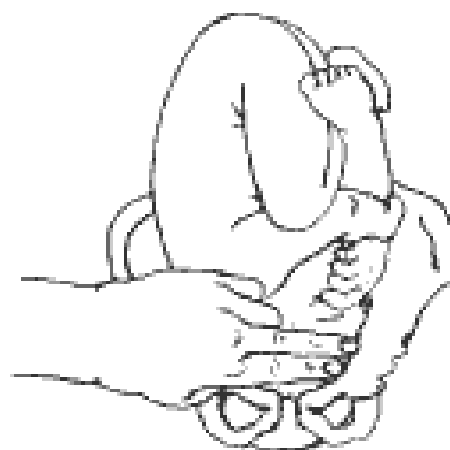
A. La tête est mobile au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes sont palpables



B. La saillie du moignon de l'épaule est à 5 travers de doigts de la symphyse pubienne



C. les 2 cinquièmes de la tête sont palpables au-dessus de la symphyse



D. La saillie du moignon de l'épaule est à 2 travers de doigts de la symphyse pubienne

Figure 13 : Représentation de la descente de la présentation

Normalement, la tête foetale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel.

La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (positions occipitales antérieures). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure.

➤ **La durée du travail**

Au bas du graphique les subdivisions numérotées de 0 à 12 représentent chacune 1 heure.

Le nombre d'heures concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit).

Nombre d'heures 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Heure réelle 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Heure réelle : C'est le moment de l'examen.

Nombre et la durée de contractions utérines

On note :

Si elles durent moins de 20 secondes ;

Si elles durent entre 20 et 40 secondes ;

Si elles durent plus de 40 secondes.

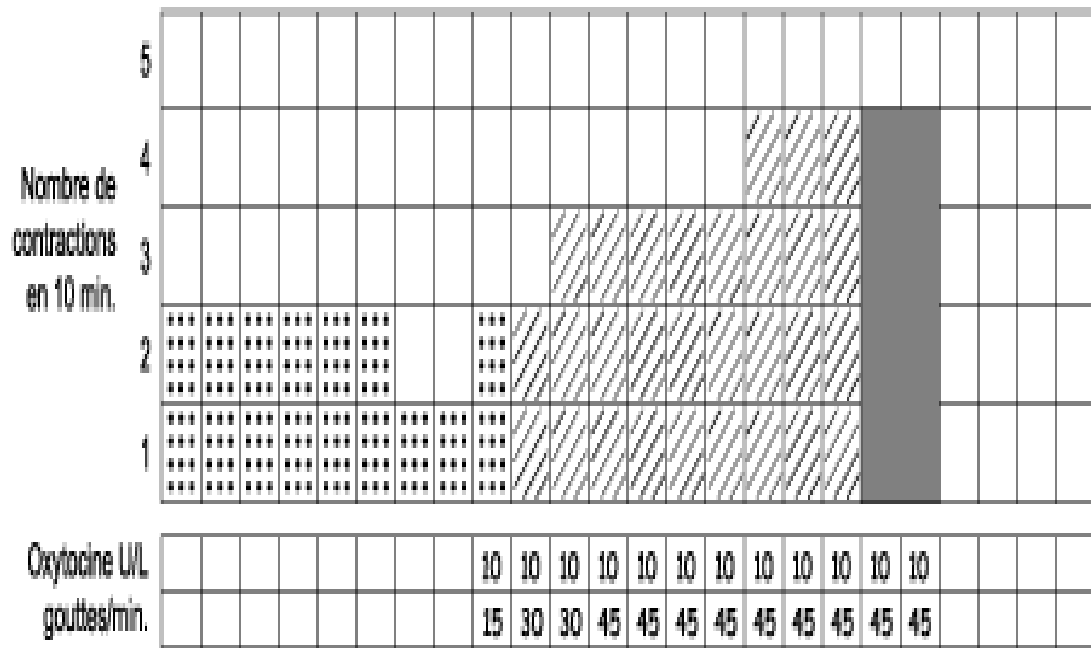


Figure 14 : Représentation des contractions utérines (fréquence et durée)

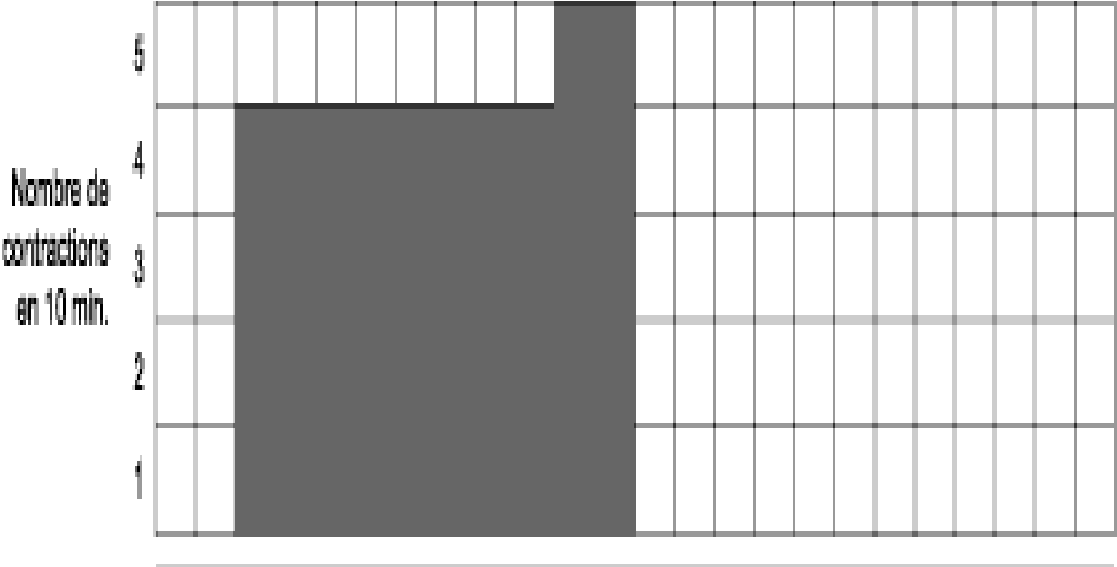


Figure 15 : Nombre de contraction en 10mn

Elles doivent être observées d’un double point de vue :

Leur fréquence : combien de fois sont-elles ressenties en l’espace de 10 minutes ?

Leur durée : combien de temps durent-elles ?

La durée des contractions est mesurée en nombre de secondes, à partir du moment où la contraction commence à être ressentie au palper abdominal jusqu'au moment où elle passe.

Au-dessous de la ligne horizontale prévue pour l'enregistrement du temps, il y a une grille de cinq cases de haut sur toute la longueur de la page au regard de laquelle on peut lire, à gauche : « Nombre de contractions en 10 minutes ».

Chacune des cases correspond à une contraction. Si deux contractions sont ressenties en l'espace de 10 minutes, il faut utiliser deux cases pour les enregistrer.

Les contractions utérines seront notées toutes les demi-heures.

C'est à la palpation que l'on détermine le nombre de contractions en 10 minutes et on note leur durée (en secondes). On peut aussi utiliser un cardiotocographe (monitoring).

On note :

Si elles durent moins de 20 secondes ;

Si elles durent entre 20 et 40 secondes ;

Si elles durent plus de 40 secondes.

Les médicaments

➤ Ocytocine

En cas d'utilisation d'ocytocine, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

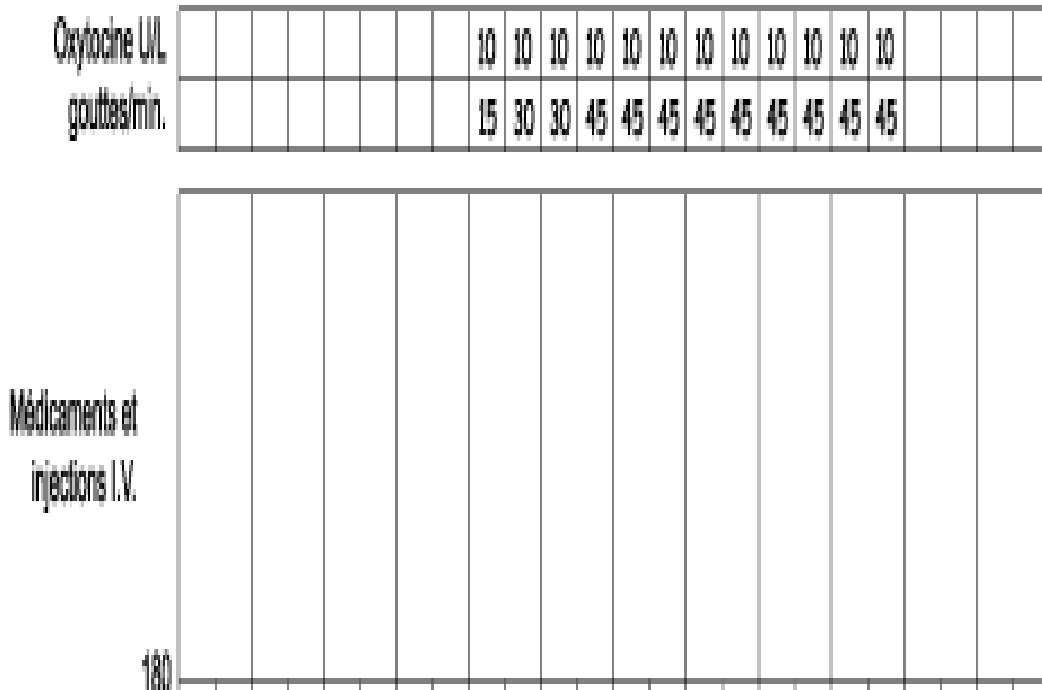


Figure 16 : Représentation des médicaments utilisés pendant le travail

Noter tout apport médicamenteux.

➤ **Pouls**

Noter le pouls toutes les heures et marquer d'un point (●).

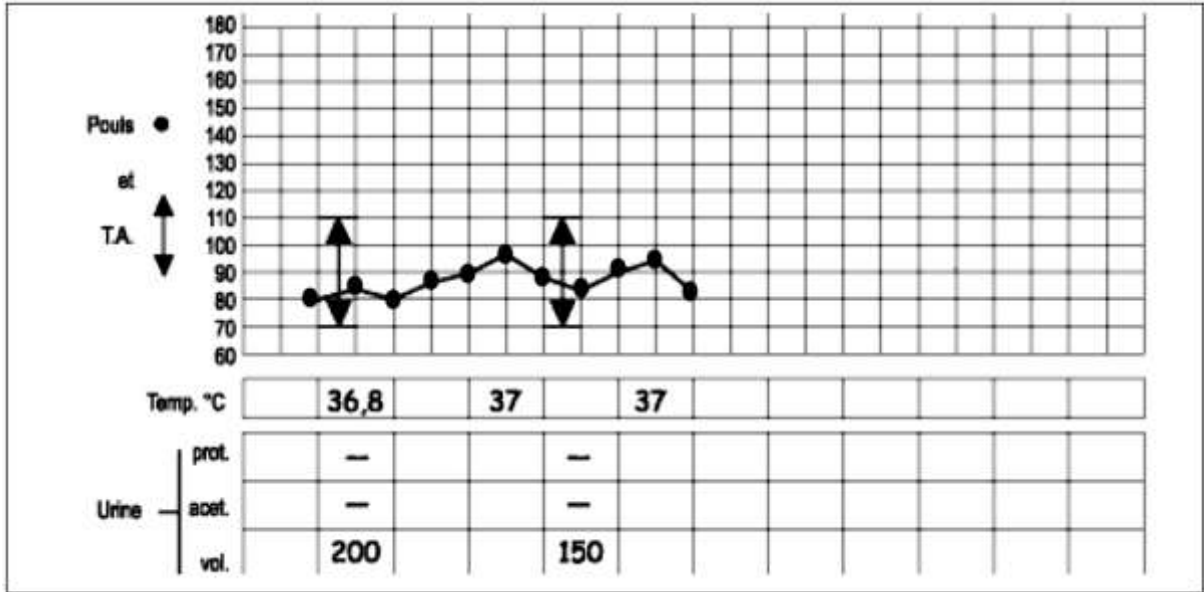


Figure 17 : Représentation du Pouls, T, température et de la diurèse

➤ **Tension artérielle**

Mesurer la TA toutes les quatres heures et indiquer avec des flèches.

➤ **Température**

Prendre la température toutes les 2 heures.

➤ **Urine**

Quantifier les protéines, l'acétone et le volume à chaque miction.

Urine

Nom : **Prénom** **G :** **P :**

Dossier N° :

Date d'admission Heure : Rupture des membranes :
heure

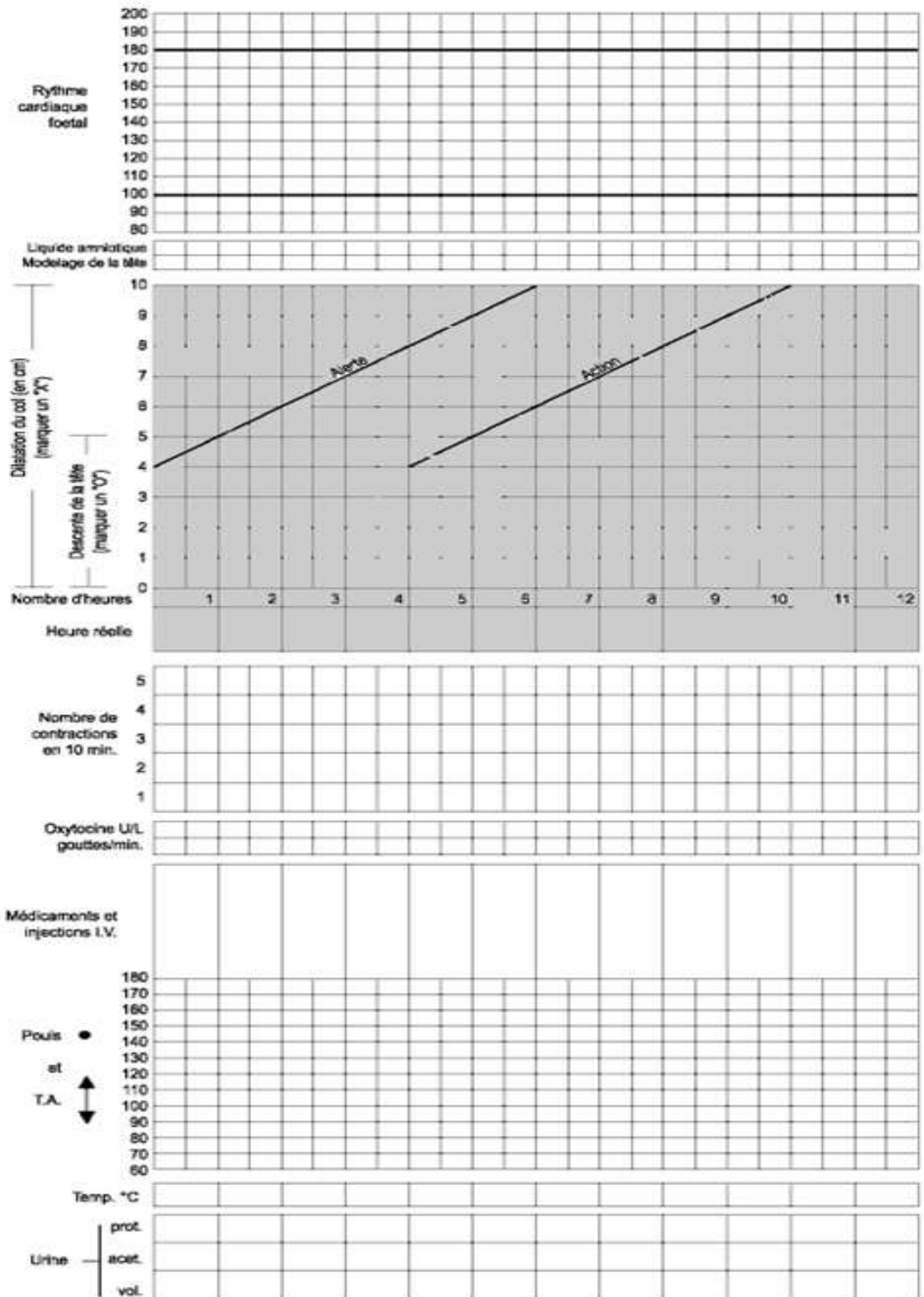


Figure 18 : Partogramme modifié de l’OMS.

5- La progression du travail :

La première période du travail est divisée en deux phases : la phase de latence et la phase active.

5.1. La phase de latence :

Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 5 cm, avec une diminution progressive de la longueur du col. C'est la période de dilatation lente du col.

Si cette phase dure plus de huit heures et s'il y a au moins deux contractions en l'espace de dix minutes, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes.

Par conséquent, si la femme se trouve dans un centre de santé, il faut la transférer à l'hôpital. Si elle est à l'hôpital, une évaluation de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir.

5.2. La phase active :

Lorsque la dilatation atteint 5 cm, le travail entre dans la phase active.

Période de dilatation plus rapide. Elle est celle pendant laquelle la dilatation passe de 5 à 10 cm.

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

Déroulement de la première période du travail :

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable de la première période du travail :

- contractions utérines régulières de fréquence et de durée croissantes ;
- progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci) ;
- la présentation est appliquée sur le col.

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable de la première période du travail :

- contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence ; OU

- progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d'alerte) ; OU
- présentation mal appliquée sur le col.

Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé (tableau S-10).

Déroulement de la deuxième période du travail :

Elle correspond à l'expulsion du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Elle comprend en fait deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation, la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

A cette période, la contraction utérine se renforce des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale. La poussée qui caractérise cette action met en jeu le mécanisme de l'effort abdominal : ampliation du thorax par inspiration profonde et de la glotte ; abaissement du diaphragme tandis la contraction des muscles abdominaux comprime l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière chassant le mobile fœtus vers l'orifice vulvaire. L'envie de pousser est déterminée par le contact de la présentation avec le plancher pelvi-périnéal.

6. Quelques exemples :

a. Accouchement eutocique :

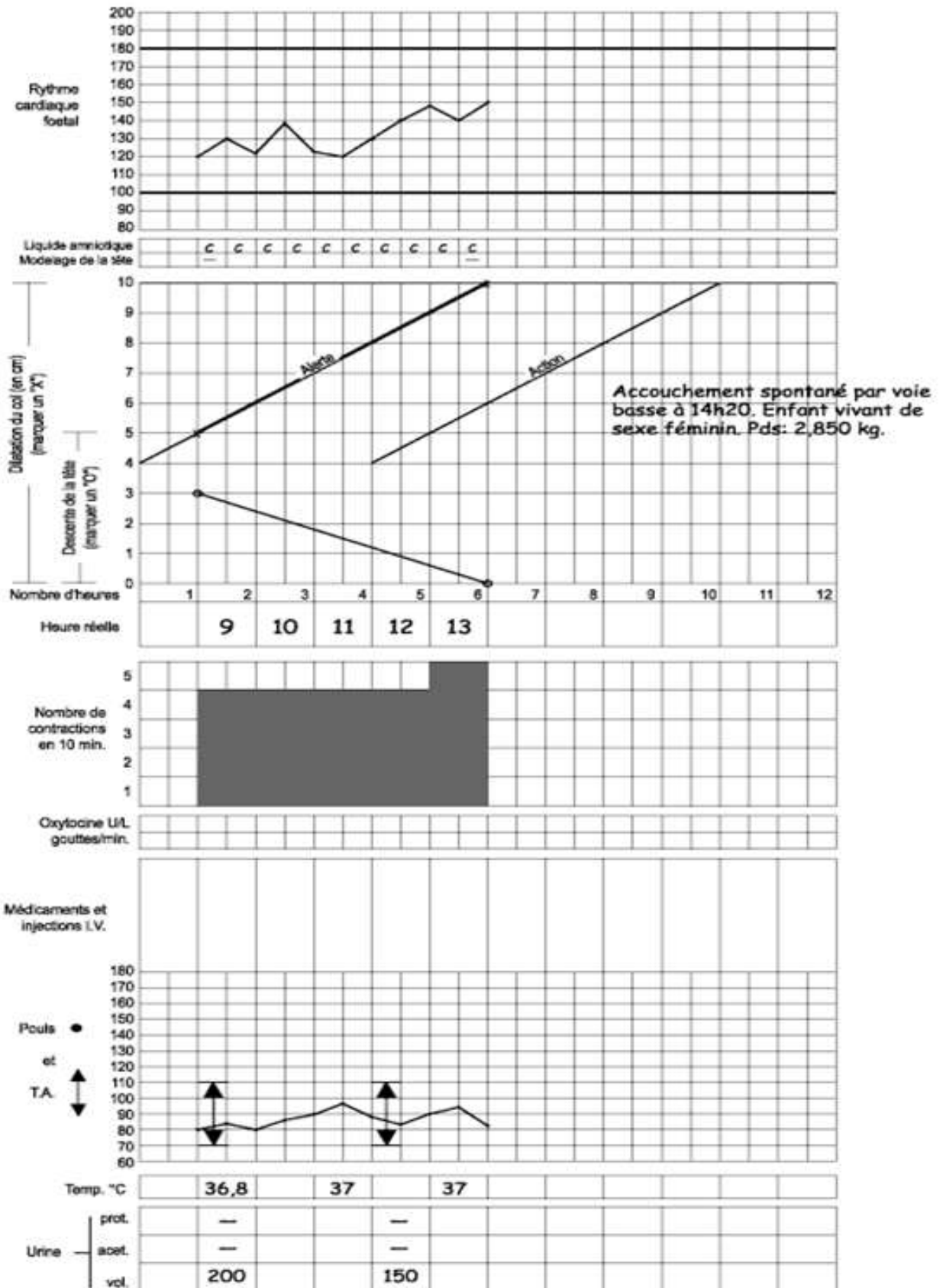
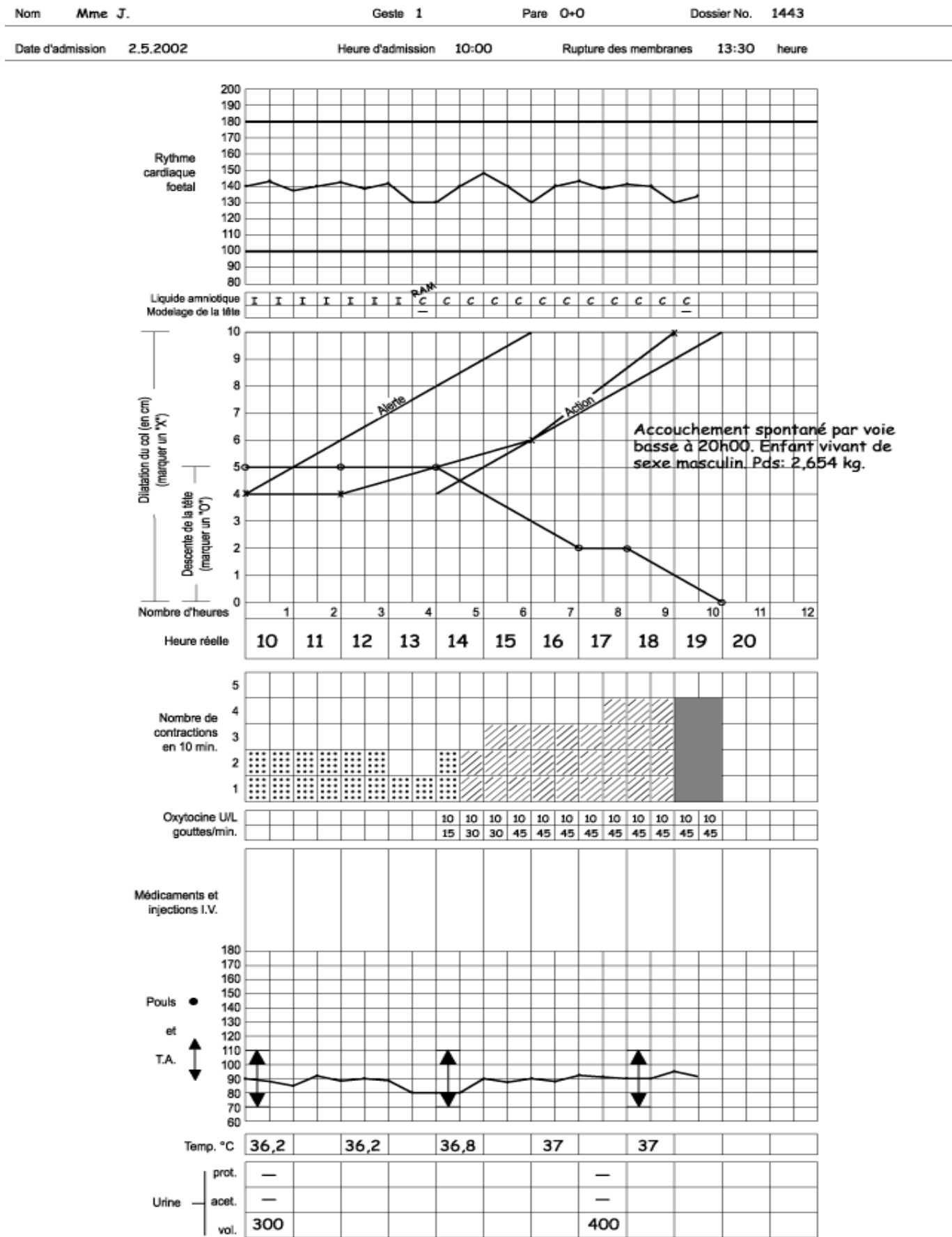


Figure 19: Partogramme d'un accouchement normal.

b. Contractions utérines de mauvaise qualité :



**Figure 20: Partogramme accouchement dystocique
Phase active prolongée**

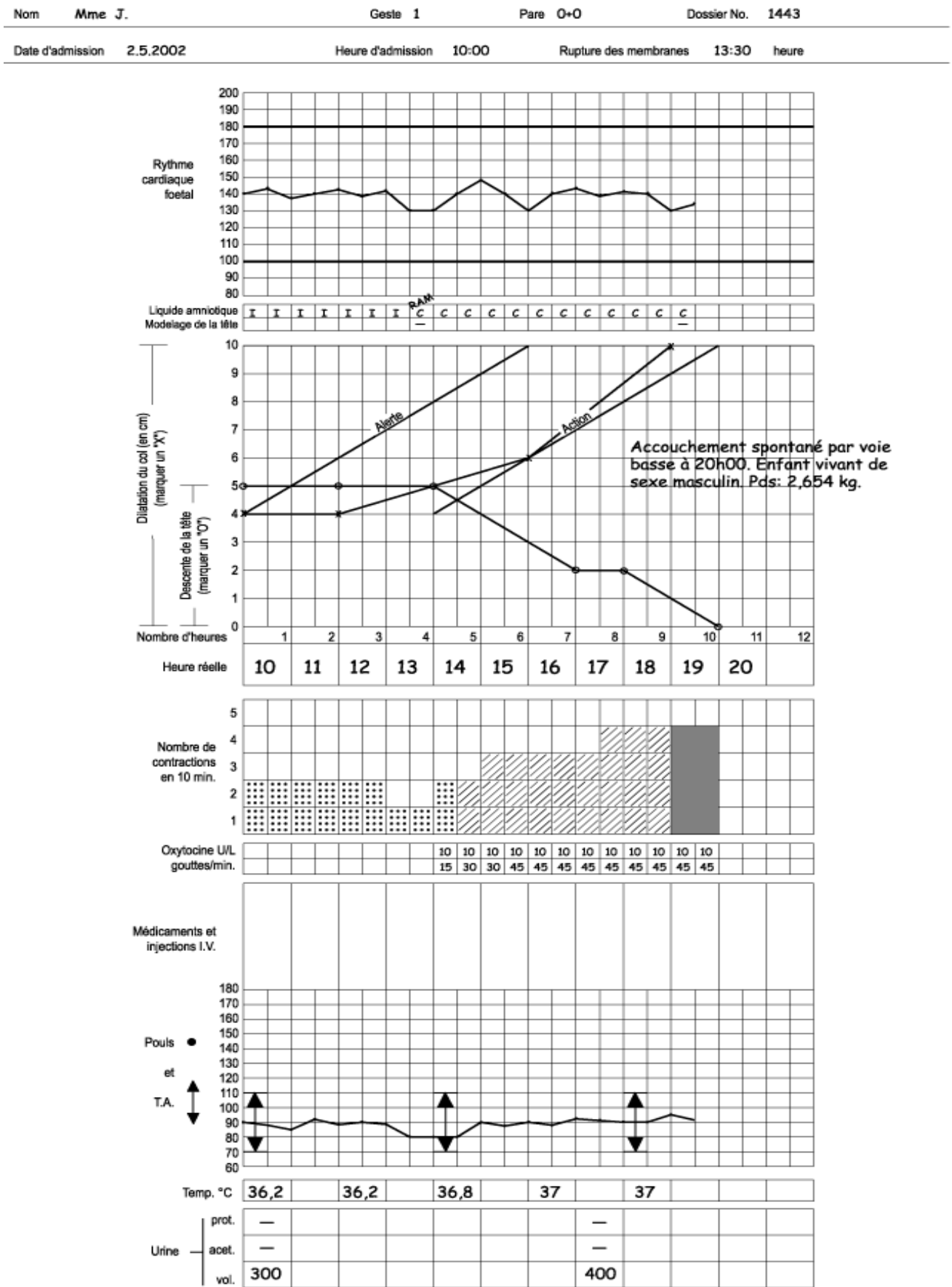


Figure 21: Partogramme accouchement dystocique

d. Ne pas oublier

Au cours de la phase active du travail le col doit se dilater de 1 cm au moins par heure.

Lorsque la courbe de dilatation du col passe sur la droite de la ligne d'alerte, c'est un signe avertissant que le travail est lent et que des problèmes pourraient se poser.

Si la dilatation du col continue à se faire lentement et atteint la ligne d'action, c'est que le travail est dangereusement lent ; il faut décider des mesures à appliquer.

Passage à droite de la ligne d'alerte = **AVERTISSEMENT**. Transférer la femme du Centre de santé de référence à l'Hôpital.

Ligne d'action atteinte = **DANGER POSSIBLE**. Une décision doit être prise quant aux mesures à appliquer (généralement par le médecin ou un personnel obstétrical spécialisé.)

La ligne d'alerte permet le dépistage des dystocies et la ligne d'action impose un geste thérapeutique !

Le moment le plus propice pour l'écoute du rythme cardiaque fœtal se situe après le point culminant d'une contraction. Il faut écouter le cœur du fœtus pendant une (1) minute, la parturiente étant allongée, si possible, sur le côté.

En l'absence de cardiotocographe, si les battements du cœur sont anormaux, Il faut répéter l'auscultation tous les quarts d'heure au moins et pendant une minute, immédiatement après une contraction. Si l'anomalie persiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent (arrêt d'une éventuelle perfusion d'ocytocique, oxygénation, décubitus latéral gauche . . .), ou césarienne moins que l'accouchement soit imminent.

7. Autres problèmes pouvant survenir au cours du travail :

Le partogramme est essentiellement conçu pour permettre de reconnaître une prolongation anormale du travail, mais il est évident que d'autres problèmes peuvent apparaître au cours d'un travail qui se déroule normalement.

Il peut s'agir de :

- Elévation de la tension artérielle ;

- Protéinurie marquée ;
- Saignements ;
- Souffrance fœtale ;
- Fièvre ;
- Présentation dystocique ;
- Défaut d'engagement

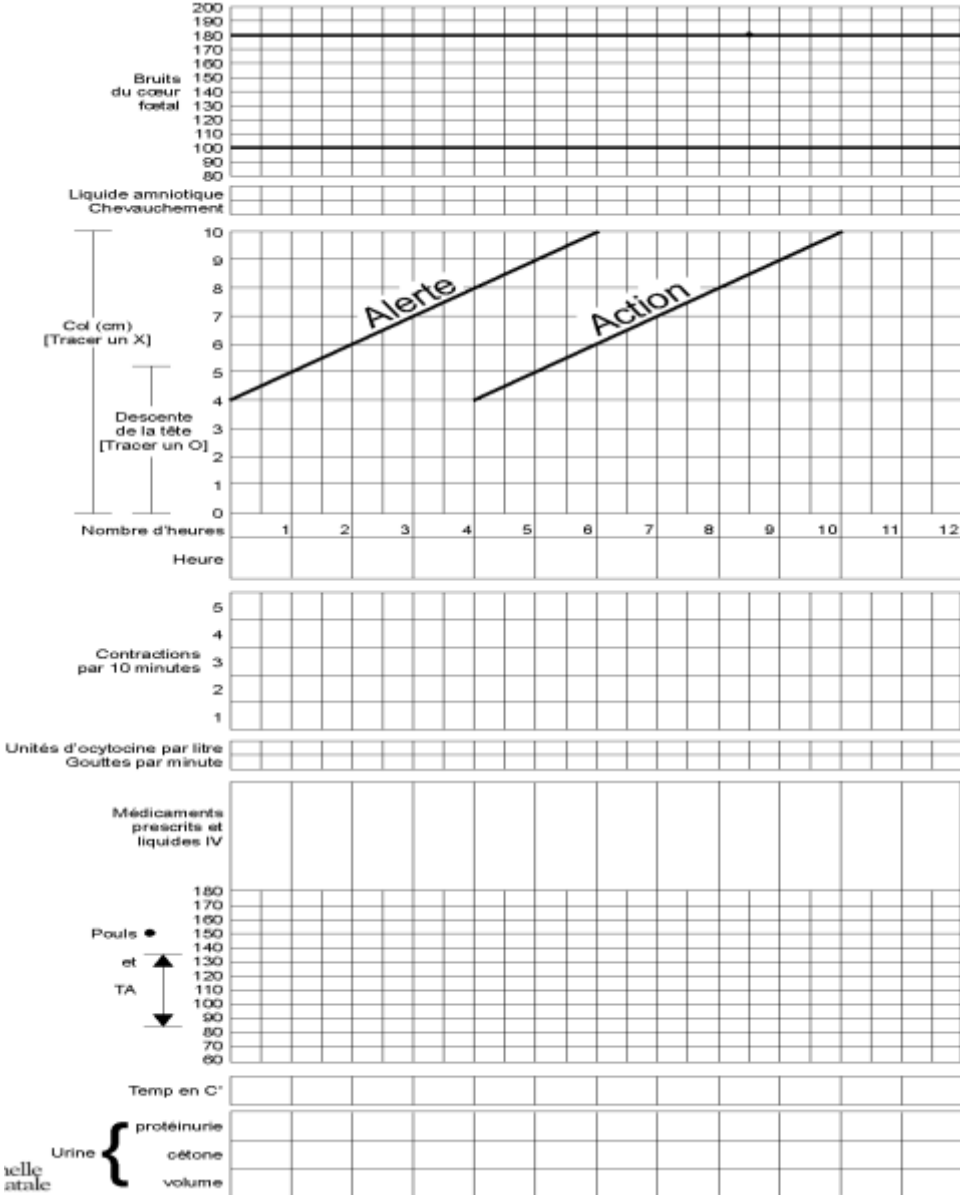
Tous ces problèmes peuvent être diagnostiqués à partir des enregistrements sur le partogramme.

PARTOGRAMME NIVEAU CS / CSCOM

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
 Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
 Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____
 Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G: _____ P: _____ V: _____ AV: _____ IIG: _____
 Entrée à la maternité : Date : _____/_____/20 _____ Heure : _____h _____min Motif : _____
 Début du travail Date: _____/_____/20 _____ Heure : _____h _____min Rupture des membranes Heure : _____h _____min

RISQUE	NORMAL	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm	Moins de 150 cm	TA		Moins 14/9	Convulsion et/ou plus de 14/9
Hémorragie	Non	Oui	Pouls		Moins 100	Plus de 100
A terme	Oui	Entre 28 et 37 semaines	Température		Moins 37°6	Sup. ou égale à 38°
CPN	Nbre : _____	Gross. à risque	HU		Moins 36 cm	Plus de 36 cm
Césarienne dernier accouch	Non	Oui	BCF		Plus de 120	moins de 120 ou plus de 160
Présentation	Sommet	Non céphalique	Contraction		2 par 5 mn	Plus de 1 par 2 mn (en début de travail)
Dernier enfant mort-né	Non	Oui	PDE		Liq. Clair ou intact	



Autres facteurs de risque

Accouchement: _____

Nom de l'accoucheur (se) : _____

Date : _____ / _____ /20

1. Heure: _____h _____mn
 2. Heure: _____h _____mn
 3. Heure: _____h _____mn

Normal	Alerte	Référence
Expulsion		Expulsion
< 45 mn		> 45 mn
Eutocique	dystocique	
Traitement / soins		

APGAR	1 mn			5 mn		
	1	2	3	1	2	3
Pouls/BC*						
Respiration						
Tonus						
Réflexes						
Coloration						
TOTAL						

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta Poids, _____ grs

Référence / Evacuation: Oui Non Si oui Motif: _____ Vers quelle structure: _____ Longueur cordon: _____cm, Petit côté: _____cm

DATE: _____ HEURE: _____

Figure 22: Partogramme actuel selon L'OMS

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

A .Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

1. Présentation du district sanitaire de la commune IV :

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les **NIAKATES** sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/cm DU 18 AOÛT 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

2. Données géographiques :

La commune IV est situé dans la partie Ouest de Bamako.

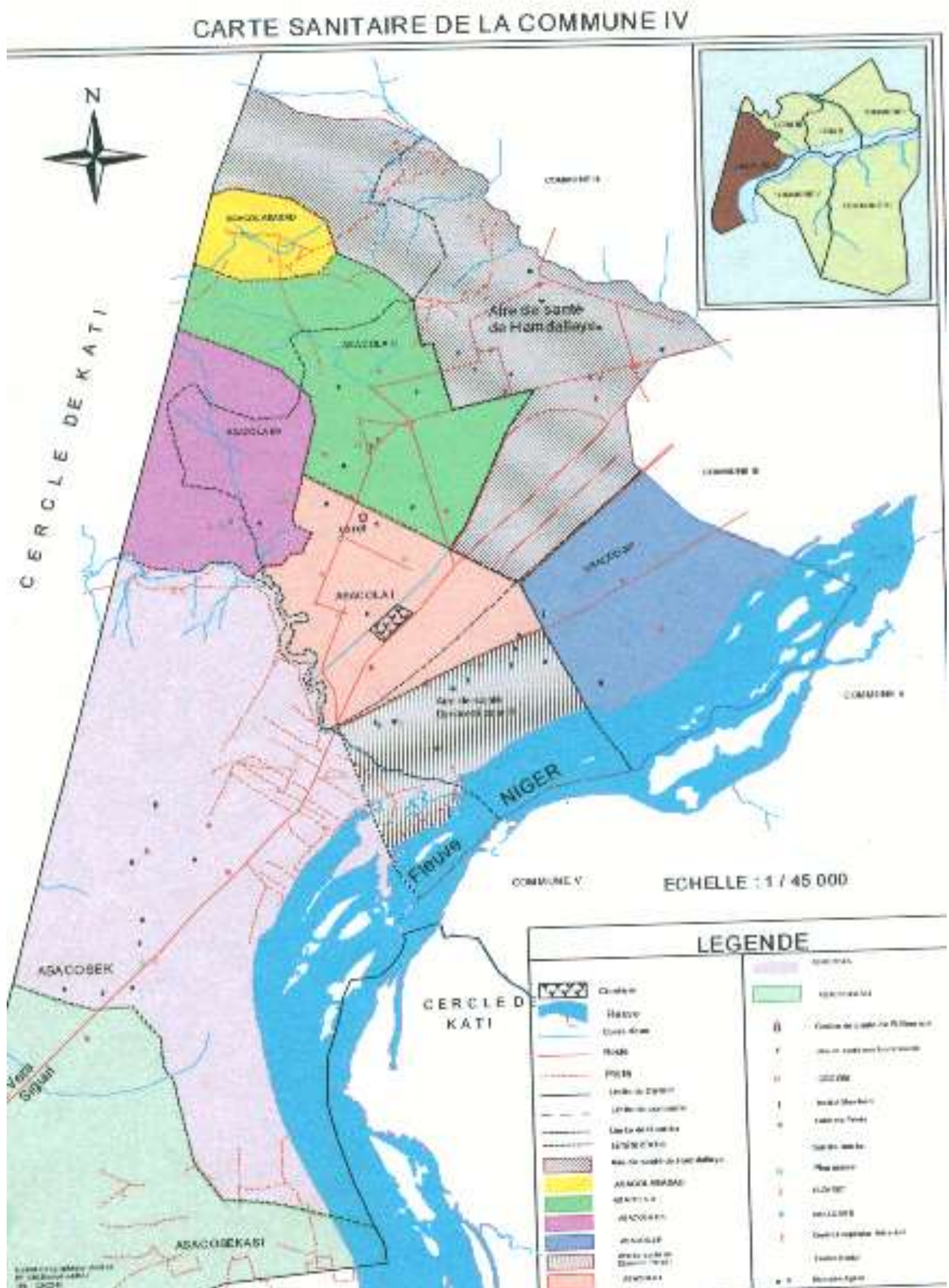
a) Superficie :

Elle couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

b) Limites :

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la commune du Mandé (cercle de Kati) ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001).



3. Données sociodémographiques :

La population totale de la commune IV en 2018, est estimée à 407.074 habitants (Source DNSI, actualisation de population selon le recensement RGPH).

La commune IV représente 17% de la population totale du District de Bamako et 2 % de la population totale du Mali. Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé et Lassa le moins peuplé. La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV.

4. Structures sanitaires :

Au total, le territoire de la commune CIV est couvert par 10 aires de santé de niveau 1 et une structure communautaire de niveau 2.

a) Structures communautaires de premier niveau (au nombre de 10 dont 9 communautaires) :

Il s'agit des centres de santé communautaire (CSCOM) de :

L'ASACOSEK, L'ASACOLAI, L'ASACOLAB5, L'ASACOLAI, L'ASACODIP, L'ASACOLABASAD, L'ASACOSEKASI, L'ASACODJENEKA, L'ASACOHAM et la Maternité René Cisse d'Hamdallaye.

b) Structure communautaire de deuxième niveau :

Elle est représentée par le centre de Santé de Référence de la commune IV.

c) Structures privées (au nombre de quarante-huit) :

❖ Cliniques :(au nombre de 17)

Faran Samaké, Fraternité, Acti Santé, Serment, Lafia, Eureka, Lac Télé, Kabala, Amina, Tramed, Source de Vie, Défi, Horizon Santé, Layidou, Pasteur, Indo Africa et Djiguiya.

❖ Cabinets médicaux :(au nombre de 24)

Guérison, Bien Etre, MoctarThera, Efficacité Santé, Maharouf, Djédjé, Kabalaso, Soins Niana, Mandé Keneya, Diakité, Bah Bintou, Esperance, Magnéné, Diassa Missa, Sabugnuma, Ouna, Baoumou, Oscar Santé, Djamadu, Moussa Keita, Molo, Stomadent, Yeelen et Sage-Femme Mandé.

❖ Centres socio-humanitaires :(au nombre de 7)

CHU le Luxembourg, EL RAZI, EL HILAL D'IRAN, Islamic Relief, CNAAM, AMALDEME et Mali Gavardo.

5. Présentation du CSREF de la commune CIV :

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune CIV, à Lafiabougou. Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création en 1981 érigée en CS Réf CIV en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

a) Infrastructures :

Le centre de santé de référence de la commune IV comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Une unité de développement social ;
- Une unité de Gynécologie-Obstétrique ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de Médecine Générale ;
- Une unité d'Ophtalmologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de Pédiatrie ;
- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'Anesthésie ;
- Une salle d'accouchement ;
- Un bloc opératoire ;
- Une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la Gynécologie-Obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la Chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la Médecine générale et deux pour la Pédiatrie ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité PEV ;
- Un cabinet dentaire ;
- Un laboratoire ;

- Une salle d'échographie ;
- Une salle des urgences ;
- Un dépôt de médicaments essentiels ;
- Une unité de prise en charge des malades tuberculeux (DAT) ;
- Une unité de prise en charge de la lèpre ;
- Une unité de dépistage du cancer du col ;
- Deux salles de soins infirmiers ;
- Une unité de brigade d'hygiène ;
- Une morgue ;
- Une mosquée.

Personnels :

Le personnel du CSREF de la commune IV comprend :

QUALIFICATION	NOMBRE
Médecins Spécialistes	25
Médecins Généralistes	28
Pharmaciens	02
Echographe	01
Assistants Médicaux	19
Biologiste	02
Comptables	03
Techniciens Supérieur de Santé(TSS)	20
Techniciens de Santé(TS)	27
Sages-Femmes	26
Infirmières Obstétriciennes	15
Aides-Soignantes	13
Gestionnaires	07
Informaticiens	02
Agents de la brigade d'hygiène	05
Chauffeurs	06
Manœuvres	10
Gardiens	03
Attaché d'Administration	08
Lingère	02
Planton	02
Aide Comptable	01
Total	227

c)Logistiques :

DESIGNATION	BON	MAUVAIS
Moto	5	9
Moto Ambulance	0	0
Ambulance	3	2
Autres Véhicules	2	1
RAC	1	0
Téléphones	1	0
Réfrigérateurs	32	12
Congélateurs	2	0
Groupe Electrogène	3	2
Panneau Solaire	40	0
EDM	1	0
Téléviseurs	0	0
Vidéo Projecteurs	1	2
Ordinateurs de bureau	24	1
Ordinateurs Portables	11	1
Imprimantes	28	5
Connexion Internet	1	0

B. Présentation du service de Gynécologie-Obstétrique

a) infrastructures :

Le service dispose de deux blocs séparés par une allée. Le premier comporte :

- à l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements ;
- à gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau des sage-femme maîtresses, qui fait face à la salle de garde des sages-femmes ;
- au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation ;
- au fond les deux blocs opératoires, septique et aseptique, séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une, servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

b) Personnels :

- quatre (4) Gynécologues-Obstétriciens
- douze (12) Médecins généralistes ;
- vingt-six (26) Sages-femmes ;
- quinze (15) Infirmières Obstétriciennes ;
- vingt (20) Etudiants faisant fonction d'internes ;
- manœuvres

c) Fonctionnement :

- un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08h30min réunissant les internes et le personnel du service. Il est dirigé par un Gynécologue-Obstétricien ;
- les visites des malades hospitalisés sont quotidiennes, dirigées par un Gynécologue-Obstétricien ;
- les consultations des malades externes sont effectuées le lundi, mercredi et vendredi ;

- les programmes opératoires sont effectués le mardi et jeudi ;
- une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée d'un gynécologue-obstétricien ; deux Médecins Généralistes, deux Sages-femmes, deux Infirmières Obstétriciennes, deux Internes et des Stagiaires ;
- des consultations prénatales tous les jours ouvrables.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale prospective et descriptive.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1er Janvier au 31 Décembre 2018 soit 12 mois.

4. Population d'étude :

Elle était constituée par les femmes qui ont accouché à la maternité du centre de santé de Référence de la commune IV du district de Bamako pendant la période d'étude.

5. Critères d'inclusion :

Toutes les femmes qui ont accouché à la maternité pendant la période d'étude et dont le travail a été suivi à l'aide du partographe à partir de la phase active du travail d'accouchement.

6. Critères de non inclusion :

- Les femmes ayant accouché à domicile ;
- Les femmes ayant subi une césarienne prophylactique ;
- Les femmes admises pour avortement précoce et tardif ;

Les femmes admises en période d'expulsion

7. Support des données :

Les données ont été recueillies sur un questionnaire comportant les chapitres des facteurs de risque, la durée du travail, la courbe de la dilatation cervicale et les éléments de la surveillance materno-foetale.

8. Méthode d'analyse :

a. Les variables étudiées :

Pour l'analyse d'évaluation de l'utilisation du partographe, les variables prises en compte sont :

Chez la femme les variables sont regroupées en catégories suivantes :

- l 'âge : les tranches d'âge de 15ans-19ans, 20ans-24ans, 25ans-29ans, 30ans-34ans et ≥ 35 ans ;
- la gestité : primigeste (1ère grossesse), pauci geste (2 à 4 grossesses) et la multi geste (plus de 4 grossesses).
- la parité : nullipare (aucun enfant), primipare (1enfant vivant), paucipare (2 à 4 enfants) et la multipare (plus de 4 enfants vivants).
- l'intervalle intergénéique (en années) : 1-2, 2-3, 3-4, et > 4 .
- le motif d'entrée : venue d'elle-même ou évacuée.
- motif d'admission : CUD, perte des eaux, saignement etc.
- la taille (en cm) : moins de 150 et plus de 150.
- l'hémorragie à l'entrée : présence et absence.
- la CPN (nombre) : aucune, 1 à 3 et ≥ 4 CPN.
- la césarienne au dernier accouchement : oui ou non.
- dernier enfant mort-né : oui et non.
- la hauteur utérine (en cm) : < 32 , $32 - 36$ et > 36 .
- la présentation (type) : céphalique, siège ou transverse.
- la dilatation cervicale à l'entrée (en cm) : phase de latence (1 à 3) et la phase active (4 à 7).
- la poche des eaux : rompue ou non rompue
- la couleur du liquide amniotique : clair, teinté, méconial ou sanglant.
- la tension artérielle (mm Hg) : $< \frac{140}{90}$, $\frac{140}{90} - \frac{160}{100}$ et $> \frac{160}{100}$.
- la température ($^{\circ}\text{C}^{\circ}$) : moins de 37,5 et plus 37,5.
- l'engagement de la présentation : engagée ou non engagée.

- le mode d'accouchement : voie basse normale (eutocique), voie basse par ventouse ou forceps (dystocique) et la Césarienne ;
- l'évolution du travail par rapport aux différentes lignes du partographe : à gauche de la ligne d'alerte, entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, et à droite de la ligne d'action ;
- la durée de l'expulsion du travail (en minute) : < 45 et > 45 ;
- la durée du travail d'accouchement (en heure) : $< 10, 10 - 24$ et > 24 ;
- l'évolution de l'état maternel : mère vivante et mère décédée ;
- Nous avons recueilli également les motifs de référence et les indications de la césarienne.

Chez le nouveau-né :

- le rythme cardiaque fœtal (BPM) : $< 120, 120 - 160$ et > 160 ;
- le score d'Apgar : ≤ 7 et $7 <$;
- Le poids de naissance (en gramme) : $< 2500, 2500 - 4000$ et > 4000 ;
- Le pronostique fœtal : enfant vivant et enfant décédé ;
- L'état du nouveau-né : frais et macéré ;
- Aussi quelques variables ont été mises en corrélation.

Pour l'appréciation de la qualité de remplissage du partographe ; nous nous intéresserons aux paramètres suivants :

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

Les limites : Pour la rubrique thérapeutique, notre méthodologie ne nous permet pas d'établir le rapport entre les médicaments administrés et les gestes pratiqués par les personnels et leurs absences sur les fiches des partogrammes.

b. L'analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2018 pour la saisie et l'analyse des données a été effectuée à partir du logiciel SPSS version 25

Le test statistique utilisé est le Khi2. L'obtention d'une probabilité p inférieur à 0,05 est en faveur de l'existence d'un lien statistique entre les variables comparées.

DEFINITIONS OPERATOIRES

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

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

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

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

Accouchement normal à terme : naissance entre 37 et 42 semaine d'aménorrhée(SA) d'un nouveau-né immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal.

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

Grossesse :(selon Larousse 2008) est l'état qui commence lors de la fusion du spermatozoïde avec l'ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

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

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

Gestité : c'est le nombre de grossesses

Nulligeste : 0 grossesse

Primigeste : 1 grossesse

Paucigeste : 2 à 4 grossesses

Multigeste : 5 à 6 grossesses

Grande multi geste : 7 et plus grossesses

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme

Paucipare : 2 à 4 accouchements

Multipare : 5 à 6 accouchements

Grande multipare : 7 et plus accouchements

Score d'Apgar : permet d'évaluer l'état général du nouveau-né à la 1^{ère} et 5^{ème} minute de la vie extra- utérine.

Il est coté de 0 à 10

0 : mort-né

1-3 : état de mort apparente

4-6 : état morbide

Supérieur ou égale à 7 : bon ou satisfaisant.

RESULTATS

V. RESULTATS

Nous avons estimé qu'avoir 400 dossiers à analyser est suffisant. Le total des accouchements en 2018 était de 8011. Une fraction de sondage de 1/20 est utilisée pour tirer au sort les dossiers d'accouchement

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction du profil du prestataire

Profil du prestataire	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	385	96,2
Interne/médecin	15	3,8
Total	400	100

96,2 % des partogrammes étaient remplis par des sages-femmes

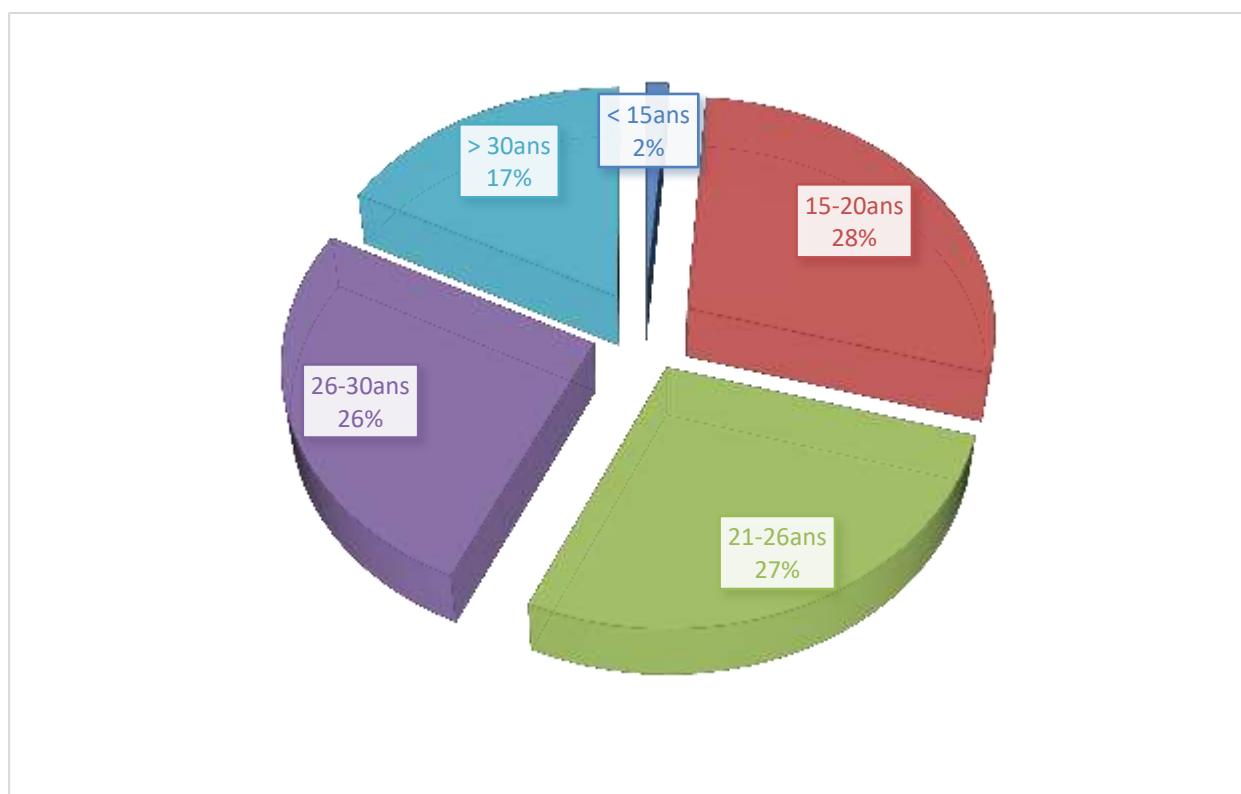


Figure 23: Répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge

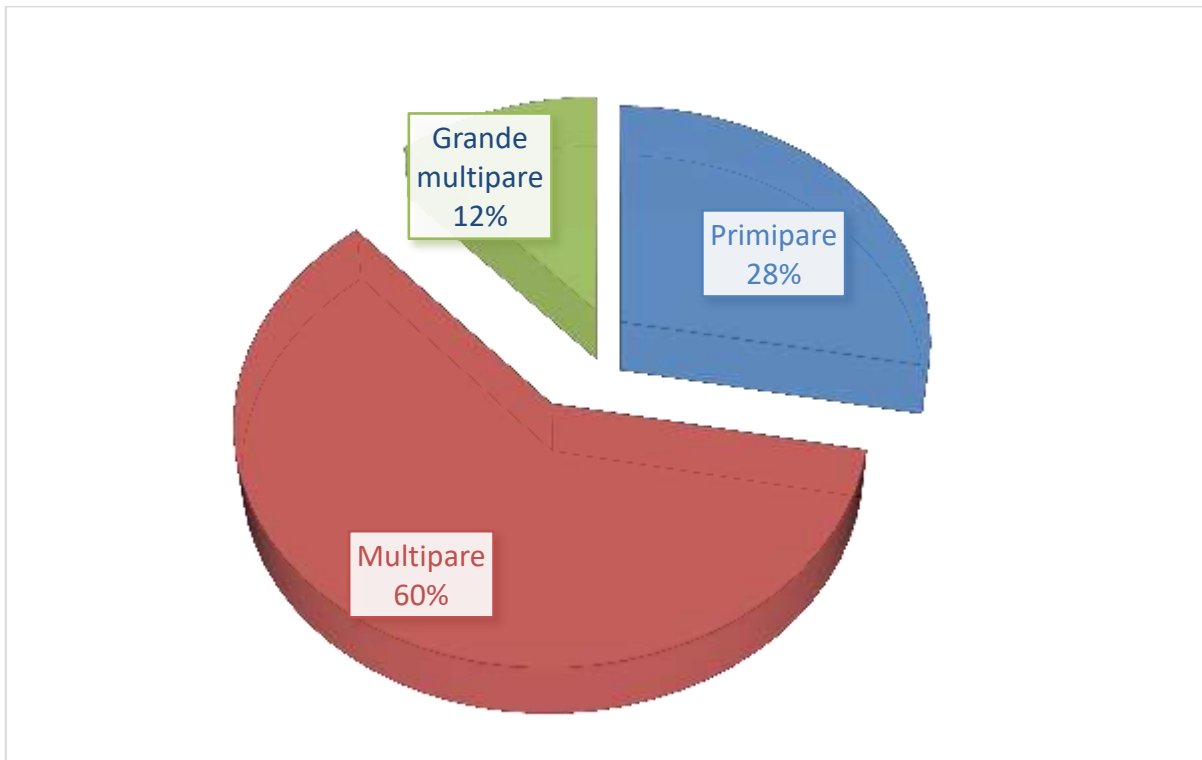


Figure 24 : Répartition des parturientes en fonction de la parité

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de leur motif d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Dilatation stationnaire	13	43,4
Souffrance fœtale aigue	5	16,6
Hémorragie au cours du travail	3	10
Période d'expulsion > 45mn	3	10
Présentations vicieuses	6	20
CUD sur grossesse	368	92,0
RPM	5	1,3
Autre	28	6,7

Les CUD sur grossesse ont représenté **92,0%** du motif d'admission.

NB : Autres signifient : saignement (8), dépassement de terme (7), HTA(7), problème de bassin(6).

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction des paramètres d'examen d'entrée.

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Taille(m)		
< 1,5	3	0,8
> 1,5	397	99,2
Nombre CPN		
Aucune	44	11,0
1-3CPN	130	32,5
≥ 4CPN	226	56,5
Facteurs de risque		
Antécédent de césarienne	29	7,25
HTA	6	1,5
Diabète	3	0,75
Grande multiparité	26	6,5
Sans ATCD	336	84
Hauteur Utérine (cm)		
≤ 30	13	3,3
30-35	377	94,2
≥ 36	10	2,5

La hauteur utérine comprise entre 30- 35 a été le paramètre d'examen le représenté soit 94,2% des cas

Tableau IV: Répartition des parturientes en fonction du moment de l'ouverture du partogramme et l'examen clinique durant phase active la première période du travail

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Toutes les heures	396	90,0
Plus d'une heure	4	10,0

90 % des parturientes ont été examiné toutes les heures durant la phase active

Tableau V: Répartition des parturientes en fonction des paramètres fœtaux.

Paramètres fœtaux		
Fréquence des BDCF ≤ 120	9	2,2
120-160	387	96,8
≥ 160	4	1,0
Niveau de la présentation		
Modelage de 0 à +4	347	86,8
Modelage de -1 à -5	53	13,2
Couleur liquide amniotique		
Clair	393	98,3
Jaunâtre	2	0,5
Méconial	5	1,2

98,3 % des cas le liquide amniotique étaient clair

Tableau VI : Répartition des parturientes en fonction de la décision si atteinte de la ligne d'action par le tracé

Décision	Effectif	Pourcentage
Voie basse	10	37,0
Césarienne	9	33,3
Ventouse	8	29,6
Total	27	100

La voie basse a représenté 33,3% des cas.

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

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
< 12h	379	94,8
12 – 24 h	21	5,2
Total	400	100

94,8% des parturientes ont accouché moins de 12heures.

Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de la qualité de remplissage du partogramme.

Qualité de remplissage	Effectif	Pourcentage
Correctement rempli	40	10
Incorrectement rempli	360	90
Total	400	100

Les partogrammes incomplètement remplis ont représenté 90% des cas

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction de la zone du partogramme

Moment d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Avant la ligne d'alerte	382	95,5
Entre les lignes d'alerte et d'action	17	4,2
Après la ligne d'action	1	0,3
Total	400	100

95,5% des parturientes ont accouché avant la ligne d'alerte

Tableau X: Répartition des nouveau-nés en fonction des paramètres d'examen

Paramètres	Effectif	Pourcentage
Poids		
1000-1500g	1	0,3
1500-2500g	14	3,5
≥ 2500g	385	96,2
Apgar		
0 à 3	6	1,5
4 à 7	19	4,8
8 à 10	375	93,7

93,7% des nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance.

Tableau XI: Relation entre la durée de travail et le pronostic du nouveau-né

Durée travail	Pronostic du nouveau-né			Total
	Vivant	Mort-né	Décès néonatal	
< 12h	373	5	1	379
12 – 24 h	20	1	0	21
Total	393	6	1	400

Test exact de Fischer : P= 0,397

Il n’existait pas de relation entre la durée du travail et le pronostic du nouveau-né ($p>0,05$).

Tableau X II : Relation entre la durée du travail et le score d’Apgar du nouveau-né

Durée travail	Apgar			Total
	0à 3	4à7	7à10	
< 12h	6	11	367	379
12 – 24 h	0	8	8	21
Total	6	19	375	400

Test exact de Fischer : P= 0,000406

Il existait une relation statistiquement significative entre la durée du travail et le l’Apgar ($p<0,05$).

Tableau XIII: Relation entre franchissement de la ligne alerte et la décision prise

Atteinte de la droite de la ligne alerte	Décision si atteinte				Total
	Référer au médecin	Voie basse	Césarienne	Ventouse	
Oui	1	6	9	8	24
Non	2	1	0	0	3
Total	3	7	9	8	27

Test exact de Fischer : P= 0,00072

Il existait une relation statistiquement significative entre l'atteinte de la droite de la ligne alerte et la décision si atteinte ($p < 0,05$).

Tableau X IV: Relation entre la durée du travail et la parité

Durée du travail	Parité			Total
	Primipare	Multipare	Grande multipare	
< 12h	106	230	43	379
12 – 24 h	6	12	3	21
Total	112	242	46	400

Test exact de Fischer : P= 0,8786

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la durée du travail et la parité ($p > 0,05$).

Tableau XV: Relation entre la zone du partogramme et le score d'Apgar du nouveau-né

Moment d'accouchement	Apgar			Total
	0à3	4 à7	7à10	
Avant ligne d'alerte	6	11	363	382
Entre lignes d'alerte et d'action	0	8	11	17
Après ligne d'action	0	0	1	1
Total	6	19	375	400

Test exact de Fischer : P= 0,000438

Il existait une relation statistiquement significative entre le moment d'accouchement et le score d'Apgar ($p < 0,05$).

6% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 0-3.

19% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 4-7.

375% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar 7-10.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Discussions méthodologiques :

Nous avons effectué une étude transversale avec des questions rétrospectives sur l'appréciation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de la commune CIV du district de Bamako. Certaines données ont manqué à cause du fait que les partogrammes étaient incorrectement remplis.

2. Paramètres étudiés :

Age :

Dans notre étude la majorité des parturientes (28,2%) avaient une tranche d'âge comprise entre 15 et 20 ans avec une moyenne de 17 ans, cette moyenne est égale à celle de CAMARA S [6] au CS Réf de la CV du district de Bamako en 2007 mais inférieure à celle de SAMAKE D [40] au CS Réf de la CVI du district de Bamako en 2016 et CH. KOME [45] au CS Réf de la CII du district de Bamako en 2015.

Parité :

Les parturientes étaient des multipares dans 60,5% des cas, ce taux est supérieur à ceux de SAMAKE D [40] avec (37,7%) au CS Réf de la CIV du district de Bamako en 2016 et celui de TOURE.O [41] qui a trouvé (36,5%) dans la commune urbaine de Sikasso en 2009.

La consultation prénatale :

Environ 56,5% des femmes ont fait plus de quatre consultations prénatales. Ce taux est supérieur à celui de CAMARA S [6] qui a trouvé 47% au CS Réf de la CV en 2007 ; SAMAKE D [40] avec 35,6% au CS Réf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celui d'AROU AZ [44] qui a trouvé 33,5% au CS Réf de Niono en 2017. Les parturientes n'ayant pas effectué de CPN représentaient environ 11%.

L'information sur le nombre de CPN effectué par les parturientes était de 100%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires prennent du temps de vérifier le nombre de CPN par les parturientes vu l'importance de CPN dans la conduite à tenir au cours du travail d'accouchement.

Bruits du cœur fœtal :

Près de 97,8% des fœtus avaient un rythme cardiaque compris entre 120 et 160 battements à la minute. Dans l'évaluation classique des bruits cardiaques fœtaux, on évaluait le pouls fœtal à l'aide d'un stéthoscope obstétrical en faisant une moyenne sur 15 ou 30 secondes. Le rythme était normal entre 120 et 160 battements par minute.

La présentation du fœtus :

Près de 95,5% des fœtus étaient en présentation céphalique. La présentation du siège a représenté 3,5% des cas. La présentation n'avait d'effet majeur sur le devenir du nouveau-né et sur la voie d'accouchement. Ceci pourrait s'expliquer que 70% des parturientes avaient une présentation fœtale en siège, étaient des multipares et le poids moyen était 2500 grammes.

Le score d'APGAR :

Plus de 97,3% de nos nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8. Le score d'Apgar inférieur ou égal à 7 a représenté 6,3% des cas. Ce taux est inférieur à celui de SAMAKE D [40] avec 17,3% au CS Réf de la CVI du district de Bamako en 2016 et de loin inférieur à celui de DEMBELE. D [28] qui a trouvé 56,6% des cas au CS Réf de la CII en 2002.

La coloration du liquide amniotique :

Les parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair à la rupture de la poche des eaux ont représenté 98,3% de cas. Ce taux est supérieur à celui de SAMAKE D [40] qui était 88,6% en 2016 au CS Réf de la CVI du district de Bamako et celui de CH. KOME [45] qui a trouvé 90%.

La durée du travail

Plus de 94,8% de nos parturientes ont fait moins de 12 heures de travail. En relation avec le score d'APGAR, on n'a pas trouvé une relation statistiquement significative entre la durée d'accouchement et le score d'APGAR (khi carré = 0,193 P = 0,908).

Pronostic néonatal :

Les nouveau-nés au décours de l'utilisation du partographe avaient un état à la naissance généralement satisfaisant. Notre taux de mortalité néonatale est de 1,5%. Ce taux est inférieur à celui de SAMAKE D [40] avec 12,7% au CSRef de la CVI du district de Bamako en 2016 et à celui d'AROU A Z [44] qui a trouvé 6,5% au CSRéf de Niono. Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 comme DAILLAND et TRAZIER cité par BERTHE. Y. Un nouveau-né ayant un score d'APGAR supérieur ou égal à 8 est vigoureux.

Pronostic maternel :

Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de notre étude comme ce fut le cas de celle réalisé par SAMAKE D [40] au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celle d'AROU A Z [44] au CS Réf de Niono en 2018. Certains auteurs comme : Huss et collaborateurs à Nice rapportaient 32,9 pour 100 000 naissances vivantes.

Utilisation du partographe :

Le partographe a été utilisé avec une fréquence de 100%. Cette fréquence est égale à celle de SAMAKE.D[40] au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 et à celle d'AROU.A Z[44] au CS Réf de Niono en 2017 mais plus élevée que celle trouvée par SANOGO.A[29] dans une étude réalisée en commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partogramme et KONE M.[42] qui a rapporté un taux de 48% dans le CSCOM de Garantiguiougou en 2007. Cette disparité dans l'utilisation du partographe dans nos différents centres pourrait s'expliquer d'une part par la négligence des agents impliqués dans les accouchements et d'autre part par leur effectif qui varie d'une structure à une autre. En effet, dans les centres où le taux d'utilisation du partographe a atteint 100%, nous avons plus de sages-femmes et médecins que d'infirmières obstétriciennes. Notre taux du partographe incomplètement rempli (90%) est inférieur à celui de SAMAKE D[40] qui a trouvé 95,5% au CS Réf CVI du

district de Bamako en 2016 et à celui d'AROU A.Z[44] qui a trouvé 98% au CS Réf de Niono en 2017.

Connaissance et attitudes des prestataires :

Pour comprendre les raisons de ce mauvais remplissage, nous avons donné un questionnaire à certaines sages-femmes qui ont évoqué les raisons suivantes :

- L'existence de beaucoup de supports à remplir ;
- Un nombre élevé de parturientes à suivre en même temps ;
- Un nombre insuffisant de sages-femmes de garde ;
- La simple négligence.

En effet, même si 100% des sages-femmes interrogées affirment être formées sur l'utilisation du partographe.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Nous avons réalisé une étude transversale prospective et sur l'utilisation du partographe chez 400 parturientes dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako sur la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Ainsi, nous avons noté que le taux d'utilisation du partographe était 100%. Les principales insuffisances dans l'utilisation du partographe qu'ils étaient incorrectement remplis (90%) des cas. Certaines données (antécédents obstétricaux, premier examen à l'admission, la fréquence des BCF, durée du travail, type de délivrance, le pronostic du nouveau-né et la surveillance du post partum) ont été le plus souvent rapportées sur les partogrammes. Concernant les nouveau-nés nous avons enregistré 393 vivants soit 98% des cas 7 mort nés dont 6 mort nés frais soit 1,5% des cas et 1 mort né macéré soit 0,5% des cas. L'amélioration de la qualité du remplissage du partographe est le gage de l'amélioration du pronostic maternel et fœtal.

La sensibilisation, la formation, et le suivi des agents quant à l'intérêt du partographe peuvent contribuer à sa meilleure utilisation.

2. RECOMMANDATIONS :

Aux responsables du CSRéf :

- Réorganiser la rotation des équipes de garde de la maternité en tenant compte de la charge du travail.
- Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partographe ;
- Trouver un système de motivation des prestataires performants comme une possibilité de bourse d'étude ou de stages ;
- Faire une mise à niveau des agents des centres de santé communautaires et du CSRéf sur les soins au cours des accouchements y compris l'utilisation correcte du partographe.

Aux prestataires des services de santé :

- Etablir un partographe pour chaque parturiente dès l'admission ;
- Remplir correctement et complètement le partographe ;
- Tenir correctement les dossiers obstétricaux ;
- Faire une présentation quotidienne des partographe au staff du CSRéf.

A la population :

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

REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- 1 .Farhat EB, Chaouch M, Chelli H, Gara MF, Boukraa N, GarboujM et al.** Reduced maternal mortality in Tunisia and voluntary commitment to gender-related concerns. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2012;116:165-8.
- 2. Organisation Panaméricaine de la Santé.** Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave: stratégie demonitoring et évaluation. Organisation Panaméricaine dela Santé. 2012
- 3. World Health Organization. Monitoring Emergency Obstetric Care /Surveillance Des Soins Obstetricaux D'urgence Manuel D'utilisation. World Health Organization. 2011**
- 4. World Health Organization U, United Nations Population Fund, World Bank.** Trends in maternal mortality 1990 to 2008: estimates. Geneva: World Helath Organization. 2010.
- 5. Zongo A, Traoré M, Faye A, Gueye M, Fournier P, Dumont A. Obstetric care in Mali:** effect of organization on in-hospital maternal mortality. *Rev D'épidémiologie Santé Publique.* 2012;60:265-74.
- 6. Camara S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako. Université de Bamako. 2007;98 p ; N°235
- 7. Ministère de la Santé Publique Tunisienne, Direction des Soins de Santé de Base.** Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle. Tunis: Imprimerie officielle de la République Tunisienne. 1998.
- 8. Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en sante (France), Service Evaluation en etablissements de sante.** Evaluation des pratiques professionnelles: Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Paris: Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en sante. 2006.

- 9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en sante (France), Service Evaluation en établissements de sante.** Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de sante: Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme: Janvier 2000. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en sante. 2000.
- 10. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles.** Dossier de presse actualisation mars 2006. Paris HAS 2006.
- 11. Stephane Saint-Leger :** Le partogramme : principes et méthodes Gynéco-obst .CHU André Gregoire Montreuil développement et santé n 148 ; 2000
- 12. Colle Seck Awa.** Femme et programme de Santé en Afrique, adsp. N° 30 mars 2000 ; p.51-52.
- 13. Unicef.** Le progrès des Nations New York 1995, p 126.
- 14. Touré H.** Etude critique de 220cas de fistule vésico-vaginale. Bilan d'activité du projet fistule vésico-vaginale initié par médecin du monde et le service d'urologie de l'hôpital national du Point Thèse, Med, Bamako, 1995; 4.
- 15. Marie-helene et Bouvier-colle.** Mortalité maternelle : la honte de notre époque, le défi des années à venir.Adsp. Mars 2000 vol n° 30, p 52-53.
- 16. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) ; Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.** Enquête démographique et de santé – (EDSIII) – Mali – 2001.
- 17. Aveting maternel. Death and disability program.** Manuel d'utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de services obstétricaux d'urgence.AMDD 2003 P.36.
- 18. Akpadza K.; Adjagba K.; Hodonou A K S.** La mortalité périnatale au centre hospitalier régional de Sokode (Togo) Rev. Fr. de gynécol. Obstét.Mai 1996 vol. 91, n° 5, PP 247-250.
- 19. Keita J.B.M.** Contribution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de gynécologie et obstétrique du Point G Th. Med: Bamako: 1995; n°12.
- 20. N'Diaye B.** Mortinatalité à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré Thèse Med Bko n 95 M18-15

- 21. Azanddegbé N., Jean T., Makoutodé M.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin. Cahier Santé 2004 ; 14 :251-5 : p
- 22. Bamba M.** Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos 3878 cas. Th. Med: Bamako: 1998; n° 52.
- 23. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations unies pour la population, Banque internationale pour la reconstruction et le développement :** Mortalité-maternelle en 200. Genève: Organisation mondiale de la sante. 2008
- 24. Lansac J, Carbonne B, Pierre F.**Un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en Obstétrique. J Gynécologie Obstétrique BiolReprod2007 ;36 :2-7.
- 25. Andriama R Cl ; Andrianarivo Mo.** Les accouchements dystociques à la maternité de Befelatana. CHU d'Antananarivo à propos de 9 /9 cas. Méd d'Afrique Noire 2000 :459.
- 25. Bamba A.** Etude de la mortalité périnatale dans le centre de santé de Référence de la commune I. Thèse de Méd Bamako 2006, 57p ; N°328.
- 26. Coulibaly F :**Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako1994-1995 à propos de 25 études de cas cliniques. These Med. Bamako 1999, N°28; p 85-90.
- 27. Cellule de planification et statistique (CPS), Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.** Enquête démographique et de Santé (EDSM-IV) Mali ; 2007.
- 28. Dembélé D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSRefCII du district BamakoThèse Méd Bamako 2002 ; 70p ; N°258.
- 29. Sanogo A.**Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de sabalibougou III en commune du district de Bamako 07-M-188 Thèse Méd.

- 30. Aguisa A.** Utilisation du partogramme dans les centres de santé communautaire : cas du Centre de santé communautaire de Sabalibougou secteur I. Thèse Med Bamako 2008 ; N°489.
- 31. Bakayoko Y.** L'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse Méd. BKO. 2009 ; 111P ; 316
- 32. Batungwanayo C., Dujardin Questaux G., Dusabemaria B.** Résultat de l'introduction du partogramme à l'hôpital de Kabgayi au Rwanda. Médecine d'Afrique noire 1995 P628-635.
- 33. Cissé CT ; Fall PA ; Moreira IV ; Terolbe I; Diallo D ; Diouf A ; N'Diaye PA; Moreau JC; Diadhiou F.** Caesarean section in developing country. Profile and perspectives à propos of 21743 deliveries between 1992 and 1995
- 34. Diakité L.** Partogramme et pathologies dans la surveillance du travail d'accouchement au CS Réf de la Commune IV. Thèse Med Bamako. 2008 ; 94p; 158.
- 35. EDSIII au Mali 2001.** Mortalité maternelle et néonatale PP : 183.
- 36. E.D.S IV au Mali 2006-2007.** Mortalité maternelle et néonatale PP : 103.
- 36. Manel L, Chekib Z, Meriem El G, Menel Me, Iheb B, Jihène Set al.** Evaluation de la tenue du partogramme dans une maternité universitaire. Pan African. Médical Journal 2015 ;21 :99-604.
- 37. Sghaier A.** Evaluation de la qualité de la tenue du dossier médical dans une maternité périphérique. Mémoire Gynécologie et obstétrique. Tunisie-Béni Khedache ; 2011 : 45p.
- 38. Soraya F.** Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil. Thèse Médecine France 2014;90p.
- 39. M.K Bohoumou et Coll.** Mortalité maternelle à Abidjan ; Thèse de Médecine abidjan 1998.
- 40. Samaké D.** Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de la CVI de Bamako. 2016-M-n°15 Thèse Médecine.

- 41. Touré O.**Evaluation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso
Thèse Méd Bamako 2009, n°126
- 42. Koné M.**Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle
d'accouchement dans le cscom de Garantiguibougou Thèse Méd
Bamako2007,n°188.
- 43. Kanté M.**Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme
dans les maternités publiques. Thèse de Méd., Bamako1999.62p.75.
- 44. Arou AZ :** Evaluation de l'utilisation du pantographe au centre de santé de
référence de Niono .Thèse Méd Bamako2018/81P n°118
- 45. Komé CH.**Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS du
district de Bamako .Thèse Med 2015.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Numéro : []

I IDENTIFICATION

Q1 Profil du prestataire : [.....]

1=sage-femme, 2=matrone, 3=infirmière, 4=interne/médecin

Q2 Age de la parturiente [.....]

1=inf. à 15 ans, 2= (15-20), 3= (21-25), 4= (26-30), 4=sup à 30 ans

Q3 Antécédents obstétricaux : [.....]

1=primipare, 2=multipare, 3=grande multipare, 4=autre

Q4 Facteurs de risque notes sur le partogramme : [.....]

1=antécédent de césarienne, 2=HTA, 3=diabète, 4=autre

Q5 Taille : [.....]

1=inf. 1,5m, 2=sup. 1,5m

Q6 hauteur utérine en cm : [.....]

1=inf. ou 30, 2= (30-35), 3=sup. ou 36

Q7 Nombre CPN : [.....]

II ADMISSION

Q8 Mode d'admission : [.....]

1= venue d'elle-même, 2=référée

Q9 Si referee, a-t-elle un partogramme : [.....]

1=Oui, 2=Non

Q10 Lieu d'origine [-----]

1=.....

Q11 Motif de référence : [.....]

1= hémorragie au cours du travail, 2=disproportion foetopelvienne, L'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

3=dilatation stationnaire, 4=souffrance fœtale aigue

5= éclampsie, 6=syndrome de pré-rupture ou de rupture

Utérine, 7=phase expulsive sup a 45 mm, 8=autre

Q12 Référence [.....]

1= a la phase de latence, 2=à droite de la ligne d'alerte,
3=atteinte de la ligne d'action, 4=à droite de la ligne d'action

Q13 Motif d'admission si venue d'elle-même : [.....]

1= CUD sur grossesse, 2=RPM, autre

Q14 Partogramme débute : [.....]

1=des 'admission, 2=en fin de l'accouchement

Q15 Examen fait à la phase de latence [.....]

1=toutes les 2 heures, 2=autre périodicité

Q16 Examen fait à la phase active [.....]

1=toutes les heures, 2=plus d'une heure

Q17 Paramètres fœtaux notes à chaque examen [.....]

1=Oui, 2=Non

Q18 Nature de la présentation [.....]

1=céphalique, 2=siège, 3=transverse, 4=autre

Q19 Niveau de la présentation

1=Engagée, 2=Non engagée

Q20 Fréquence des BDCF (bats/mn) [.....]

1=inf. à 120, 2= (120-160)

Q21 Couleur du liquide amniotique [.....]

1=clair,2=teinte jaune, 3=teinte de méconium

Q22 Paramètres maternels notes à chaque examen [.....]

1=Oui, 2Non

Q23 Dilatation cervicale à la phase active [.....]

1=1cm ou plus toutes les heures, 2=moins d'un cm

Q24 Courbe de dilatation a atteint la droite de la ligne d'alerte [.....]

1=Oui, 2=Non

Q25 Si oui, la décision prise est [.....]

1=référer au médecin, 2=accélérer le travail par un ocytocique,3=autre

Q26 Ligne d'action atteinte par la trace [...]

1=Oui, 2=Non

Q27 Si oui, décision [...]

1=référer au médecin, 2=accouchement par voie basse,

3=décision césarienne, 4=décision ventouse

Q28 Référence interne des femmes en travail [...]

1=Oui, 2=Non

Q29 Motif de référence, si oui : [...]

1=hémorragie au cours du travail, 2=SFA, 3=HU excessive,

4=dilatation stationnaire, 5=absence d'engagement,

6=syndrome de pré-rupture, 7=autre

Q30 Décision [.....]

1=perfusion d'ocytocine, 2=administration

D'antispasmodique, 3=césarienne, 4=ventouse, 5=autre

Q31 Durée du travail : [.....]

1=inf. à 12 heures, 2= (12-24h), 3=sup. 24h

Q32 Zone d'accouchement [...]

1=avant la ligne d'alerte, 2=entre les lignes d'alerte et d'action, 3=après la ligne d'action

Q33 Accouchée évacuée [.....]

1=Oui, 2=Non

Q 3 Motif de l'évacuation [.....]

1=hémorragie de la délivrance, 2=déchirure des parties molles, 3=(TAsup ou 16/9),

4=autre

Q35 Pronostic maternel [.....]

1=vivante, 2=décédée

Q36 Cause du décès maternel [.....]

1=hémorragie de la délivrance, 2=infection du post-partum, 3=autre

Q37 Apgar du nouveau-né : [.....]

1= (inf. ou 7), 2=sup ou 7

Q38 Poids [.....]

1= (inf. 1000g), 2= (1000-1500g), 3= (1500-2500g), 4= (sup à 2500g)

Q39 Nouveau-né évacué[.....]

1=Oui, 2=Non

Q40 Raison de l'évacuation [...]

1=prématuré, 2=hypotrophie, 3=détresse respiratoire,4=autre

Q41Pronostic du nouveau-né [.....]

1=Vivant, 2=mort-né, 3=décès néonatal,

Q42 Motif du décès [.....]

1=souffrance fœtale, 2=grande prématurité, 3=infection néonatale, 4=autre

Q43 Si mort-né [...]

1=frais, 2=macéré

Fiche signalétique

NOM : Mahamane

PRENOM : DIARRA

**TITRE DE LA THESE : EVALUATION DU PARTOGRAMME AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CIV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Tel : 78 75 42 81

ANNEE : 2019-2020

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

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

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie- obstétrique.

RESUME : Nous avons une étude transversale prospective sur l'évaluation du partogramme au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, s'étendant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Elle a porté sur 400 fiches du partogramme.

Le partographe considéré comme correctement remplis a représenté 10%.

Le taux de mortalité néonatale est de 2%.

Aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude.

Mots clés : **Accouchement, partogramme, partographe et pronostic materno-foetal**

Summary:

We carried out a cross-sectional study on the evaluation of the use of the partograph in the referral health center of commune VI of the district of Bamako, from January 1 to 31 December 2018. It covered 400 records of partograph.

The partograph considered correctly filled accounted for 10%. Our neonatal mortality rate was 2% of cases.

No maternal deaths were reported during our study.

Keywords: Childbirth, Partograph, and Fetal-Maternal Prognosis

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !