

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



**U.S.T.T.B**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE DE BAMAKO  
( FMOS)



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

N° \_\_\_\_\_/

**THESE**

**EVALUATION DE L'UTILISATION DU  
PARTOGRAPHIE AU CENTRE DE SANTE  
DE REFERENCE DE NIONO**

Présentée et soutenue publiquement le ..... /... 2018 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par M. Abdoul Zamilou AROU**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président du jury : Pr Abdoulaye Ag RAHLY**

**Membres : Dr Mamadou KEITA**

**Co-directeur de thèse : Dr Seydou FOMBA**

**Directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO**

## **Dédicaces**

### **A DIEU**

Le tout puissant, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail. Gloire à toi Allah, car nul ne peut se passer de ton aide.

Le clément et miséricordieux.

### **Au Prophète Mahomet (P.S.L)**

Vous êtes un excellent modèle à suivre. Ta pratique a donné un sens à ma vie. Que la paix et la grâce d'Allah soit sur toi.

### **A mon père: Aboubacar Arou**

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, et le respect de soit.

Que Dieu te donne santé et longévité. Amen.

### **A ma mère: Mariam Hassim Ongoiba**

Tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

### **A mes grands-parents**

Merci pour vos soutiens et bénédictions. Santé et longue vie à vous.

### **A mes tontons : Issa Goro, Barima Diane, Soumaila Touré, Dr Mamadou K Touré et Moussa K Touré.**

Votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

### **A mes oncles :Ibrahim k Ongoiba, Amadou Ongoiba, Brehima Ongoiba, Hamidou Ongoiba, Dr Sadou Ongoiba, Ablaye Ongoiba, Dr Issa Ongoiba, Issouf Ongoiba, Dr Housseini Ongoiba et Dr Aboubacar Sangho.**

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

### **A mes tantes: Salimata Ongoiba, Mariam Aya, Oumou Ongoiba, Aminata Issa Ongoiba, Altinè Ongoiba, Mackoro Coulibaly, Hamsatou Goro, Aminata Ongoiba et Saida Djèmè.**

Recevez ici ma profonde gratitude.

**A mes frères, sœurs, cousins, et cousines : Hama Arou, Aminata Arou, Alimata Arou, Hawa Arou, Issouf Arou, Yaya Arou, Oumou Ongoiba, Hamadoun Ongoiba et Mamou Ouologuem.**

Unissons nous et travaillons, l'union fait la force et seul le travail libère

**A mes amis : Mamadou O Diallo, Lamine Camara, Mohamed Dembélé, Zoumana Konaté, Mamadou Konta, Amadou Bouaré, Issa Konta, Tidiani Keita.**

Je garde de vous un heureux souvenir.

**Remerciement :**

**À la famille Ongoiba et Arou de Douentza, Sévaré et de Niono, la famille Sangho de Niono et la famille Touré du Point G**

Vous avez toujours su m'accueillir au sein de votre famille. Qu'Allah vous préserve ainsi que vos enfants.

**Aux personnels du CSRéf de Niono**

En plus des relations de travail qui nous unies, vous avez été pour moi non seulement des Pères, Mère, Frères et Sœurs mais aussi des amis. Qu'Allah L'Omnipotent guide vos pas et vos cœurs.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Prof Abdoulaye Ag Rahly**

- **Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS;**
- **Ancien Directeur Général de l'INRSP;**
- **Ancien secrétaire général de l'OCCGE;**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS;**
- **Chevalier international des palmes académiques du CAMES;**
- **Docteur HONORIS CAUSA de l'université LAVAL au QUEBEC CANADA.**

**Cher Maître,**

En acceptant de présider notre jury, vous nous faites un très grand honneur. Nous nous réjouissons de pouvoir bénéficier de votre immense expérience. Puisse notre travail être à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect distingué

**A notre MAITRE ET MEMBRE DE JURY**

**DR MAMADOU KEITA**

**Gynécologue obstétricien praticien hospitalier au CSRéf de la CVI**

**Cher maître,**

c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi de temps chargé. Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable. Puisse Dieu vous prêter heureuse et longue vie.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

**DR SEYDOU FOMBA**

**MD,PhD en management des services de santé et de médecine sociale ; chargé de recherche ; chargé de cours au DER de santé publique ; conseiller technique fonds mondiale au près du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre souci du travail bien fait et votre marque de respect pour vos collaborateurs et vos étudiants font de vous un maître au grand cœur.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Hamadoun SANGHO**

- **Professeur Titulaire en santé publique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie(FMOS)**
- **Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la FMOS.**

### **Cher Maître,**

Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser.

Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié.

Vous constituez une référence pour la jeunesse de ce pays en quête de repère.

Permettez – moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.



## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

ASACO : Associations de Santé Communautaire

ASC : Agents de santé communautaire

BCF : Bruit du cœur fœtal

BPM : Battement par minute

CPN : Consultation prénatale.

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf: 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 du Mali

FISE : Fonds International de Secours à L'enfance

FNUAP : Fonds des Nations Unis pour les activités en matière de Population

IPPF: International family planning perspectives

IST : Infections sexuellement transmissibles.

MASF : Microanalyse du sang fœtal

MEF : Monitoring électro fœtal

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCF : Rythme du cœur fœtal

SA: Semaine d'aménorrhée

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

UNICEF: United Nations International Children and Education Found

USAC: Unité de soins d'accompagnement et conseil

## **LISTE DES TABLEAUX :**

**Tableaux I :** Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017

**Tableaux II :** Répartition selon la parité des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017

**Tableaux III :** Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux IV :** Répartition selon le facteur de risque des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017. .

**Tableaux V :** Répartition selon le nombre de CPN faits s des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux VI :** Répartition selon le mode d'admission des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017.

**Tableau VII :** Répartition selon l'existence d'un partogramme des parturientes référées par une autre structure au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux VIII :** Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité de CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux IX :** Répartition selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux X :** Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XI :** Répartition selon la durée du travail des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XII :** Répartition selon la qualité de remplissage du partographe des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XIII :** Répartition selon la cause du décès néonatale à la maternité du CSRéf de Niono en 2017

**Tableaux XIV :** Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute et à la 5<sup>é</sup> minute des nouveaux nés au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XV:** Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XVI :** Relation entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partographe au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XVII:** Relation entre le nombre de CPN et l'issu de la grossesse au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XVIII :** Relation selon le mode d'admission de la parturiente et la fréquence de BCF au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XIX :** Relation entre la nature de la présentation et le devenir de l'enfant chez les parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XX :** Relation entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XXI :** Relation entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.

**Tableaux XXII:** Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction du type de formation reçue sur le partogramme.

**Tableaux XXIII:** Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction de la cause d'oubli de remplissage correcte du partographe.

**Tableaux XXIV :** Répartition des prestataires (sage-femme) en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d'accouchement.

## **LISTE DES FIGURES :**

**Fig.1.** Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN (17).

**Fig.2.** Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale (18).

**Fig.3.** Partogramme de L'OMS(24).

**Fig.4.** Partogramme niveau CSRéf(31).

**Fig.5.** Partogramme niveau CS/CSRéf(32).

**Fig.6.** Partogramme utilisé au CSRéf de Niono(35).

## **SOMMAIRE**

---

<b>I- INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>II- OBJECTIFS.....</b>	<b>13</b>
<b>III- GENERALITES.....</b>	<b>14</b>
<b>IV- METHODOLOGIE.....</b>	<b>39</b>
<b>V- RESULTATS.....</b>	<b>48</b>
<b>VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>59</b>
<b>VII- CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
<b>VIII- RECOMMADATIONS .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>69</b>



# I. INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION :

Accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois (28 semaines d'aménorrhées) [1]. Il est un événement naturel mais qui constitue le risque de décès le plus élevé chez les femmes en âge de procréer, ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les meilleures conditions possibles pour une issue favorable de l'accouchement. Le décès maternel est une tragédie à laquelle nous souhaitons ne pas être confrontés. Au cours de l'accouchement la femme peut risquer sa vie en s'exposant à des séquelles graves (fistules vesico-vaginales, prolapsus etc.....)

A partir de ce constat, une initiative mondiale sur la maternité sans risque a été lancée en 1987 à Nairobi et lors du sommet mondial pour les enfants en 1990 à New York, à la conférence internationale sur le développement en 1994 au Caire, et à la 4ème conférence mondiale sur les femmes en 1995 à Pékin. [2]. Cette initiative Mondiale sur la maternité sans risque était menée par un partenariat unique organismes internationaux, y compris le Fonds International de Secours à L'enfance (FISE), le Fonds des Nations Unis pour les activités en matière de Population (FNUAP), la banque mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), the International family planning perspectives (IPPF) et la Population Council. Le but de cette initiative sans risque était d'assurer à toutes les femmes l'accès à :

- une gamme complète de services de haute qualité à des prix abordables en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- aux soins maternels et au traitement des urgences obstétricales pour réduire les décès et les séquelles. Selon l'OMS, sur 500.000 décès maternels enregistrés chaque année dans le Monde, environ 150.000 soit plus de 1/3 concerne l'Afrique. [3].

Au Mali, les femmes en l'âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 21,28 % de la population selon la RGPH de 2009 actualisé [4].

Dans ce groupe le taux de mortalité est de 400 pour 100.000 naissances vivantes d'après les nouvelles estimations. [5]. Les principales causes de mortalité maternelles sont: l'hémorragie, l'éclampsie, les infections, les avortements, les dystocies, les problèmes de santé préexistants tel que l'anémie et le paludisme. A fin de diminuer les importants taux de mortalité maternelle et périnatale observés dans les pays en développement, l'une des approches développée de la stratégie de la maternité sans risque a été l'introduction dans les maternités, du partogramme proposé par l'OMS, dans le but d'aider le

personnel de santé à mieux assurer la surveillance du travail d'accouchement pour détecter précocement les anomalies et agir à temps par des actions appropriées. Au Mali, l'état a investi des ressources humaines et structurales dans les domaines de la santé surtout celle reproductive.

Il y a eu une augmentation de structures et de personnels en nombre et en qualité.

L'appréciation de la qualité des soins prend en compte beaucoup de paramètres : le niveau intellectuel des parturientes d'une part et l'influence qu'exercent les professionnels de santé sur la qualité de ces soins d'autre part. De nombreuses études menées au Mali, sur le partogramme ont montré son efficacité et son faible coût. C'est ainsi que le Mali comme de nombreux pays en voie de développement, à travers son partogramme national de périnatalité, a adopté le partogramme proposé par l'OMS en l'adaptant à ses réalités/contextes.

Le partographe a montré son efficacité dans le suivi du travail d'accouchement.

BAMBA M. [6] trouve une diminution du taux de décès maternel qui est passé de 131 à 106,6 pour 100.000 naissances vivantes de 1988 à 1994.

Malgré ce progrès, nous constatons que dans l'utilisation de cet outil on rencontre d'énormes difficultés telles que la mauvaise qualité de remplissage; des interruptions et même des abandons. La bonne utilisation du partographe permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement. A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales et même la mort fœtale, fistules vésico-vaginale, hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle) qui causent des handicaps dans la vie de ces femmes et de ces enfants. SAMAKE D [7] au CSRéf de la CVI de Bamako en 2016 avait trouvé un taux d'utilisation à 100% des partographe parmi lesquelles 90% étaient incomplètement remplis. Les raisons les plus couramment évoquées par les prestataires comme les causes de l'insuffisance de remplissage du partographe furent : nombre élevé de supports à remplir, nombre élevé de parturientes et insuffisance du nombre de sage-femme de garde. A la différence du CSRéf de la CVI qui est urbain, le CSRéf de Niono qui est situé en milieu rural présente moins d'avantage du point de vue équipement et de la disponibilité des ressources humaines.

Face à cela, nous avons jugé nécessaire de mener une étude pour identifier et comprendre ces problèmes en formulant la question qui suit. Quel est la fréquence et la qualité de l'utilisation du partographe lors des accouchements à la maternité du CSRéf de Niono ?



Afin de répondre à cette question nous formulons l'hypothèse que le partographe est couramment utilisé à la maternité du CSRéf de Niono cependant son utilisation reste confrontée à des insuffisances liées au comportement, la capacité des agents, au volume des activités, et la mauvaise organisation. Pour bien mener cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants.



## **II. OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS:**

### **2.1. Objectif général**

Etudier l'utilisation du partographe à la maternité du centre de santé de Référence de Niono (CSRéf) dans la région de Ségou

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- Mesurer la fréquence d'utilisation du partographe ;
- Déterminer la qualité du remplissage du partographe ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal ;
- Comprendre les attitudes des prestataires assurant les accouchements ;
- Formuler des recommandations pour l'amélioration de l'utilisation du partogramme.



## **III. GÉNÉRALITÉS**

### **III.GENERALITES**

#### **1. DEFINITIONS**

Le partogramme est l'impression graphique de parties ou de l'ensemble des éléments et données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail d'accouchement permettant d'appréhender à temps utile et opportun, toute anomalie susceptible de compromettre l'issue favorable de l'accouchement [8].

La revue de la littérature et l'analyse de la pratique par les professionnels font apparaître que le partogramme peut se définir comme étant :

- Le schéma de la progression du travail ;
- La synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale durant le travail ;
- Un outil d'aide à la décision et à la communication pour les professionnels :
- Aide à la communication :

De nombreux professionnels interviennent en salle de naissance (sages-femmes, Médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmiers, étudiants) le partogramme, témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail, est le support de transmission entre ces différents professionnels.

- Aide à la décision :

La présentation visuelle des informations cliniques facilite l'analyse de la progression du travail, à tout moment et par tous les membres de l'équipe.

Le partogramme permet de vérifier la normalité du travail et de dépister de façon précoce toute anomalie. Merger [9] estime que « le critère de l'eutocie au cours de l'accouchement est la régularité dans la progression des phénomènes et que toute anomalie dans la progression légitime une action correctrice »

Le partogramme est un outil de conduite du travail, qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale.

Plusieurs études ont montré que l'introduction du partogramme dans les pays du tiers-monde a été efficace dans la prévention de la prolongation excessive du travail et dans la réduction du nombre d'interventions intempestives [10].

Enfin, en cas d'accouchement dystocique, le partogramme permettra d'établir une conduite pour un accouchement ultérieur.

#### **➤ Un document médico-légal :**

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal, et le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale.

Bien tenu, les informations qu'il fournit facilitent la compréhension des faits par les experts juridiques et SOUTHOU [11] considère le partogramme comme «

un des moyens de protection et de démonstration, a posteriori, d'un art obstétrical irréprochable ».

➤ **un support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.**

**- Support de référence pour l'enseignement**

Le caractère pédagogique du partogramme a largement été prouvé par sa contribution au succès des programmes de prévention de mortalité maternelle et infantile de l'OMS.

En dehors de ce contexte, le partogramme est aussi un support d'enseignement pour étudiants (médecins et sages-femmes).

Au sein d'une équipe, son analyse rétrospective alimente les commentaires et les discussions collégiales.

**- Support de recherche clinique**

Comme tout dossier médical, le partogramme est une source importante d'information pour la recherche clinique, comme le prouvent de nombreuses études [12].

**-Support d'évaluation des pratiques professionnelles**

Le partogramme est un des reflets de la qualité de la prise en charge materno-fœtale.

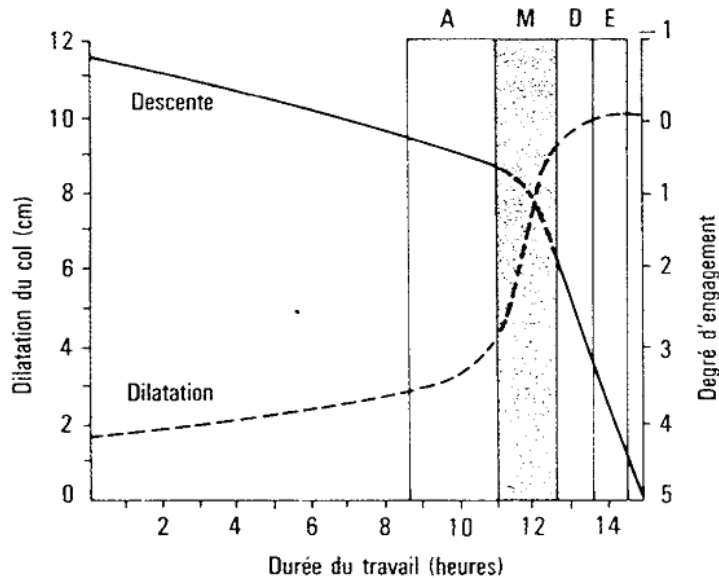
A ce titre, l'évaluation de sa tenue constitue, pour les professionnels, la première étape dans une politique d'amélioration de la qualité des soins.

## **2. HISTORIQUE**

### **2.1. Dans le monde :**

L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de FRIEDMAN en 1954.

FRIEDMAN EA [13] souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode, simple, objective et reproductible. Il a choisit d'étudier les modifications du col utérin chez un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique. Après cette étude, il a établi le schéma d'une dilatation normale du col (**fig.1**).



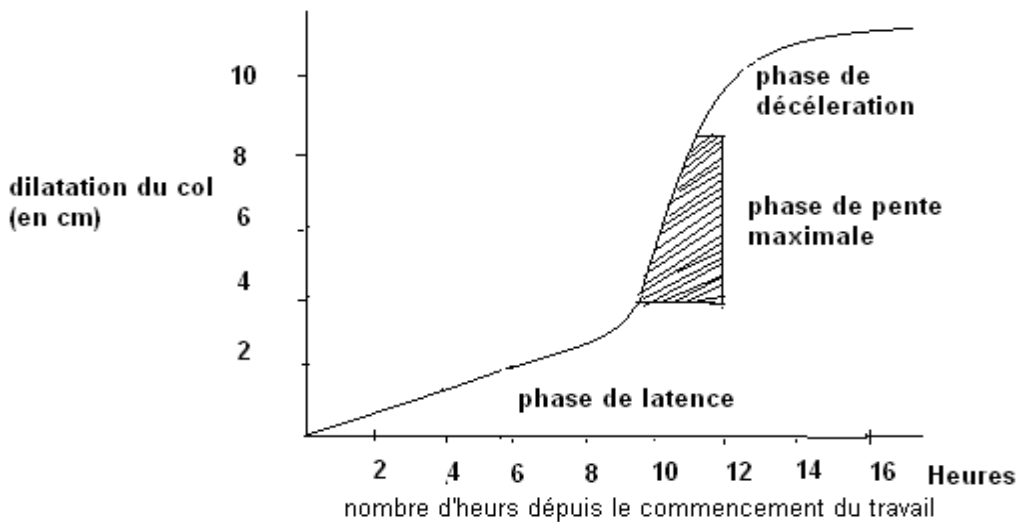
**Fig. 1.** Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN

FRIEDMAN a démontré que le travail se composait de deux phases : la phase de latence et la phase active.

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

Cette phase se poursuit par la phase active, plus rapide, conduisant à la dilatation complète. Elle dure 5 heures  $\pm$  3 heures pour une primipare et 2 heures 30  $\pm$  1 h 30 pour une multipare.

Cette phase active se divise en deux périodes : une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale, et une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète. Ces différentes phases sont objectivées par une courbe d'allure sigmoïde, représentant la dilatation du col (en centimètre) selon la durée du travail (en heures) (fig. 2). Cette courbe, appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme.



**Fig. 2.** Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale

PHILPOTT [16], en Rhodésie en 1972, cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et plus moins 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. Cependant, l'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement contestée par HENDRICKS et al. [14] qui ont apporté des conclusions légèrement différentes. Le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier aux présentations postérieures : si la phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie de travail. La dilatation du col commence souvent dans les quatre dernières semaines de grossesse, augmentant progressivement de 1cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm).

A la dilatation de fin de grossesse succède une dilatation du pré travail, tout à fait au début du travail : 2,5 cm chez la nullipare et 3,5 cm chez la multipare.

En effet, HENDRICKS rejoint FRIEDMAN sur l'importance du diagramme de dilatation (partogramme) dans la surveillance du travail. La vitesse de dilatation doit toujours être supérieure à 1 cm / h chez la nullipare et 1,5 cm chez la multipare.

Dans le cas contraire, une correction adaptée à la cause doit être appliquée.

LACOMME [15], en 1960, utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend, outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno-fœtale.



Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble de modifications observées, lors des examens successifs.

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

O'Driscoll [17], à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l'unique ligne d'alerte se superpose à la dilatation de référence de 1 cm par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

## **2.2. Partogramme : model de l'OMS :**

### **2.2.1. Principe :**

Mis en œuvre dans les pays développés, 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 modèle de l'OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plus part des travaux publiés sur le partogramme et sur leur conception. Il correspond par certains cotés à un compromis synthétisé et simplifié qui empreinte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur [18]. Il est fondé sur plusieurs principes:

- Les paramètres obstétricaux :
- La phase de latence (dilatation de 0 à 3 cm) ne devrait pas durer plus de 8 heures.
- La phase active du travail commence lorsque la dilatation du col atteint 4 cm.
- Pendant la phase active, le rythme de la dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm par heure.
- L'intervalle de 4 heures entre le retentissement du travail et le moment où il est nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger le fœtus ou la mère et éviter les interventions injustifiées.
- Il faut éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommandé est entre un et quatre par heure).
- la descente du mobile fœtale doit être régulière et mesurée par la palpation abdominale (nombre de doigts au-dessus du rebord symphysaire) [19].

L'engagement peut être estimé par le signe de Farabeuf [20].

- les contractions utérines doivent être régulières en fréquence et efficaces en intensité.
- les pertes sanguines ne doivent pas dépasser 500cc (½ litre)

➤ Les paramètres fœtaux :

- le rythme cardiaque fœtal est constant entre 120 et 160 battements par minute. L'auscultation doit se pratiquer toutes les 15 minutes et juste après une contraction.
- le liquide amniotique, reflet indirect du bien être fœtale, s'écoule clair
- le mobile fœtal doit s'adapter à la filière osseuse : le pôle céphalique après un engagement en oblique (le plus grand diamètre) se saggitalise pour permettre une expulsion en occipito-pubien. Les fontanelles permettent une certaine compliance des diamètres grâce à un chevauchement modéré des os du crâne.
- une déformation du crâne qui s'accroît sans que la tête descende est signe de Disproportion foeto-pelvienne.

➤ Les 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 modeste hyperthermie (inférieur à 38°).

**2.2.2. Composantes du partogramme :**

La figure (**annexe 1**) montre le partogramme préconisé et largement testé par L'OMS. Comme les autres, ce partogramme est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes de travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend 3 les éléments suivants :

➤ La surveillance obstétricale de la progression du travail :

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

- La phase de latence : Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus de 8 heures et s'il y a moins de 2 contractions en l'espace de 10 min, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes.

Par conséquent, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir.

- La phase active : Lorsque la dilatation atteint 4 cm, le travail entre dans sa phase active.
- Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm /heure ou plus vite encore dans la phase active.
- La ligne d'alerte qui va de 4 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col. Si la courbe passe à droite de la ligne d'alerte, cela veut dire que la dilatation est lente et le travail est retardé, et la surveillance de plus près s'impose.

- La ligne d'action est située à 4 heures 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.

Ce partogramme est conçu pour pouvoir être utilisé dans tous les services de Maternités 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 (en fonction de la ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe à droite de la ligne 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 les décisions concernant la conduite de l'accouchement.

D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partogramme. Il importe en particulier de noter la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

➤ La surveillance fœtale :

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement les paramètres suivants :

- Le rythme cardiaque fœtal : une auscultation (stéthoscope de Pinard) toutes les 15 minutes pendant et juste après l'arrivée d'une contraction utérine.

- le liquide amniotique : la poche des eaux intacte ou rompue. Si la poche est rompue, la qualité du liquide : couleur, consistance, présence de vernis. Si elle est intacte, on peut procéder à une rupture artificielle des membranes si la progression du travail atteint la phase active (4 cm). Sinon il faut faire une amnioscopie chaque fois que l'on suspecte une souffrance fœtale.

- La présentation : estimer, toutes les heures, la variété, le degré de flexion ainsi que l'apparition d'un chevauchement important des os du crâne ou d'une bosse sérosanguine.

➤ La surveillance de la mère :

Le partogramme permet la surveillance régulière de l'état de la mère par l'enregistrement de certains paramètres, à savoir :

- L'état général avec la prise de la température, du pouls, de la pression artérielle et l'existence des métrorragies (couleur et volume)

- L'analyse des contractions utérines : fréquence, intensité, durée, relâchement utérin ;

- L'appréciation du col : dilatation, mais aussi position, degré d'effacement et consistance ;
- L'analyse des urines (volume et couleur)
- Rubrique thérapeutique : toute administration de drogue per os ou en perfusion est inscrite, datée et signée.

### **2.2.3. Emploi du partogramme :**

Pour utiliser le partogramme, il faut disposer d'un système d'orientation recours qui fonctionne et qui soit à même d'assurer les services obstétricaux essentiels. De son côté, l'emploi de cette mode devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des services de maternité.

Le partogramme et les indications qui l'accompagnent concernant la conduite à adopter ne peuvent être utilisées que si la femme se présente dans un centre de santé au moment du travail et le personnel a reçu un minimum de formation.

Le personnel doit en effet :

- Avoir reçu la formation obstétricale voulue pour être capable de surveiller et de diriger un travail et un accouchement normal
- Etre capable de procéder aux examens vaginaux nécessaires pendant le travail et d'évaluer avec exactitude la dilatation du col.
- Etre capable de tracer avec précision la courbe de la dilatation du col en fonction du temps.

Les personnels ayant reçu une formation tout à fait élémentaire doivent être capable de remplir ces fonctions et il devrait par conséquent, être possible de faire adopter l'emploi du partogramme à la périphérie du système officiel de soins. L'intérêt fondamental du partogramme est alors d'indiquer à partir de quel moment il convient d'orienter la parturiente vers un niveau de soins.

Il est toute fois indispensable, lorsque l'on décide d'adopter cette méthode de mettre en place un programme de formation, de supervision, d'encouragement et suivi des utilisateurs.

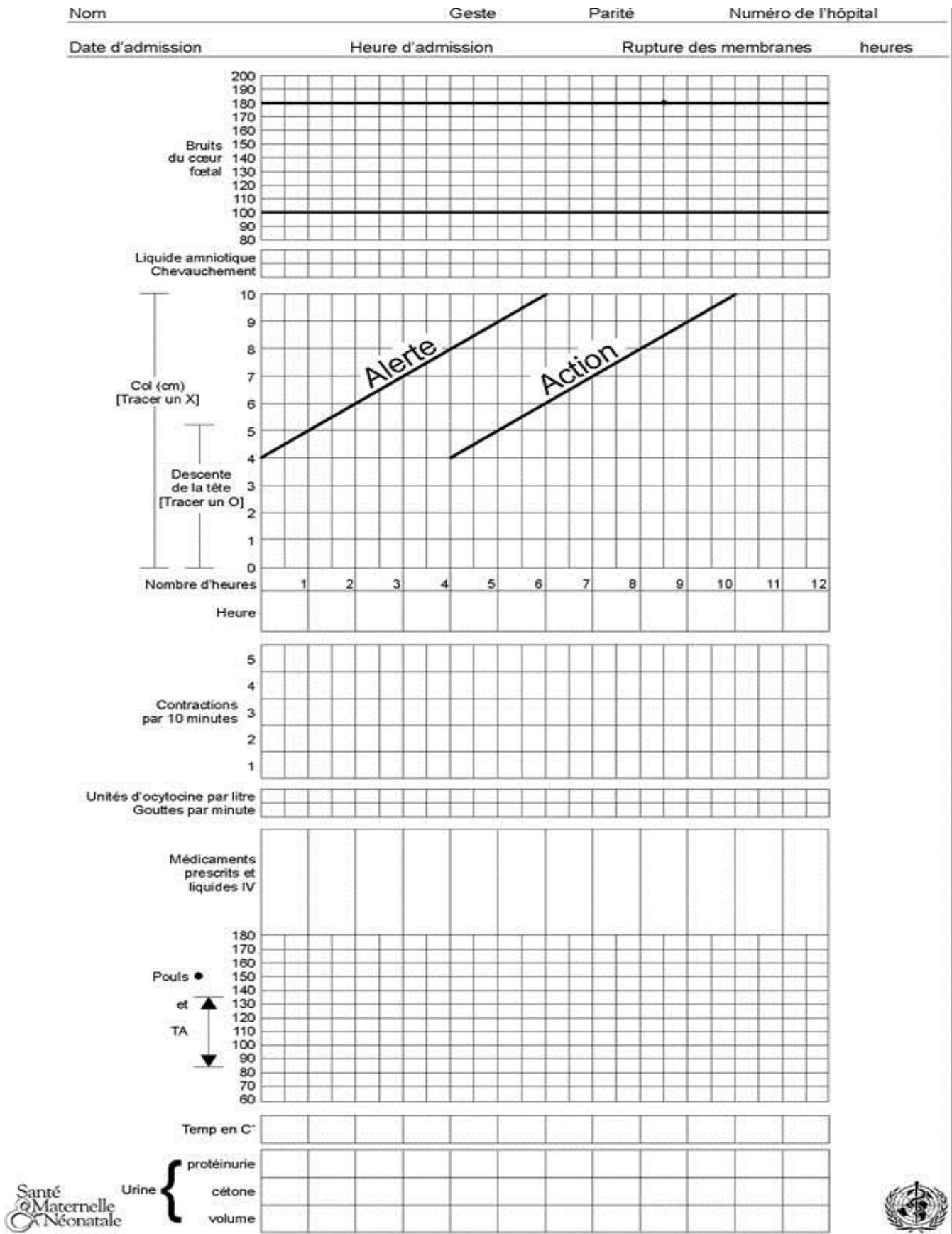


Fig.: Partogramme model de l'OMS :

## **2.3. Partogramme du Mali :**

### **2.3.1 Historique**

Au Mali, les premières études sur le partogramme ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point G en 1986.

En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement. Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mis au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec université de Rochester (New York, Etat Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako.

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité maternelle et infantile. L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme. Une révision des outils de travail s'imposait donc.

### **2.3.2. Principes :**

✓ **Durée:**

- phase de latence: du début du travail (0 cm) à 3cm, sa durée maximum est de 8heures.
- Phase active: de 4cm à 10cm, sa durée maximum est de 6heures.
- Phase expulsive: de 10cm à l'expulsion, sa durée maximum est de 45mm.

Le travail d'accouchement normal ne doit pas atteindre 14 heures.

✓ **Évolution de la dynamique utérine:**

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

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

-la zone d'alerte: zone située entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, elle donne un délai d'une à 3 heures pour la prise de décision en fonction du niveau de la structure sanitaire après avoir fait le point de la situation.

La zone d'action: zone située à droite de la ligne d'action, une dynamique située dans cette zone impose une action immédiate.

-la ligne d'alerte: ligne allant de 4cm à 10 cm à un rythme qui devra être au moins d'1 cm par heure.

-ligne d'action: parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures.



### 2.3.3. Utilisation :

Renseignements généraux sur la parturiente

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

Le rythme cardiaque (à l'auscultation)

L'aspect du liquide amniotique (à l'inspection)

L'absence ou non de déformation crânienne au toucher vaginal.

- **BCF:**

Ecouter et marquer à chaque examen après une CU. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF.

- **LA:**

Marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV.

\***I**= membranes intactes

\***c**= LA clair

\***M**= LA méconial

\***S**= LA sanguinolent

\***RAM**: rupture artificiel des membranes

\***RSM**: rupture spontanée des membranes

- ✓ **Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement:**

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

- ✓ **Dilatation du col:**

Évaluer à chaque TV et marquer par une croix.

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

✓ **Dilatation du col:**

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

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

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

✓ **L'engagement apprécie la descente.**

**Médicaments administrés:**

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

**Marquer tout autre médicament administré.**





PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT ( LA MINUTE QUI SUIV) APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT .....															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour têter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT .....															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Malformation				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour têter			
Traitement/Soins															
Taille															
Périmètre Crânien															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT							
Temps après accouchement	Paramètres	1 heure			2 heures		
		Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement		Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité		Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Pouls		moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA		moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température		37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement							

RESULTATS DE LA MERE		Résultats N 1		M/F		Résultats N 2		M/F		Résultats N 3		M/F	
Vivante	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>
Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			
Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			

Administration de la Vitamine A à la mère  Oui  Non

Fig.5 : Partogramme niveau CSRéf





PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT ( LA MINUTE QUI SUIV ) APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Malformation				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															
Taille															
Pourimètre Crânien															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT						
Temps après accouchement	Paramètres	1 heure			2 heures	
		Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte
Saignement	Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité	Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Pouls	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA	moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température	37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement						

RESULTATS DE LA MERE		Résultats N 1		M/F		Résultats N 2		M/F		Résultats N 3		M/F	
Vivante	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>
Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			
Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			

Administration de la Vitamine A à la mère  Oui  Non

Fig.6 : Partogramme niveau CS/CSCOM



Nom	Geste	Parité	Numéro de l'hôpital																																																																																																																																																																																
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heures																																																																																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Bruits du cœur foetal</td> <td style="width: 20%;">100</td> <td style="width: 20%;">110</td> <td style="width: 20%;">120</td> <td style="width: 20%;">130</td> <td style="width: 20%;">140</td> <td style="width: 20%;">150</td> <td style="width: 20%;">160</td> <td style="width: 20%;">170</td> <td style="width: 20%;">180</td> <td style="width: 20%;">190</td> <td style="width: 20%;">200</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Liquide amniotique Chevauchement</td> </tr> </table>				Bruits du cœur foetal	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	Liquide amniotique Chevauchement																																																																																																																																																																			
Bruits du cœur foetal	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200																																																																																																																																																																								
Liquide amniotique Chevauchement																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Col (cm) [Tracer un X]</td> <td style="width: 20%;">10</td> <td style="width: 20%;">9</td> <td style="width: 20%;">8</td> <td style="width: 20%;">7</td> <td style="width: 20%;">6</td> <td style="width: 20%;">5</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Descente de la tête [Tracer un O]</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em; font-weight: bold;"> <span>Alerte</span> <span>Action</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="12">Nombre d'heures</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Heure</td> </tr> <tr> <td colspan="12"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Contractions par 10 minutes</td> <td style="width: 20%;">5</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">1</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="12">Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Médicaments prescrits et liquides IV</td> </tr> <tr> <td colspan="12"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Pouls ●</td> <td style="width: 20%;">180</td> <td style="width: 20%;">170</td> <td style="width: 20%;">160</td> <td style="width: 20%;">150</td> <td style="width: 20%;">140</td> <td style="width: 20%;">130</td> <td style="width: 20%;">120</td> <td style="width: 20%;">110</td> <td style="width: 20%;">100</td> <td style="width: 20%;">90</td> <td style="width: 20%;">80</td> <td style="width: 20%;">70</td> <td style="width: 20%;">60</td> </tr> <tr> <td colspan="12">et TA</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="12">Temp en C°</td> </tr> <tr> <td colspan="12"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Urine</td> <td style="width: 20%;">protéinurie</td> <td style="width: 20%;">cétone</td> <td style="width: 20%;">volume</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				Col (cm) [Tracer un X]	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Descente de la tête [Tracer un O]												<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em; font-weight: bold;"> <span>Alerte</span> <span>Action</span> </div>												Nombre d'heures												Heure												<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Contractions par 10 minutes</td> <td style="width: 20%;">5</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">1</td> </tr> </table>												Contractions par 10 minutes	5	4	3	2	1	Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute												Médicaments prescrits et liquides IV												<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Pouls ●</td> <td style="width: 20%;">180</td> <td style="width: 20%;">170</td> <td style="width: 20%;">160</td> <td style="width: 20%;">150</td> <td style="width: 20%;">140</td> <td style="width: 20%;">130</td> <td style="width: 20%;">120</td> <td style="width: 20%;">110</td> <td style="width: 20%;">100</td> <td style="width: 20%;">90</td> <td style="width: 20%;">80</td> <td style="width: 20%;">70</td> <td style="width: 20%;">60</td> </tr> <tr> <td colspan="12">et TA</td> </tr> </table>												Pouls ●	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	et TA												Temp en C°												<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Urine</td> <td style="width: 20%;">protéinurie</td> <td style="width: 20%;">cétone</td> <td style="width: 20%;">volume</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>												Urine	protéinurie	cétone	volume								
Col (cm) [Tracer un X]	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0																																																																																																																																																																								
Descente de la tête [Tracer un O]																																																																																																																																																																																			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em; font-weight: bold;"> <span>Alerte</span> <span>Action</span> </div>																																																																																																																																																																																			
Nombre d'heures																																																																																																																																																																																			
Heure																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Contractions par 10 minutes</td> <td style="width: 20%;">5</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">1</td> </tr> </table>												Contractions par 10 minutes	5	4	3	2	1																																																																																																																																																																		
Contractions par 10 minutes	5	4	3	2	1																																																																																																																																																																														
Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute																																																																																																																																																																																			
Médicaments prescrits et liquides IV																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Pouls ●</td> <td style="width: 20%;">180</td> <td style="width: 20%;">170</td> <td style="width: 20%;">160</td> <td style="width: 20%;">150</td> <td style="width: 20%;">140</td> <td style="width: 20%;">130</td> <td style="width: 20%;">120</td> <td style="width: 20%;">110</td> <td style="width: 20%;">100</td> <td style="width: 20%;">90</td> <td style="width: 20%;">80</td> <td style="width: 20%;">70</td> <td style="width: 20%;">60</td> </tr> <tr> <td colspan="12">et TA</td> </tr> </table>												Pouls ●	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	et TA																																																																																																																																																									
Pouls ●	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60																																																																																																																																																																						
et TA																																																																																																																																																																																			
Temp en C°																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Urine</td> <td style="width: 20%;">protéinurie</td> <td style="width: 20%;">cétone</td> <td style="width: 20%;">volume</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>												Urine	protéinurie	cétone	volume																																																																																																																																																																				
Urine	protéinurie	cétone	volume																																																																																																																																																																																



PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT ( LA MINUTE QUI SUIVIT ) APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT .....															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rosa				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT															
NOM DE L'AGENT .....															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Malformation				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															
Taille															
Pourimètre Crânien															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT							
Temps après accouchement	Paramètres	1 heure			2 heures		
		Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement		Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité		Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Pouls		moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA		moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température		37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement							

RESULTATS DE LA MERE		Résultats N 1		M/F		Résultats N 2		M/F		Résultats N 3		M/F	
Vivante	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>	Vivant	<input type="checkbox"/>	Mort-né	<input type="checkbox"/>
Référée	<input type="checkbox"/>	Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>			Référée	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			
Décédée	<input type="checkbox"/>	Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>			Décédé	<input type="checkbox"/>		
Date: / / 20		Date: / / 20				Date: / / 20				Date: / / 20			
Heure: h min		Heure: h min				Heure: h min				Heure: h min			
Cause:		Cause:				Cause:				Cause:			

Administration de la Vitamine A à la mère  Oui  Non

**Fig. 7. Partogramme utilisé à Niono:** est identique à celui de L'OMS plus chapitre du suivi des nouveaux nés et la mère dans les premières heures après l'accouchement et celui de la délivrance

### **3. DIFFERENCE ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES (celui utilisé au CSRéf de Niono et celui utilisé au Mali) :**

Le partogramme qui est utilisé au CSRéf de Niono est plus complexe d'utilisation que celui utilisé par les autres CSRéf du Mali. Il contient également moins de renseignements sur la parturiente et le fœtus que le partogramme du MALI contient.

➤ **Plus complexe d'utilisation :**

- Bruit du cœur fœtal :

Pour le contrôle du rythme cardiaque fœtal, notre partogramme présente huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que les BCF allant de 100 à 180 bat/min. Alors que celui du Mali a une seule ligne de carreaux où l'on peut mettre tous les chiffres.

- Rythme des contractions utérines et Tension Artérielle :

La partie réservée aux contractions utérines est constituée de cinq lignes de carreaux dans notre partogramme, alors que celui du Mali 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 notre partogramme de douze lignes de carreaux et d'une ligne de carreaux dans celui du Mali. Dans notre partogramme, il n'y a pas de place prévue pour tous les chiffres tensionnels.

➤ **Moins riche en renseignement**

- Les risques à l'entrée de la parturiente :

Il n'existe pas dans notre partogramme le chapitre réservé à cet effet.



## **IV.METHODOLOGIE**



## **IV. METHODOLOGIE :**

### **4.1. LE CADRE D'ETUDE: Le Centre de Santé de Référence de Niono**

#### **4.1.1 Organisation du système au niveau du district:**

Le système de santé du district sanitaire à l'instar des autres Districts du pays et conformément à la politique sectorielle nationale comprend 2 niveaux de soins :

##### **4.1.1.1. Un premier niveau de soins :**

C'est le premier niveau de contact des malades conformément à la politique sectorielle de Santé au Mali pour mieux rapprocher les services des populations.

Le premier niveau est actuellement constitué de 25 CSCom fonctionnels ; offrant le paquet minimum d'activités complet (activités curatives, préventives et promotionnelles).

A coté, il existe 40 sites villageois pour les soins essentiels dans la communauté tenus par des agents de santé communautaire (ASC) et repartis entre 25 aires de santé.

Pour des raisons de sécurité, l'aire de Nampala n'a pas de site ASC.

A la date d'aujourd'hui, le district compte trois maternités rurales dans les aires de santé de Siribala (Kornobougou), Dogofry (Farabougou) et Molodo (Nionocoroni). Dans les aires de santé, les activités de sensibilisation et de promotion des pratiques familiales essentielles au niveau ménages sont menées par les relais communautaires choisis par les chefs de villages et utilisés par les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

##### **4.1.1.2. Un deuxième niveau de soins :**

Il est constitué par le Centre de Santé de référence, niveau de référence pour les Centres de Santé Communautaires.

Le Centre de Santé de Référence s'occupe de tous les cas référés ou évacués par les structures du premier niveau, coordonne, planifie et met en œuvre les activités du plan opérationnel du district sanitaire.

##### **4.1.1.3. Autres structures :**

A côté de ces différentes structures de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveau, il existe des structures privées ,parapubliques et des armées :infirmierie de garnison à Diabaly, dispensaire de soins à l'IFM pour les élèves, deux(2) CMIE à la station de recherche agronomique de Niono et SUKALA S.A à Siribala, trois cliniques, cinq cabinets médicaux, sept cabinets de soins, trois cabinets d'accouchement

#### **4.1.2. Présentation du CSRef**

Le CS Réf est limité à l'Est par les dernières concessions de la ville, à l'ouest par la SOTELMA, au nord par le canal de km 26, au sud par le complexe sportif. Il est situé entre les rues 35 à l'Est, 19 à l'ouest, 2 au nord et 22 au sud.

Créé en 1935 l'histoire du centre s'identifie à celle de Niono. Au début, il n'était qu'un centre de soins pour les besoins du colonisateur, venu pour les travaux d'aménagement de la zone office du Niger. Il a connu plusieurs évolutions, de dispensaire à centre de santé de cercle. Il a été enfin érigé en Centre de Santé de Référence en 2001 avec la nouvelle politique de décentralisation sanitaire.

Les bâtiments et les unités sont les suivants :

**Le bloc administratif :** abritant l'Administration, le Système d'Information Sanitaire (SIS), le Comptabilité, l'Hygiène,

**Le bloc « ancien administration » :** abrite le SDSSES et bureau de Médecin

**Le bloc de la maternité :** abritant la maternité

**Le bloc technique :** abritant les unités de Radiographie, d'Echographie, d'ophtalmologie et de Dentisterie.

**Le bloc opératoire :** abritant le bloc opératoire et des bureaux (Médecins et Anesthésistes)

**Le bloc de la chirurgie femme :** abritant la chirurgie femme

**Le bloc pharmacie :** abritant le DV du jour et le DRC

**Le bloc laboratoire :** abritant le laboratoire et le bureau de dispensation des ARV

**Le bloc de consultation externe :** abritant les boxes de consultation et la salle d'injection

**Le bloc des entrées :** abritant le guichet et les salles de garde

**Le bloc « médecine femme » :** abrite les salles de la médecine femme

**Le bloc « médecine Le bloc de consultation externe :** abritant les boxes de consultation et la salle d'injection

**Le bloc de la chirurgie homme :** abritant la chirurgie homme, le DV de nuit et le laboratoire

Le bloc des PVVIH : abritant la pharmacie des tradi thérapeutes, et le bureau de l'Association « JIGIYATON »

**Le bloc « ancien CSA central »** : abritant l'URENI

**Le bloc « ancien PEV »** : abritant les bureaux de l'URENI

**Le bloc « nouveau PEV »** : abritant le PEV

**Le bloc du bureau homme »** : abritant la médecine homme et la dispensation de médicaments anti tuberculeux

**Le bloc SFR** : servant de magasins

**Le bloc de la mosquée ;**

**Le bloc des morgues 1 et 2 ;**

#### **4.1.3. Les activités du CS Réf :**

En plus des activités préventives et promotionnelles, de planification, supervision, formation, les consultations de médecine générale et spécialisées (odontostomatologie, ophtalmologie, ORL, kinésithérapie), l'imagerie (radiologie, échographie), les examens ci –dessous sont effectués au niveau du laboratoire. Il s'agit de :

- **Biochimie** : glycémie, créatinémie, urée, acide urique, calcémie, magnésémie, triglycéride, cholestérol, transaminases.
  - **Sérologie** : BW, toxoplasmose, Ag Hbs, albumine/sucre, Widal, Ag HCV, rubéole latex, HIV, spermogramme, protéinurie de 24H, test de grossesse(HCG), ASLO.
  - **Parasitémie** : selles POK, goutte épaisse.
  - **Bactériologie** : BK, culot urinaire, ECBU, PV ou frottis vaginal, urine cytobact.
  - **Hématologie** : NFS, VS, TC, TS, CD4, PCR, groupage /Rhésus, test d'Emmel, hématocrite/hémoglobine, transfusion.
- **Les actes Médico-chirurgicaux sont également réalisés au CS Réf.**

#### **4.1.4. Communication :**

Toutes les structures de 1<sup>er</sup> niveau sont reliées au Centre de Santé de Référence par un RAC (réseau administratif de communication) qui est actuellement en panne et un système de téléphonie « FLOTTE ».

Le RAC National se trouve au Centre de Santé de Référence et à la Préfecture.

En outre, le cercle est doté de réseau téléphonique, de la télévision nationale, de la station FM de la radio nationale, de sept radios libres et une station rurale. Il existe aussi des moyens traditionnels de communication (cloche, crieurs publics, griots, manifestations traditionnelles...).

#### **4.1.5 Fonctionnement du service**

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

La visite des malades hospitalisés tous les jours après le staff

Un programme opératoire réservé aux jeudis.

Une équipe de garde qui assure la permanence au centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial ainsi que les consultations gynécologiques se font tous les jours du lundi au vendredi.

Nous avons choisi cette structure pour les raisons suivantes :

#### **4.2. Type d'étude :**

Nous avons réalisé une étude transversale sur la surveillance du déroulement de l'accouchement et l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de Niono.

L'étude a concerné 200 parturientes qui ont été reçues à la maternité du centre de santé de référence de Niono du 11 octobre au 28 novembre 2017.

#### **4.3. Echantillonnage**

Il a été question d'un sondage exhaustif visant à recueillir les informations concernant les parturientes et l'état du partographe rempli par les prestataires ainsi que les perspectives d'accouchement dans le but d'établir les priorités en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

#### **4.4. Critères d'inclusion :**

- Toutes les femmes qui ont été admises en travail et qui ont accouché pendant cette période d'étude à la maternité du CSRéf de Niono avec leurs accords préalable,
- Tous les nouveau-nés dont le travail de la mère a été suivi par un partographe à la maternité du CSRéf de Niono.
- Tout prestataire assurant l'accouchement et ayant donné son consentement pour participer à l'étude.

#### **4.5. Critères de non inclusion :**

- Les femmes qui ont subi une césarienne prophylactique ;
- Les femmes qui ont accouché hors de la maternité ;

- Les femmes qui ont été admises à dilatation complète (10 cm de dilatation cervicale) ;
- Les femmes non consentantes ;
- Les femmes qui ont été admises pour un avortement précoce ou tardif.
- Tout prestataire non consentant ou absent du district sanitaire au moment de la collecte des données.

#### **4.6. Variables et méthodes d'exploration :**

##### **Nous avons pris en compte :**

- Variables concernant le niveau de protection de la grossesse : réalisation de CPN, possession du carnet de suivi, utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, de la sulfadoxinepyriméthamine, et du fer acide folique.
- Variables concernant la qualité de l'utilisation du partogramme :  
Nom et qualification du prestataire ayant tenu le partogramme, identité de la parturiente (âge, profession, antécédents obstétricaux), motif d'admission, durée du travail, notation des paramètres cliniques maternelles (Taille, tension artérielle, température, hauteur utérine) , fœtale (BCF, couleur du liquide amniotique, type de présentation, engagement) et du nouveau né (score d'APGAR, taille, poids), respect des périodes d'examen au cours du travail.
  - Variables concernant les valeurs intrinsèques : zone d'accouchement (à gauche de la ligne. d'alerte, à droite de la ligne d'alerte, atteinte de la ligne d'action) et accouchements anormaux (forceps, ventouse, césarienne, laparotomie).
- Variables concernant les facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail : antécédents obstétricaux (parité, gestité, nombre d'enfants décédés, intervalle inter génésique, antécédent de césarienne), taille, etc.
- Variables concernant les facteurs de risque de morbidité et mortalité maternelle et périnatale : mariage consanguin, HTA, paludisme, infection urinaire, Score d'APGAR, HTA, diabète, drépanocytose, durée du travail.
  - Variables concernant les priorités en matière de prévention du risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale : résultat de l'analyse de la qualité de surveillance de la grossesse par le personnel et des femmes enceintes, résultat de l'analyse de la qualité de l'utilisation du partogramme, résultat de l'analyse des valeurs intrinsèques, résultat de l'identification des facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail, résultat de l'analyse des facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

#### **4.7. La collecte et analyse des données :**

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire, dont une copie a été remplie pour chaque femme. En plus, un questionnaire semi structuré anonyme a été utilisé pour comprendre les attitudes et pratique des prestataires assurant les accouchements à la maternité. Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 18. Le test statistique  $\chi^2$  a été utilisé pour étudier les relations entre les variables. L'obtention d'une probabilité inférieure à 0,05 a été en faveur de l'existence d'un lien statistiquement significatif entre les variables comparées.

#### **4.8 .Considérations éthiques et de déontologie :**

##### **- L'étude sera-t-elle scientifique ou apportera-t-elle quelque chose ?**

La surveillance du travail d'accouchement étant un moyen de réduction de la mortalité maternelle et périnatale, elle fait partie de l'obstétrique qui est une science médicale qui s'occupe des êtres humains à la naissance.

- Cette science est pratiquée au Mali par des médecins obstétriciens, des sages femmes et du personnel de la santé ayant été formé dans ce domaine (infirmières, matrones, faisant fonction d'interne). Les résultats permettront au CSRéf d'améliorer la qualité des soins offerts aux parturientes.

##### **- Consentement éclairé des patientes**

- Les femmes ont été incluses seulement après l'obtention du consentement éclairé, traduit en langue locale pour une meilleure compréhension du protocole. Dans les cas où la femme n'était pas en mesure de donner son consentement (travail avancé, problème mental ou non consciente cliniquement) nous avons attendu la fin de l'accouchement dans le premier cas et dans les autres cas, nous avons demandé le consentement de l'accompagnateur. Le consentement expliquerait le but de l'étude, les risques et bénéfices et aussi la possibilité de retrait volontaire de la participante à tout moment sans porter préjudice à sa prise en charge conformément aux procédures des services de santé de la reproduction élaborées par le ministère de la santé au Mali. Le refus d'une femme de participer à l'étude n'a entraîné aucune conséquence néfaste lors de sa prise en charge.

##### **-Bénéfice/Compensation au sujet d'étude :**

La surveillance du travail et de l'accouchement est un moyen de protection de la mère et du nouveau-né. Ainsi, lorsqu'on la dirige correctement, il y aurait une diminution du taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.



## **V. RESULTATS**

## V.RESULTATS

L'étude a concerné 200 femmes parmi 377 ayant accouché à la maternité du CSRéf de Niono. Nous avons enregistré 183 accouchements par voie basse soit 91,5% ; 17 par césarienne soit 8,5%. Concernant les nouveau-nés nous avons enregistré 187 vivants soit 93,5% ; 13 mort-né frais soit 6,5%, parmi lesquels le partogramme était incomplètement rempli dans 98% des cas et le BCF était bon dans 89% des cas à l'admission. Il n'y a pas eu de décès maternel au cours de notre étude, ni de fistule vésico-vaginale, cependant nous avons enregistré 1 cas d'hémorragie du post partum immédiat par Atonie utérine. Nous n'avons pas enregistré de cas de refus de participer à l'étude.

### 5.1. Etude descriptive :

#### 5.1.1 Caractéristiques socio-économique et démographique :

**Tableaux I : Répartition selon l'âge des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

Age de la parturiente	Effectifs	Pourcentage
≤19	41	20,5
<b>20 à 35</b>	<b>141</b>	<b>70,5</b>
>35	18	9,0
Total	200	100,0

La tranche d'âge **20-35** ans était la plus représentée avec **141** cas soit **70,5%**



**Tableaux II : Répartition selon la parité des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	58	29,0
<b>Paucipare</b>	<b>84</b>	<b>42,0</b>
Multipare	46	23,0
Grande multipare	12	6,0
Total	200	100,0

Les paucipares ont représenté jusqu'à **42%** des parturientes

**Tableaux III: Répartition selon le statut matrimonial des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariée</b>	<b>199</b>	<b>99,5</b>
Célibataire	1	0,5
Total	200	100,0

Les femmes mariées ont représenté **199** cas soit **99,5%**

**Tableaux IV : Répartition selon le facteur de risque des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Facteur de risque noté sur le partographe</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Antécédent de césarienne	16	8,0
Hypertension artérielle	4	2,0
*Autre	23	11,5
<b>Aucun</b>	<b>157</b>	<b>78,5</b>
Total	200	100,0

\*Autres : les grandes multipares, les primipares âgés, les antécédents obstétricaux chargés

Les femmes ne présentant aucun risque étaient les plus représentées avec **78,5%**.

**Tableaux V : Répartition selon le nombre de CPN fait des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucun	42	21,0
<b>1 à 3</b>	<b>91</b>	<b>45,5</b>
≥ 4	67	33,5
Total	200	100,0

**45,5%** des femmes avaient effectué 1-3 CPN.

L'information sur le nombre de CPN effectué par les parturientes était présente dans **100%**

**Tableaux VI : Répartition selon le mode d'admission des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Venue d'elle même	147	73,5
Référée	53	26,5
Total	200	100,0

Les femmes venues d'elles mêmes avaient représenté **73,5%**

### 5.1.2 Fréquence et qualité du remplissage du partographe

**Tableaux VII : Répartition selon l'existence d'un partogramme des parturientes référées par une autre structure au CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Référée avec partogramme</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	44	83,0
Non	9	17
Total	53	100%

**83%** de ces parturientes référées avaient un partogramme

**Tableaux VIII: Répartition selon le moment de remplissage du partogramme des parturientes à la maternité du CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Début de remplissage du partographe</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Dès d'admission	10	5,0
En cours	58	29
<b>Enfin de l'accouchement</b>	<b>132</b>	<b>66,0</b>
Total	200	100,0

Le partogramme avait été rempli à **66%** des cas à la fin du travail d'accouchement.

**Tableaux IX : Répartition selon la nature de la présentation fœtale chez les parturientes au CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Nature de la présentation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céphalique</b>	<b>189</b>	<b>94,5</b>
Siège	10	5,0
Pas notée	1	0,5
Total	200	100,0

Dans **94,5%** des cas la présentation fœtale était céphalique  
L'information sur la nature de la présentation était présente à **99,5% (199/200)**

**Tableaux X : Répartition selon la fréquence des bruits du cœur fœtal à l'entrée des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Fréquence des BDCF (bats/min)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<120	15	7,5
<b>120 à 160</b>	<b>178</b>	<b>89,0</b>
>160	3	1,5
Pas notée	4	2,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Dans **89%** des cas les parturientes avaient un bon score du BCF à l'admission. L'information sur la fréquence des BCF était présente à **98% (196/200)**.

**Tableaux XI : Répartition selon la durée du travail des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Durée du travail en heure</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>≤14 heures</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>
>14 heures	2	20%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

L'information sur la durée du travail était disponible à **5% (10/200)**.

Parmi les parturientes pour lesquelles la durée du travail était disponible 80% (8 /10) avait accouché dans une durée ≤ 14 heures

**Tableaux XII : Répartition selon la qualité de remplissage du partogramme des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.**

<b>Qualité de remplissage</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Complètement rempli	4	2,0%
<b>Incomplètement rempli</b>	<b>196</b>	<b>98,0%</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Les partogrammes incomplètement remplis ont représenté **98%** des cas.

**Tableaux XIII : Répartition selon la cause du décès néonatal à la maternité du CSRéf de Niono en 2017**

<b>Causes du Décès</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Souffrance fœtale</b>	<b>7</b>	<b>58,3</b>
Grande prématurité	2	16,7
*Autres	3	25
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Dans 58,3% des cas les décès néonataux sont dus à la souffrance fœtale.

\*Autres : malformations congénitales et hématome rétro-placentaire

### 5.1.3 Pronostic materno-fœtal :

**Tableaux XIV : Répartition en fonction du score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute et à la 5<sup>ème</sup> minute des nouveaux nés au CSRéf de Niono en 2017.**

	Score d'apgar 1 <sup>ère</sup> minute		5 <sup>ème</sup> minute	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0 à 3	15	7,5	15	7,5
4 à 7	21	10,5	8	4,0
<b>8 à 10</b>	<b>164</b>	<b>82,0</b>	<b>177</b>	<b>88,5</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les nouveau-nés qui avaient un bon Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute ont représenté **88,5%** des cas, alors qu'ils représentaient **82%** à la 1<sup>ère</sup> minute.

**Tableaux XV: Relation entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né au CSRéf de Niono en 2017.**

Tranche d'âge	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
≤ 19	38(92,7%)	3(7,3%)	41(100%)
<b>20 à 35</b>	<b>132(93,6%)</b>	<b>9(6,4%)</b>	<b>141(100%)</b>
> 35	17(94,4%)	1(5,6%)	18(100%)
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>13</b>	<b>200</b>

**Khi<sup>2</sup> =0,074**

**P=0,206**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la parturiente et le devenir du nouveau-né.

**Tableaux XVI : Relation entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage du partographe au CSRéf du Niono en 2017.**

Parité	Qualité de remplissage des partographe		Total
	Complet	Incomplet	
Primipare	1(1,7%)	57(98,3%)	58(100%)
Paucipare	3(3,57%)	81(96,43%)	84(100%)
Multipare	0(0%)	46(100%)	46(100%)
Grande multipare	0(0%)	12(100%)	12(100%)
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>196</b>	<b>200</b>

**Khi<sup>2</sup> =1,697**

**P=0,668**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la parité de la parturiente et la qualité de remplissage des partographe.

**Tableaux XVII: Relation entre le nombre de CPN et l'issue de la grossesse au CSRéf de Niono en 2017.**

Nombre de CPN	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
Aucun	37(88,1%)	5(11,9%)	42(100%)
<b>1 à 3</b>	<b>84(92,3%)</b>	<b>7(6,7%)</b>	<b>91(100%)</b>
≥ 4	66(98,5%)	1(1,5%)	67(100)
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>13</b>	<b>200</b>

**Khi<sup>2</sup> =4,893**

**P=0,014**

Il existait une relation statistiquement significative entre l'issue de la grossesse et le nombre de CPN effectué. Plus la grossesse est bien suivi plus le pronostic du nouveau-né est bon.



**Tableaux XVIII : Relation entre le mode d'admission de la parturiente et la fréquence des BCF à l'entrée au CSRéf de Niono en 2017.**

Mode d'admission	Fréquence des BDCF (bats/min)				Total
	< 120	120 à 160	>160	Pas noté	
Venue d'elle-même	5(3,4%)	138(93,8)	2(1,4%)	2(1,4%)	147(100%)
Référée	10(18,9%)	40(75,4%)	1(1,9%)	2(3,8%)	53(100%)
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>178</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>200</b>

**Khi<sup>2</sup> =0,851**

**P=0,090**

IL n'existait pas une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et la fréquence de BCF à l'admission

**Tableaux XIX : Relation entre la nature de la présentation et le devenir de l'enfant chez les parturientes du CSRéf de Niono en 2017.**

Nature de la présentation	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
Céphalique	177(93,65%)	12(6,35)	189(100%)
Siège	9(90%)	1(10%)	10(100%)
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>13</b>	<b>199</b>

**Khi<sup>2</sup> =0,206**

**P=0,368**

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la nature de la présentation et devenir de l'enfant.

**Tableaux XX : Relation entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant des parturientes du CSRéf de Niono en 2017.**

Mode d'admission	Devenir de l'enfant		Total
	Vivant	Mort-né	
Venue d'elle-même	140(95,24%)	7(4,76%)	147(100%)
Référée	47(88,7%)	6(11,3%)	53(100%)
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>13</b>	<b>200</b>
<b>Khi<sup>2</sup> =2,744</b>		<b>P=0,066</b>	

Il n'existait pas une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et le devenir de l'enfant.

**Tableaux XXI : Relation entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement des parturientes au CSRéf de Niono en 2017.**

Nature de la présentation	voie d'accouchement des parturientes		Total
	Voie basse	Césarienne	
Céphalique	173(91,5%)	16(8,5%)	189(100%)
Siège	9(90%)	1(10%)	10(100%)
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>17</b>	<b>199</b>
<b>Khi<sup>2</sup> =0,28</b>		<b>P=0,394</b>	

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la nature de la présentation et la voie d'accouchement.

### 5.1.4 Attitudes et pratiques des prestataires :

**Tableaux XXII: Répartition des prestataires (sage-femme et infirmière obstétricienne) en fonction du type de formation reçue sur le partogramme.**

Type de formation	Effectifs	Pourcentage
Atelier	3	27,27%
Staff	7	63,63%
Supervision	1	9,1%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Chacune des sages-femmes et les infirmières obstétricales a au moins bénéficié d'une formation sur l'utilité et la bonne manière de remplissage du partogramme.

**Tableaux XXIII: Répartition des prestataires (sage-femme et infirmière obstétricienne) en fonction de la cause d'oubli de remplissage correcte du partographe.**

Causes	Effectifs	Pourcentage valide
Négligence	2	18,2
<b>Nombre insuffisant d'agents par garde</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>
Nombre élevé de femmes en travail	3	27,3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

La cause d'oubli de remplissage correcte du partographe à cause du nombre insuffisant de sage-femme et infirmière obstétricienne par garde représentée 54,5%.

**Tableaux XXIV : Répartition des prestataires (sage-femme infirmière et obstétricienne) en fonction des difficultés évoqués pour conduire un travail d'accouchement.**

Difficultés	Effectif	Pourcentage
<b>Nombre élevé de parturientes</b>	4	36,4
Insuffisance du nombre de sage-femmes de garde	<b>6</b>	<b>54,5</b>
<b>Non maitrise du nouveau partographe(OMS)</b>	1	9,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

L'insuffisance du nombre de sage-femme et infirmière obstétriciennes de garde a été évoquée par des prestataires à **54, 5%**.



# **VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 6.1. Discussions méthodologiques:

Nous avons effectué une étude transversale avec des questions rétrospectives sur l'appréciation de l'utilisation du partographe à la maternité du centre de santé de référence de Niono. Certaines données ont manqué à cause du fait que les partogrammes étaient incomplètement remplis.

### 6.2. Paramètres étudiés:

#### ➤ Age:

Dans notre étude la majorité des parturientes (70,5%) avaient une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans; avec une moyenne de 27 ans, Cette moyenne est égale à celle trouvée par SAMAKE D [7] au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016 et de CH. KOME [21] au CSRèf de la CII du district de Bamako en 2015 mais supérieure à celle de SANOGO. A [23] qui était de 23 ans au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2007.

#### ➤ Parité:

Les parturientes étaient paucipares dans 42% des cas, ce taux est supérieur à celui de SAMAKE D [7] qui était (37,7%) au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celui de TOURE.O [22] qui était (36,5%) dans la commune urbaine de Sikasso en 2009; mais inférieur à celui de CH. KOME [21] qui était (51,3%) au CSRèf de la CII du district de Bamako en 2015.

#### ➤ La consultation prénatale:

Environ 79% des femmes ont fait une consultation prénatale. Ce taux est supérieur à celui de SAMAKE D [7] qui était (41,6%) au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celui de l'enquête démographique et de santé (EDS V) qui était de 70% à Ségou [24] mais inférieur à celui de CAMARA.S [33] qui a trouvé 83% des cas au CSRèf de la CV en 2007, et celui de BAGAYOKO.Y K [25] qui a trouvé 79,7% des cas au CSRèf de la CVI en 2009. Les parturientes n'ayant pas effectué de CPN représentaient environ 21% des cas. L'information sur le nombre de CPN effectué par les parturientes était présente dans 100%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires prennent le temps de vérifier le nombre de CPN réalisé par les parturientes vu l'importance du CPN dans la conduite à tenir au cour des travaux d'accouchements.

#### ➤ Bruit du cœur fœtal:

Près de 89% 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.

Nous n'avons pas trouvés une relation statistiquement significative entre le mode d'admission et les BCF, avec  $\text{Khi}^2 = 0,851$   $P = 0,090$ .

➤ **La présentation du fœtus:**

Près de 94,97% des fœtus étaient en présentation céphalique. La présentation du siège a représenté 5% des cas. La présentation n'avait pas d'effet majeur sur le devenir du nouveau-né  $\text{Khi}^2 = 0,206$  ( $P=0,368$ ), et sur la voie d'accouchement  $\text{Khi}^2 = 0,28$  ( $P=0,394$ ). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que 70% des parturientes qui avaient une présentation fœtale en siège, étaient des multipares et le poids moyen était 2500 grammes.

➤ **La coloration du liquide amniotique:**

Les parturientes ayant présenté un liquide amniotique clair à la rupture de la poche des eaux ont représenté 62% de cas. Ce taux est inférieur à celui de SAMAKE D [7] qui était 88,6% en 2016 au CSRèf de la CVI du district de Bamako et celle de CH.KOME [21] qui était de 90%.

➤ **Le score d'Apgar:**

Plus de 88,5% de nos nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8. Le score d'Apgar inférieur ou égal 7 a représenté 11,5% des cas. Ce taux est inférieur à celui de SAMAKE D [7] qui était (17,3%) au CSRèf 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 CSRèf de la CII en 2002 mais supérieur à celui de BAMBA.M [27] (6,1%) au CSRèf de la CV en 1998.

➤ **La durée du travail:**

Plus de 80% de nos parturientes ont fait moins de 14 heures de travail, information non disponible dans 95% des cas. En relation avec le score d'Apgar, on n'a pas trouvé une relation statistiquement significative entre la durée du travail d'accouchement et le score d'Apgar ( $\text{Khi}^2 = 1,18$   $P=0,286$ ).

➤ **Pronostic néonatal:**

Les nouveaux nés au décours de l'utilisation du partographe avaient un état à la naissance généralement satisfaisant. Notre taux de mortalité néonatale est de 6,5%. Ce taux est inférieur à celui de SAMAKE D [7] qui était de 12,7% au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016. Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 comme défini par DAILLAND et TRAZIER cité par BERTHE.Y [29]. Un nouveau-né ayant un score d'APGAR  $\geq 8$  est dit vigoureux.

➤ **Le pronostic maternel:**

Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de notre étude comme se fut le cas lors de celle réalisée par SAMAKE D [7] au CSRèf de la CVI du district de Bamako en 2016. Certains auteurs comme : Huss et collaborateurs [34] à Nice rapportaient 32,9 pour 100000 naissances vivantes; par contre d'autres



comme BAMBA.M [27] en 1998 au CSRéf de la CV; et M.K Bohoumou et col. [31] en Côte d'ivoire en 1998 avaient trouvé respectivement 131 et 224,38 pour 100000 naissances vivantes.

### **6.3. Utilisation du partographe:**

Le partographe a été utilisé avec une fréquence de 100%. Cette fréquence est égale à celle de SAMAKE D [7] au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 mais élevée que celle trouvée par SANOGO.A [23] lors d'une étude réalisée dans la commune V où seulement 50% des parturientes avaient un partographe et KONE M. [32] qui a rapporté un taux de 48% dans le CSCOM de Garantibougou en 2007. Cette disparité dans l'utilisation du partographe dans nos différents centres pourrait s'expliquer d'une part par la qualification des agents impliqués dans les accouchements et d'autre part par leur effectif qui varie d'une structure à une autre. En effet, dans les centres où le taux d'utilisation du partographe a atteint 100%, nous avons plus de sages-femmes et médecins que d'infirmières obstétriciennes. Notre taux de partographe incomplètement rempli (98%) est supérieur à celui de SAMAKE D [7] qui a trouvé 95,5 % au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celui KANTE.M [30] qui a trouvé 16,85 % pour 712 partogrammes remplis dans les maternités publiques à Bamako en 1999.

### **6.4. Connaissance et attitudes des prestataires :**

Pour comprendre les raisons de ce mauvais remplissage, nous avons administré un questionnaire à 4 sages-femmes et 7 infirmières obstétriciennes qui ont évoqué les raisons suivantes :

- ✓ Non maîtrise du nouveau partographe(OMS)
- ✓ Un nombre élevé de parturientes à suivre en même temps
- ✓ Un nombre insuffisant de sages-femmes et d'infirmières obstetricienne de garde
- ✓ La simple négligence

En effet, même si 100% des sages-femmes et d'infirmières obstetricienne interrogées affirment être formées sur l'utilisation du partographe (dont 27,27% en atelier) 18,2% oublient de remplir le partographe par négligence. Par rapport aux difficultés liées au remplissage du partographe lors de la conduite du travail d'accouchement, 54,5% évoquent le nombre insuffisance du nombre de sage-femme de garde et 36,4% le nombre élevé de parturientes.

### **Comme proposition d'amélioration, les prestataires suggèrent :**

- ✓ L'implication rigoureuse des gynécologues-obstétriciens dans le suivi du remplissage correct du partogramme.

- ✓ L'introduction de sanctions pour une prise de conscience des sages-femmes et infirmières obstétriciennes.
- ✓ La mise en place de mesures de motivation.
- ✓ La formation des personnels des centres de santé communautaire pour la référence à temps des parturientes.
- ✓ L'augmentation du nombre de sages-femmes et infirmières obstétriciennes par garde.



## **VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## VII-CONCLUSION

L'utilisation du partographe à la maternité du CSRéf de Niono donne le résultat satisfaisant si l'on s'en tient au taux d'utilisation qui était de 100%. Mais ce résultat ne suffit pas à occulter les nombreuses insuffisances qui diminuent la qualité de cette utilisation. Les principales insuffisances dans l'utilisation du partographe étaient que les partographes étaient incomplètement remplis dans 98% des cas. Certaines données (antécédents obstétricaux, premier examen à l'admission, la fréquence des BCF, durée du travail, type de délivrance, issue du nouveau-né et la surveillance du post-partum) ont été le plus souvent incomplètement rapportées sur les partographes. Concernant les nouveau-nés nous avons enregistré 187 vivants soit 93,5% des cas, 13 morts nés frais soit 6,5% des cas. L'amélioration de la qualité du remplissage du partographe gage de l'amélioration du pronostic maternel et fœtal, passe par le remplissage à bon escient de cet outil.

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

## **VIII. Recommandations:**

### **8.1. Au Médecin chef du CSRéf de Niono :**

- ✓ D'augmenter le nombre des prestataires de la maternité par garde.
- ✓ 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 et en gynéco-obstétrique.
- ✓ 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 communautaire et du CSRéf sur les soins au cours des accouchements y compris l'utilisation correcte du partographe.

### **8.2. Aux prestataires de la maternité du CSRéf de Niono :**

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

### **8.3. A la population de Niono:**

- ✓ 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

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE**

**1. Merger R., Levy J., Melchior J.:** Précis d'obstétrique 6<sup>ème</sup>ed, Paris. Masson.1995.597P-P71.

### **2. Organisation des Nations Unies**

Pékin 1995, quatrième conférence mondiale sur les femmes

### **3. Kassambara M**

Evolution d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain applique à la commune VI du district de Bamako.

Thèse de médecine, Bamako.1989 N°179.

### **4. Cellule de planification et de Statistique.**

Plan de formation et de perfectionnement du personnel Socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.

### **5. O.M.S./UNICEF :**

Estimation révisée pour 1990 de la mortalité nouvelle méthodologie avril 1996.

### **6. Bamba M**

Etude antique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3872 cas 98-M-52 thèse Médecine,

### **7. SAMAKE .D**

Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la CVI de Bamako. 2016-M- n°15 thèse Médecine.

### **8. Marie-helene et Bouvier-colle.**

Mortalité maternelle : honte de notre époque, le défi des années à venir.

Adsp. Mars 2000 Vol n°30, P52-53

### **9. Merger R., Levy J., Melchior J.**

Diagramme de l'accouchement. In: Précis d'obstétrique. Paris: Masson, 1974.P107.

### **10. World Health Organisation.**

The partograph : the application of the WHO partograph in the management of la bour. Report of WHO multicentre study, 1990-1991 Geveva: WHO; 1994.

### **11. SouthoulJh, Pierre F.**

Le déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes medico-légaux en obstétrique. Paris : Malone ; 1991.P.447-8.

**12. De Groof D., Vange en derhuysen C., Juncker T., et col.**

Impact de l'introduction du partogramme sur la mortalité maternelle et Périnatole. Etude de faite dans une maternité à Niamey, Niger. Ann.SocBelg. Med.Trop.1995; 75: P.321-30.

**13. Friedman Ea.**

The graphieanalysis of labor.An J ObsteGynecol 1954; 68: P.1568-75.

**14. Hendricks CH,Bmn WE. Kraus G.Normal cervical dilatation patten in late pregnancyandlabour.An J ObstetGynecol 1970; 106: P. 1065-82.**

**15.Lacomme M.**

L'accouchement en pratique quotidienne.

Pratique obstétricole. Paris: Masson; 1960. P. 202-7.

**16. Philpott RH, Castle WM.**

Cervicographs in the management of labour. J Obstet. Gynecol. 1972; 79: P.599-602.

**17. O Driscoll, Meagher D.**

Duration of labour. In Active management of labour.The Dublin Experience.

London: BaillièreTindoll; 1986. P.20-3.

**18. OMS.**

Programme Santé Maternelle et Maternité sous risque.

Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la dure du travail : Guide Pratique FHE/MSM.93.8.

**19. Merger R., Levy J., Melchior J.**

Précis d'obstétrique, 6ème édition. Masson: P.165.

**20. Stephane Saint-Leger.**

Le partogramme : principes et Méthodes (en ligne) « <http://document.Ledamed.Org/IMG/ht ml/doc.10889.ht ml> (consulté le 22/12/05).

**21. CH KOME.** Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS de la commune II du district de Bamako. 2015-M- n°89 thèse Médecine.

**22. TOURE.O** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso Thèse Med Bamako 2009, n°126.

**23. SANOGO A.** Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du district de Bamako.07-M-188 thèse Médecine.

**24. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) :** Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de santé – (EDS V) – Mali – 2012-2013. Mortalité maternelle. p 16.



- 25. BAGAYOKO.Y K :** Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako Thèse de Med Bamako 2009, n°251
- 26. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) :** Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de santé – (EDS IV) – Mali – 1996. Mortalité maternelle. p 183.
- 27. BAMBA M :** Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas. Thèse de Med 1998, n°52.
- 28. DEMBELE D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF CII de BKO. Thèse de Med.BKO.2002 ; 70 ; 158
- 29. Dr Seydou Z DAO :** Cours CES 2005 ; Bamako ; Mali
- 30. KANTE M.** Etude clinique et épidémiologie de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. Thèse de Med., Bamako 1999. 62p. 75.
- 31. M.K BOHOUMOU ET COLL.** Mortalité maternelle à Abidjan ; Thèse de Médecine Abidjan 1998.
- 32. KONE M.** Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou. Thèse de Med Bamako 2007, n°188.
- 33. CAMARA S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2007, n°235
- 34. HUSSM; BONGAIN A; BERTRANDY M; HOFMAN P; GRIMAUD D, GILLET JT.** Mortalité maternelle à Nice : résultants de type « RAMOS » à partir des registres de décès du Centre Hospitalier Universitaire de Nice 1986-1993.

## **ANNEXE**

### **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom:** Arou

**Prénom:** Abdoul zamilou

**Titre de la thèse:** Evaluation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de Niono, région de Ségou.

**Ville de soutenance:** Bamako

**Année universitaire:** 2017-2018

**Pays de soutenance:** Mali

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

**Secteur d'intérêt:** Gynécologie- obstétrique et Santé publique.

**Résumé:** Nous avons réalisé une étude transversale sur l'évaluation de l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence de Niono, s'étendant du 11 octobre au 28 novembre 2017. Elle a porté sur 200 fiches de partogramme.

Le partographe considéré comme correctement rempli a représenté 2%

Notre taux de mortalité néonatale est de 6,5% des cas.

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

**Mots-clés:** **Accouchement, partographe, partogramme et pronostic fœto-maternel**

**Summary:** We carried out a cross-sectional study on the evaluation of the use of the partograph in the referral health center of Niono in the Segou region, from 11-October to 28 November 2017. It covered 200 records of partograph. The partograph considered correctly filled accounted for 2%. Our neonatal mortality rate was 6, 5% of cases. No maternal deaths were reported during our study.

**Keywords:** **Childbirth, Partograph, and Fetal-Maternal Prognosis**



**ANNEXE**

## FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche : .....

### I. IDENTIFICATION :

#### A. Agent de sante

Q1 Profil du prestataire ayant tenu le partographe :

1 : Médecin                      2 : Interne                      3 : Sage-femme

4° Infirmière

5 : Autre :    à préciser.....

Statut : employé,                      stagiaire,                      bénévole

#### B. Parturiente

Q2 Age de la parturiente :.....ans

Q3 Profession de la Parturiente : .....

Q4 Adresse :.....

Q5 Antécédents obstétricaux :

1 : Parité :.....                      2 : Gestité :.....

3 : Vivant :.....                      4 Décédé.....

5 : Avorté .....                      6 : IIG :.....

Q6 Statut matrimonial :

1 : mariée                      2 : Célibataire

3 : Divorcée                      4 : Veuve

Q7 Si mariée a-t-elle un lien de parenté avec son mari :

1 : Oui                      2 : Non

Q8 Si Oui précisé :.....

Q9 Facteurs de risque notés sur le partographe :

1 : Antécédent de césarienne                      2 : HTA                      3 : Diabète

4 : Autre                      à préciser.....

Q10 Taille : ..... cm

Q11 Hauteur utérine en cm : .....

Q12 Possession d'un carnet de suivi de la grossesse :

1 : Oui                      2 : Non

Q13 Nombre CPN :.....

BQ14 Utilisation de Moustiquaire imprégné d'insecticide par la parturiente :

1 : Oui                      2 : Non

Q15 Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine (TPI) par la parturiente :

1 : Oui                      2 : Non

Si oui nombre de prise.....

Q16 Pathologies survenues au cours de la grossesse

1 : Paludisme 2 : Infection urinaire 3 : HTA

4 : Diabète 5 : Autres

Survenue de MAP : 1 : oui 2 : Non

## II. ADMISSION

Q17 Mode d'admission :

1 : Venue d'elle-même 2 : Référée

Q18 Si référée, a-t-elle un partographe

1 : Oui 2 : Non

Q19 Centre référant : .....

Q20 Motif de référence :

1 : Hémorragie au cours du travail 2 : Disproportion  
foeto-pelvienne

3 : Dilatation stationnaire 4 : souffrance fœtale aiguë

5 : Eclampsie 6 : Syndrome de pré-rupture ou de rupture utérine 7 : Phase  
expulsive sup à 45mm 8 : Autres

Q21 Référence :

1 : A la phase de latence  
ligne d'alerte

2 : A droite de la

3 : Atteinte de la ligne d'action  
ligne d'action

4 : A droite de la

Q22 Motif d'admission si venue d'elle-même :

1 : CUD sur grossesse 2 : RPM

3 : Autre

Q23 Début de remplissage du partographe :

1 : Dès l'admission 2 : En cours 3 : En fin de l'accouchement

Q24 Paramètre fœtaux notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non

Q25 Respect des périodes de l'examen au cours du travail

-Examen fait à la phase de latence :

1 : Toutes les 2 heures 2 : Autre périodicité

-Examen fait à la phase active :

1 : Toutes les heures 2 : Plus d'une heure

Q26 Respect de l'heure de prise de décision :

1 : Précoce : 2 : A temps 3 : Tardive :

Q27 Nature de la présentation

1 : Céphalique 2 : Siège 3 : Transverse

4 : Autres

Q28 Niveau de la présentation

1 : Engagée 2 : Non engagée

Q29 Fréquence des BDCF (bats/mn) :.....

Q30 Couleur du liquide amniotique

1 : Clair 2 : Teinté jaune 3 : Teinté de méconium

Q31 Paramètres maternels notés à chaque examen

1 : Oui 2 : Non:

Q32 Durée du travail en heure:.....

Q33 Accouchée référée

1 : Oui 2 : Non

Q34 Motif de référence

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Déchirure des parties molles

3 : H.T.A ( $\geq 14/9$ ) 5 : Autre à préciser.....

Q35 Issue maternelle

1 : Vivante 2 : D C D

Q36 Cause du décès maternel

1 : Hémorragie de la délivrance 2 : Infection du post-partum

3 : Autres à préciser.....

Q37 Apgar du nouveau-né : à la 1<sup>ère</sup> minute.....à la 5<sup>ème</sup> minute.....

Q38 Poids en g :.....

Q39 Taille du nouveau-né en cm : .....

Q40 Enfant référé :

1 : Oui 2 : Non

Q41 Raison de la référence :

1 : Prématuré 2 : Hypotrophie 3 : Détresse respiratoire

4 : Autres

Q42 Devenir de l'enfant :

1 : Vivant 2 : Mort-né 3 : Décès néonatal

Q43 Cause du décès :

1 : Souffrance fœtale 2 : Grande prématurité 3 : Infection néonatal

4 : Autres

Q44 Si mort-né

1 : Frais 2 : Macéré



Grande multipare

Q11- Quelles sont les facteurs pouvant favoriser l'oubli du remplissage du partographe

1. Négligence
2. Nombre insuffisant de sage-femme par garde
3. Nombre de femme en travail
4. L'heure d'arrivée de la femme à la maternité (exemple : femme arrivant au-delà minuit)
5. Autre (à préciser)

III- Conditions de travail des prestataires

Q12- Disponibilité du partographe :

1. Permanent
2. Rupture rares
3. Rupture fréquente
4. Rupture très fréquente

Q13 : Accès au partographe

1. Facile
2. Assez difficile
3. Très difficile

Q14 -Disponibilité des autres équipements : quels matériels est (sont) le plus souvent non disponible(s) dans la salle d'accouchement

1. Tensiomètre
2. Stéthoscope de Pinard
3. Gants
4. Savon
5. Allaises
6. Eau javellisées
7. Autres.....

Q15- Quelles sont les 3 difficultés majeures pour conduire un travail d'accouchement dans cette maternité ?

- 1 .....
- 2.....
- 3.....

Q16- Quelle(s) suggestion(s) vous avez pour améliorer l'utilisation du partographe dans cette maternité ?

.....  
**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**



## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

*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 la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux être connaissant 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.***