

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE UN BUT UNE FOI

## Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B)



### FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année : 2019-2020

N°

THEME

### ANALYSE DE L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE DANS LES CENTRES DE SANTE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2020 devant la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mr : **BORE AMADOU DIADIE DIT BAKARA**

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

Président : PR Fatimata Sambou DIABATE

Membres : DR Seydou FANE

DR Belco MAIGA

Co-directeur de thèse : DR TRAORE Bakary Abou

Directeur de thèse : PR TRAORE YOUSOUF

## DÉDICACES

Je dédie ce travail :

❖ **A ALLAH** ; le Tout Puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montrez le droit chemin et que vous nous éloignez du mal. Gloire à Dieu, l'omniscient, le Maître des Maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

❖ **Au Prophète MOHAMED** (Paix et Salut sur Lui), que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur vous et sur tous les membres de votre famille ainsi que sur vos fidèles compagnons.

❖ **A mon père AMADAL TIDIANI BORE** : Je ne saurais comment vous exprimer ma gratitude et mon profond amour. Vous avez été l'initiateur de ce travail car vous avez guidé mes premiers pas vers l'école. Votre soutien moral, matériel, financier ne m'a jamais fait défaut. Père modeste, honnête, partisan du travail bien fait, vous resterez toujours un exemple à suivre. Puisse Dieu nous accorder une longue vie et une meilleure santé auprès de nous.

❖ **A ma mère SAFIATOU DIAWARA** : Il n'existe pas de mot maman pour te dire ce que je ressens. Ce travail est le résultat de tes sacrifices, de tes conseils, de tes prières, de tes conseils, de tes efforts inlassables et quotidiens dans le seul but de voir tes enfants devenir des gens respectueux et respectables. Puissent ton courage et ta détermination nous servir d'exemples. Merci maman, que Dieu te donne longue vie avec beaucoup de santé pour que tu puisses bénéficier des fruits de ce travail.

❖ **A ma mère AWA ALI DICKO** : Tu as le mérite de m'avoir constamment assuré d'une assistance morale sans limite. C'est aussi l'occasion pour saluer ta complicité affective combien importante dans la réalisation de ce travail, sois ici remerciée et félicitée.

- ❖ **A ma fiancée SAFIATOU BORE** : Ce travail est le tien. Je te souhaite courage et bonne chance pour tes études.
- ❖ **A mon oncle EL HADJI AL HASSANE BORE** : Je vous dois ces moments tonton. Merci pour votre aide inestimable et vos sacrifices. J'ai toujours su compter sur votre soutien en tout genre. Trouvez en ce modeste travail l'expression de ma gratitude. Que Dieu vous donne longue vie et vous assiste dans vos lourdes responsabilités.
- ❖ **A mes tantes OUMOU, MADINA, AICHATA, ROKIA, MAKEME** : Merci de votre soutien tout au long de ces études, j'espère que ce travail vous plaira.
- ❖ **A mes frères et sœurs HAMADOUN KOLA, BINTOU, OUMOU, ALASSANE, Feu FOUSSEYNI, MARIAM, ALY BOUBOU, BAH EL HADJI YAYA**
- ❖ **A mes cousins SEYDOU BORE, ABDOUL AZIZ DIAWARA, BAKARI DIAWARA** : merci de votre soutien et bonne chance à vous tous.

## REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

**A mes amis : Bafa, Bah, Baye, Daouda, Diakaridia, Dioula, Fadiga, Gouz, Kissima, Lakaré, Lé Touré, Madi, Moh, MTS, Sadi, Zangalo,** je n'ai jamais douté de votre amitié. J'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences. Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

**A mes camarades de la FMOS : Habib Bomba, Mohamed Coulibaly, Moustaph Dembélé, Bakari Traoré, Aser Diarra,** vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tous.

**Aux médecins gynécologues de la maternité du CSREF CII : Dr Dao Seydou Z, Dr Sakoba Konaté, Dr Traoré Bakary Abou,** vous nous avez impressionnés par la qualité d'hommes de science, votre bonté et votre envie de former les autres. Chers maitres, restez toujours dans ce chemin, qu'Allah vous octroie beaucoup de succès, de santé et de prospérité.

Ce travail est le fruit de votre effort éducatif.

**Au médecin chef du CSRéf CII, aux médecins directeurs des CSCOM de la CII, à tout le personnel du CSRéf de la CII et les CSCOM de la CII,** merci de m'avoir accueilli dans vos services et permis la réalisation de ce travail dans votre commune. Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

**A tous mes collègues du CSRéf de la CII : Dembélé Amadou, Sangaré Bréhima, Sissoko Mamoudou, Camara Youssouf, Kané Fatoumata, Traoré Mamadou, Koné Bakari, Boïté Adama,** recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

**A mes aînés du CSRéf de la CII : Dr Traoré Daouda, Dr Konaré Alfousséni, Dr Korenzo Mohamed, Dr Niaré Flacoro, Dr Samaké Guédjouma, Dr**

**Dembélé Bakari, Dr Diabaté Salifou, Dr Diarra Stapha, Dr Sacko Mamed, Dr Koné Kalilou,** merci pour vos conseils.

**A mes amies du CSRéf de la CII : Mme Keita Koulé Sakiliba, Fatoumata Diawara, Adam Diarra,** ce travail est le vôtre, merci infiniment.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE JURY :**

**Professeur Fatimata Sambou DIABATE**

- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique**
- **Ancienne consultante à l'OMS**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatal/PF de l'USAID pour l'Afrique de l'ouest et du centre basé à Accra**
- **Membre fondatrice de la SOMAGO et de la SAGO**
- **Praticienne hospitalière**
- **Enseignante chercheur**

**Chère Maître,**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Présidente du jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous sommes profondément marqués par votre personnalité et surtout votre disponibilité constante. L'occasion nous est en fin donnée de vous témoigner toute notre gratitude.

Trouvez ici, chère maitre l'expression de notre profonde considération.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur Belco MAIGA**

- **Maître assistant à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**

**Cher maître,**

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un maître admirable apprécié par tous. Soyez rassurer de notre reconnaissance la plus profonde



**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur FANE Seydou**

- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré**
- **Maitre-Assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- **Diplômé d'un Master II en santé publique**

**Cher maître,**

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

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

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

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Dr Bakary Abou TRAORE**

- **Praticien hospitalier,**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune II**

**Cher maître,**

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de siéger ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Cher maître, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

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

**Pr Youssouf TRAORE**

- **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur,**

**Cher Maître,**

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance.

## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION .....	13
II. OBJECTIFS.....	16
III. GENERALITES.....	17
IV. METHODOLOGIE.....	31
V. RESULTATS.....	41
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSION .....	54
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	59
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
ANNEXES	

## ABREVIATIONS

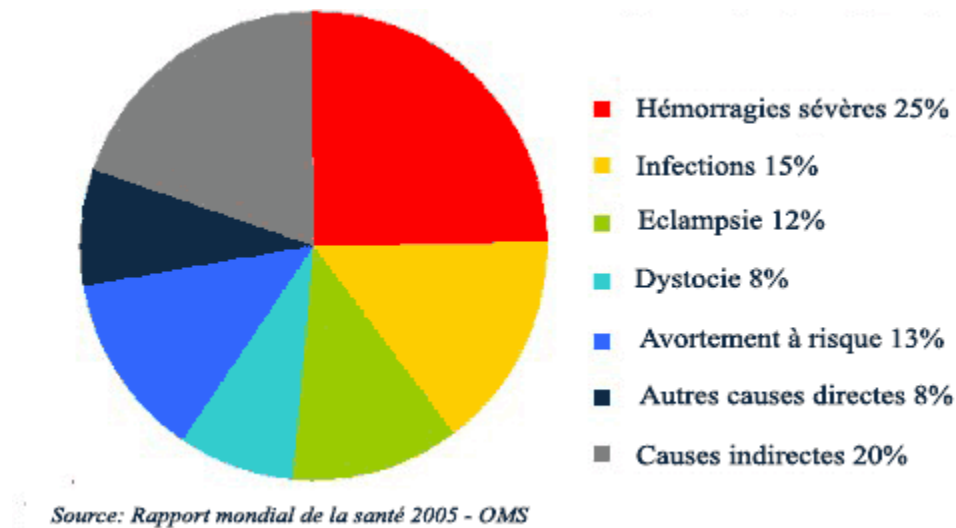
**ABOSAC** = Association bosolaïse de santé communautaire  
**ASACOGO** = Association en santé communautaire de N'Gomi  
**ASACOHI** = Association en santé communautaire de Hippodrome  
**ASACOME** = Association en santé communautaire de Médine  
**BDCF** = Bruit du cœur fœtal  
**C** = Clair  
**CHU GT** = Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré  
**CHU PG** = Centre Hospitalier Universitaire du Point G  
**Cm** = Centimètre  
**CSCOM** = Centre de Santé Communautaire  
**CSCOM BONIABA** = Centre de santé communautaire de Bozola ; Niarela et de Bagadadji  
**CSRéf** = Centre de Santé de Référence  
**CPN** = Consultation prénatale  
**CU** = Contraction Utérine  
**DFP** = Disproportion Fœto Pelvienne  
**DRS** = Direction Régionale de la Santé  
**DSFC** = Direction de la santé familiale et communautaire  
**EDSM** = Enquête Démographique et de Santé du Mali  
**Fig** = Figure  
**HRP** = Hématome Retro placentaire  
**HU** = Hauteur Utérine  
**I** = Intacte  
**IIG** = Intervalle Inter Génésique  
**INFSS** = Institut National de Formation en Sciences de la Santé  
**IO** = Infirmière obstétricienne  
**LA** = Liquide Amniotique  
**M** = Méconium  
**MIPROMA** = Mutuelle interprofessionnelle du Mali  
**OMS** = Organisation Mondiale de la Santé  
**PC** = Périmètre Crânien  
**PDE** = Poche Des Eaux  
**PDS** = Programme de Développement Sanitaire  
**PEC** = Prise en Charge  
**R** = Rompue  
**RCF** = Rythme Cardiaque Fœtal  
**RU** = Rupture Utérine  
**S** = Sang  
**SPSS** = Statical package social sciences  
**TA** = Tension artérielle

**UNICEF** = Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

# I. INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle et néonatale est un fléau dans les pays en voie de développés. Chaque minute qui passe une femme meurt des suites des complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement. Les causes de décès maternels sont connues.



**Fig.1. Les causes de mortalité maternelle [1]**

L'organisation mondiale de la santé attribue 25% des décès maternels aux hémorragies sévères, 15% aux infections, 12% aux éclampsies et 8% aux dystocies [2]. Le taux de mortalité maternelle en France est de 10,3 pour 100000 naissances vivantes [3]. Le taux de mortalité maternelle en Afrique était de 239 pour 100000 naissances vivantes en 2015 contre 12 pour 100000 naissances vivantes dans les pays développés. Environ 20% de ces décès soit 120000 surviennent en Afrique de l'Ouest et du centre [4]. La mortalité maternelle en Côte d'Ivoire était de 614 pour 100000 naissances vivantes de 2005-2012 [5].

Au Mali comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeure très élevé. Selon les résultats de l'EDSM-VI en 2018 la mortalité maternelle est de 325 pour 100000



naissances vivantes et de 33 pour 1000 pour le ratio de la mortalité néonatale [6].

L'utilisation correcte du partographe peut réduire de manière significative le taux de mortalité maternelle et néonatale. Selon l'OMS, le partogramme est un enregistrement graphique de la progression de la dilatation cervicale au cours du travail d'accouchement. Il permet de vérifier la normalité du travail d'accouchement et de dépister de façon précoce toute anomalie [7].

Depuis l'introduction de cet instrument de surveillance, de nombreuses études d'évaluation menées par l'OMS à travers le monde ont montré son efficacité.

Au Mali, selon Samaké D [8] en 2016 au CSRéf CVI de Bamako, le taux d'utilisation du partographe était de 100% dont 90% étaient incomplètement remplis. La bonne utilisation du partographe permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement. La mauvaise utilisation ne permet pas de déceler les anomalies du travail d'accouchement et de l'état du fœtus. A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales, la mort fœtale, les fistules vesico-vaginales, les hémorragies du postpartum, le décès maternel).

Malgré ces progrès et l'application du nouveau partogramme modifié de l'OMS, nous constatons que l'utilisation de cet outil rencontre d'énormes difficultés et qu'aucune étude sur le partographe n'avait été menée dans les centres de santé de la commune CII de Bamako d'où notre motivation pour ce travail :

## **II. OBJECTIFS**

**Objectif général :**

Etudier l'utilisation du partographe de l'OMS dans les centres de santé de la commune II de Bamako.

**Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence d'utilisation du partographe dans les maternités des centres de santé de la commune II de Bamako ;
- Déterminer la qualification des prestataires chargés de remplir les partographes dans les centres ;
- Apprécier la qualité de remplissage des partographes ;
- Déterminer l'impact de l'utilisation correcte du partographe sur le pronostic materno-foetal.

# III. GENERALITES

### III. GENERALITES

#### 3.1. DÉFINITION

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

*Le partogramme* : c'est l'impression graphique des parties ou de l'ensemble des éléments et des données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail d'accouchement permettant d'appréhender à temps utile et opportun, toute anomalie susceptible de compromettre l'issue favorable de l'accouchement [9].

#### 3.2. HISTORIQUE DU PARTOGRAMME

En **1954**, après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique, **FRIEDMAN EA** a établi le schéma d'une dilatation normale du col de l'utérus [10] (**Fig. 1**).

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

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

Les mesures manuelles (FRIEDMAN) électromécaniques ou ultrasonores ont permis de mieux préciser l'allure sinusoïde avec une première phase de latence jusqu'à environ 2 à 3 cm. Cette phase de latence est la plus longue, puis succède une phase active beaucoup plus rapide ou la vitesse de dilatation du col se situe au maximum à 3 cm à l'heure ensuite une phase de décélération au-delà de 8 cm, précédant la période d'expulsion.

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

En 1967 pour HENDRICKS et Coll. [11], le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier aux présentations postérieures : si cette phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie du travail.

La dilatation du col commence d'ailleurs dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1 cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm). L'effacement du col est progressif aussi pendant les quinze dernières semaines sans que cela veuille dire qu'il y a un risque d'accouchement prématuré.

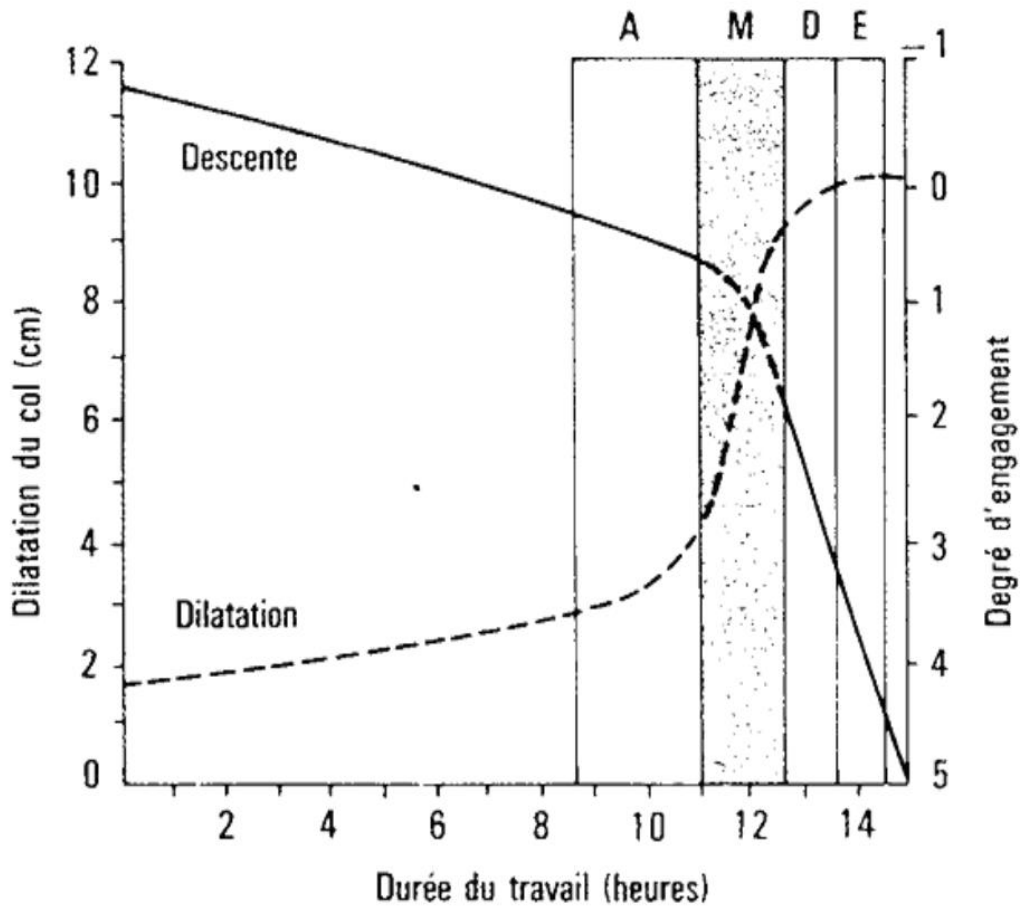
A cette dilatation de fin de grossesse succède une dilatation de pré-travail, tout à fait au début du travail 2,5 cm chez la primipare et 3,5 cm chez la multipare, puis la courbe décrite par HENDRICKS rejoint celle de FRIEDMAN.

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

Dans la technique d'accouchement dirigé (augmented Labor) prônée systématiquement par O'DRISCOLL [12], le partogramme est assimilé à une droite. La vitesse de dilatation doit toujours être supérieure à 1 cm chez la primipare et 1,5 cm chez la multipare.

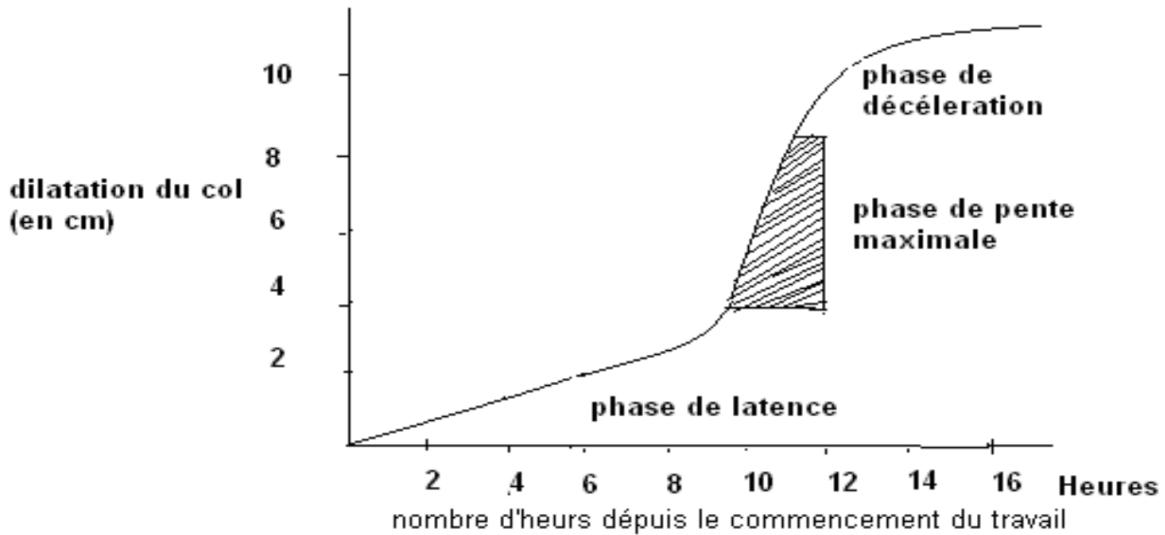
Dans le cadre d'étude extensive sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique méridionale, PHILPOTT a construit un monogramme de la dilatation du col, dans la population observée.

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



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

**Fig.2. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN [13]**



**Fig.3. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale**

## **HISTORIQUE DU PARTOGRAMME AU MALI**

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

En 1991 la Direction Régionale de la Santé de Bamako à travers la division sante 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 mise au point à la maternité de la commune V au quartier Mali en collaboration avec l'université de Rochester (NEW YORK aux Etats-Unis) fut introduite dans la maternité du 1<sup>er</sup> échelon de Bamako.

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



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

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

Une révision des outils de travail s'imposait donc. La maternité du centre de référence de la commune V (CSRéf V) a été retenue comme site de l'étude du partogramme car elle bénéficiait de la présence d'un gynéco-obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autres parts des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur les accouchements des dernières 24 heures. Un tel contexte permettait d'envisager la mise au point d'un support adapté de suivi de l'accouchement. Dans ce travail, le partogramme a subi de nombreuses transformations qui le rendirent beaucoup plus pratique. Ces transformations aboutirent au partogramme actuel de l'OMS.

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

### **3.3. INTERET DU PARTOGRAMME**

- Outil de travail simple, efficace et peu couteux ;
- Standardise la PEC du travail d'accouchement
- Permet une surveillance horaire des paramètres du travail d'accouchement ainsi que le dépistage précoce des dystocies.
- Indique le moment de la prise de décision

- Permet un accouchement avec un maximum de sécurité pour la mère et un minimum d'agression pour le fœtus
- Document médico-légal qui permet de protéger le prestataire ;
- Dans la périphérie : l'intérêt fondamental du partogramme est d'indiquer à partir de quel moment il convient d'orienter la parturiente vers le niveau de soins supérieurs.

### **3.4. LE PARTOGRAMME : MODELE DE L'OMS**

#### **3.4.1. PRINCIPE :**

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

- 1- La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures ;
- 2- Pendant la phase active le rythme de la dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure ;
- 3- L'intervalle de 4 heures entre le ralentissement du travail et le moment où il est nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger la vie du fœtus ou de la mère et pour éviter des interventions injustifiées ;
- 4- Eviter de multiplier des touchers vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommandé est de 1 toutes les 4 heures) [14].

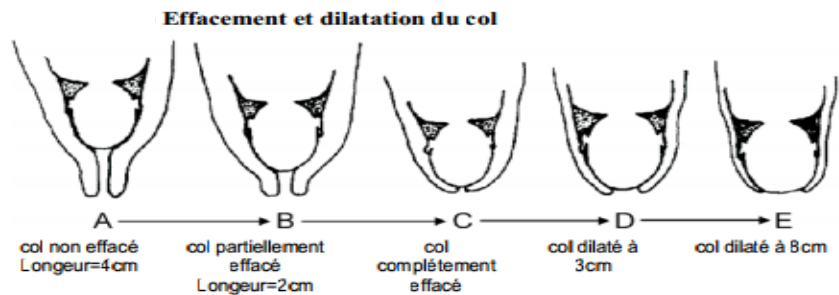
#### **3.4.2. COMPOSANTES**

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

### 3.4.2.1. LA PROGRESSION DU TRAVAIL :

#### 3.4.2.1.1. LA DILATATION DU COL

Dans cette partie, l'essentiel est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps dans lequel on distingue une phase de latence et une phase active [15].



**Fig. 4 : Dilatation du col**

#### **La phase de latence :**

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

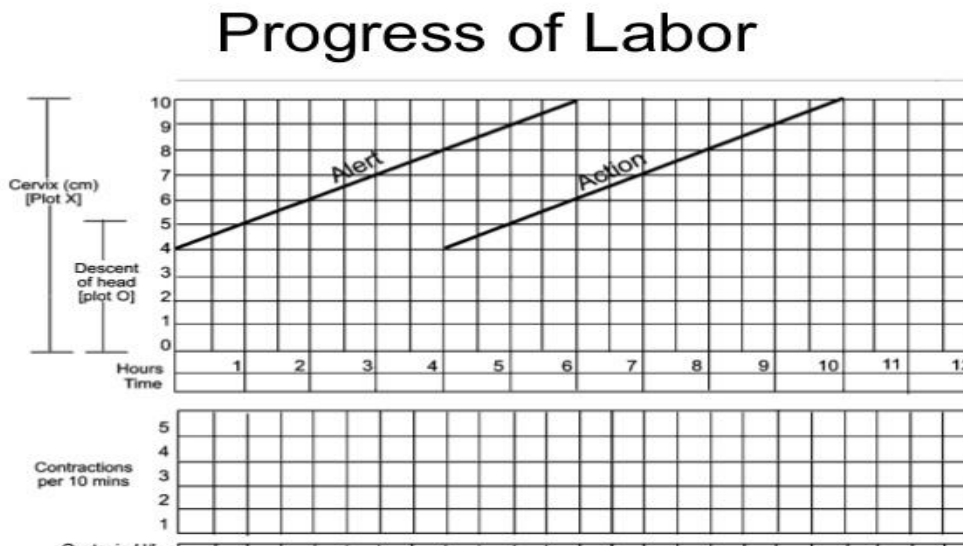
#### **La phase active :**

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

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

- **La ligne d'alerte** qui va de 3 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col.
- **La ligne d'action** est située à 4 heures de distance de la ligne d'alerte.

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



**Fig. 5 : La ligne d’alerte et la ligne d’action [15]**

#### **3.4.2.1.2. CONTRACTIONS UTERINES PENDANT LE TRAVAIL :**

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

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

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

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

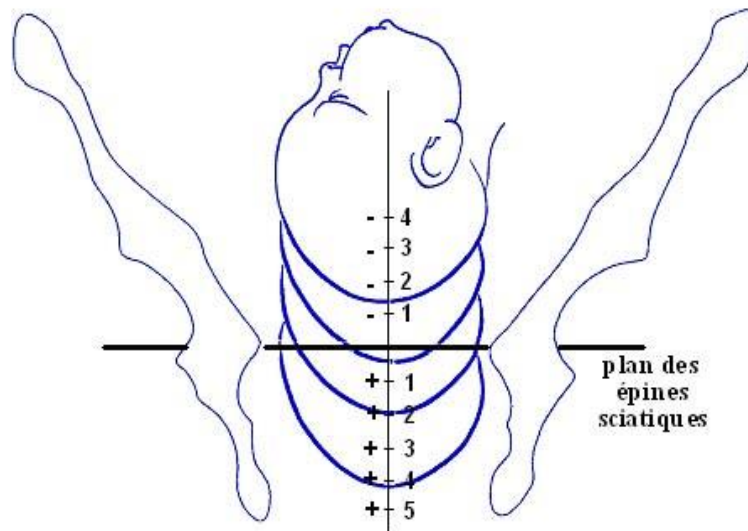
#### **3.4.2.1.3. DESCENTE ET PROGRESSION DU MOBILE FŒTAL**

**Haute et mobile :** pas de contact entre la tête et le détroit supérieur.

**Mobilisation ou Appliquée :** contact intermittent si on refoule la présentation.

**Fixée** : contact permanent (impossible de refouler la présentation).

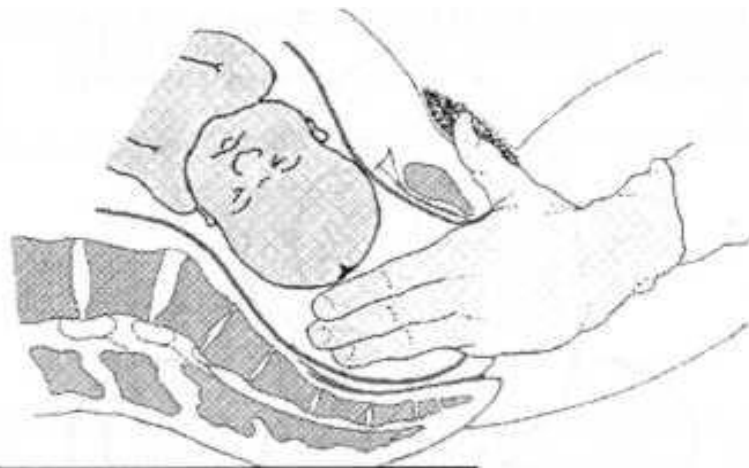
**Engagée** : franchissement de l'air du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation.



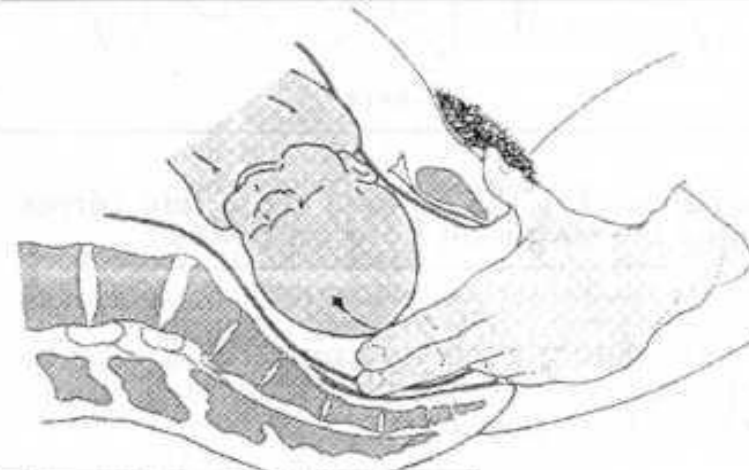
**Fig. 6 : Descente de la tête fœtale [15]**

## DIAGNOSTIC D'ENGAGEMENT

**Signe de Farabeuf :** au toucher vaginal les doigts dirigés vers la 2<sup>ème</sup> pièce sacrée (S2) sont arrêtés par la présentation. [16] (**Fig.6**)



signe de Farabeuf (présentation non engagée)



signe de Farabeuf (présentation engagée)

**Signe de Farabeuf (présentation non engagée) : S2 atteint.**  
**Signe de Farabeuf (présentation engagée) : S2 non atteint.**

**Fig. 7 : Le signe de Farabeuf**

### **3.4.2.2. ETAT DU FŒTUS :**

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage de la tête fœtale [17].

#### **3.4.2.2.1. Le Rythme Cardiaque Fœtal**

##### **a) Valeurs.**

- normal : Si le BDCF est compris entre 120-160 battements par minute ;
- tachycardie : Si le BDCF est supérieur à 160 battements par minute ;
- bradycardie : Si le BDCF est inférieur à 120 battements par minute ;

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

##### **b) Méthodes de mesures :**

###### **b1) Auscultation des bruits du cœur fœtal**

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

###### **b2) Le Monitoring électronique per partum : la Cardiotocographie**

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

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

Les tracés sont couramment classés en trois catégories :

- tracés normaux qui garantissent le bon état fœtal (99% des cas) ;

- tracés d'alarme qui traduisent une agression minime sur le fœtus résistant ;
- tracés pathologiques de danger fœtal, qui justifient la mise en décubitus latéral gauche de la parturiente, une oxygénothérapie et direction du travail (pour aboutir à l'accouchement immédiat) ou césarienne.

### **La LECTURE PRATIQUE**

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

#### **3.4.2.2.2. Le Liquide amniotique (L A)**

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

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

Inscrire :

Membranes intactes = **I**

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

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

L A teinté de sang = **S**.

#### **3.4.3. ETAT DE LA MERE :**

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

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



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

### **3.4.4. REMPLISSAGE DU PARTOGRAMME DE L'OMS :**

#### **Eléments du partographe**

Les éléments notés sur le partographe sont :

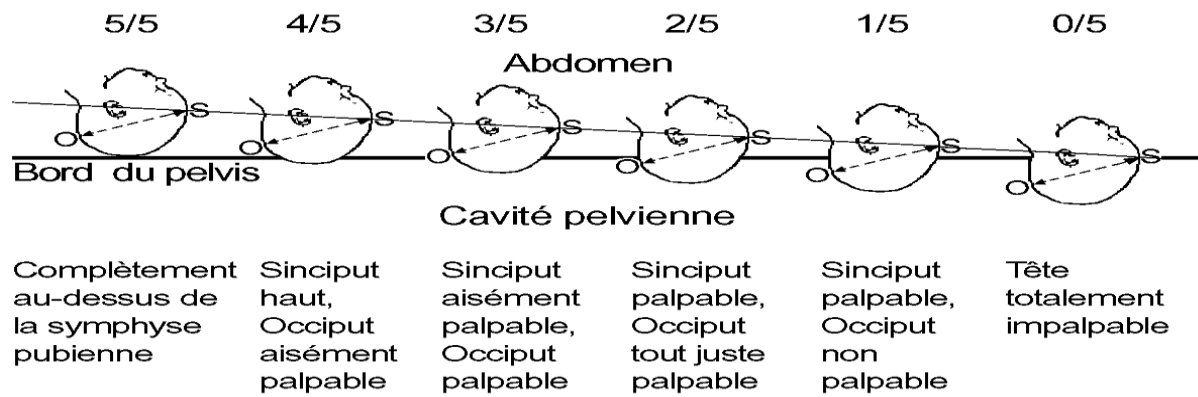
- Eléments de progression du travail :
  - dilatation du col ;
  - descente de la présentation ;
  - la fréquence et la durée des contractions utérines.
- Eléments de surveillance du fœtus :
  - rythme cardiaque fœtal ;
  - couleur du liquide amniotique.
- Eléments de surveillance de l'état de la mère :
  - pouls et température ;
  - tension artérielle ;
  - les médicaments administrés au cours du travail.

#### **Remplissage du partographe**




• Le partographe de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 4 cm. Les informations à consigner sur le partographe sont les suivantes :

- Renseignements concernant la parturiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes.
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.

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



**Fig. 9 : descentes de la tête fœtale [17]**

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

## Partogramme de l'OMS

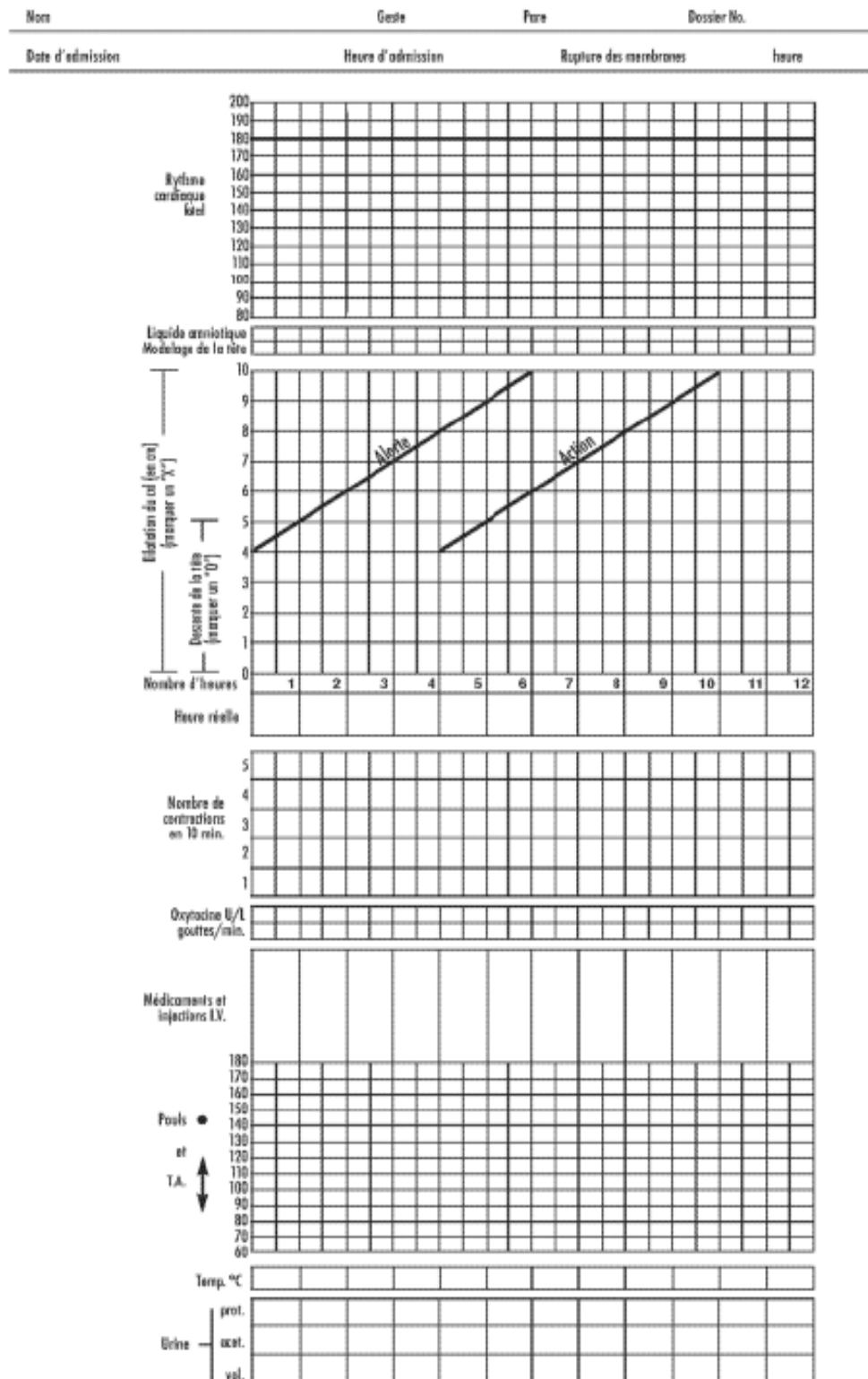


Fig. 10: le partogramme [17]

# IV. METHODOLOGIE

## **IV. Méthodologie :**

### **4.1- Cadre d'étude :**

Notre étude a eu lieu dans les maternités du CSRéf et des centres de santé de la commune II de Bamako.

La commune II couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- Au Nord par la colline du point G,
- Au Sud par le fleuve Niger,
- A l'Est par le marigot de Korofina,
- A l'Ouest par le boulevard du peuple,

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

#### **4.1.1. Le CSCOM d'ABOSAC**

Il couvre une population de 17696 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, de cinq sages-femmes, de deux infirmières obstétriciennes et d'une matrone

#### **4.1.2. Le CSCOM de BONIABA**

Il couvre une population de 30089 habitants des quartiers de Bozola, Niarela et Bagadadji.

Le personnel est composé d'un médecin, de cinq sages-femmes, de trois infirmières obstétriciennes et de deux aides-soignantes.

#### **4.1.3. Le CSCOM BENKADI**

Il couvre une population de 37066 habitants.

Le personnel est composé de deux médecins, de cinq sages-femmes, d'une infirmière obstétricienne et de deux aides-soignantes.

#### **4.1.4. Le CSCOM ASACOH**

Il couvre une population de 45876 habitants.

Le personnel est composé de deux médecins, de cinq sages-femmes, de cinq infirmières obstétriciennes.

#### **4.1.5. Le CSCOM ASACOGO**

Il couvre une population de 4368 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, d'une sagefemme, de six infirmières obstétriciennes et d'une matrone.

#### **4.1.6. Le CSCOM ASACOME**

Il couvre une population de 15042 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, de quatre sages-femmes, de deux infirmières obstétriciennes, de deux aides-soignantes et de deux matrones.

#### **4.1.7. Le centre de santé mutualiste Valentin de Pablo**

Le personnel est composé d'un médecin, de cinq sages-femmes, de trois infirmières obstétriciennes et de trois aides-soignantes.

#### **4.1.8. Le centre de santé évangélique**

Le personnel est composé d'un médecin, de deux sages-femmes et d'une infirmière obstétricienne

#### **4.1.9. Le centre de santé de référence :**

Situé dans le quartier TSF, le personnel est composé de trois gynéco-obstétriciens, de vingt-cinq sages-femmes, de douze infirmières obstétriciennes et d'une matrone.

#### **4.2- TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique sur l'utilisation du partographe dans le centre de santé de référence et les centres de santé de la commune II de Bamako.

#### **4. 3- PERIODE D'ETUDE :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 soit 6 mois.

#### **4. 4- POPULATION D'ETUDE :**

La population d'étude était constituée par l'ensemble des partogrammes des femmes ayant accouché dans les centres sus-cités pendant la période d'étude.

#### **4.5- CRITERES :**

##### **4.5.1- CRITERES D'INCLUSION**

Ont été inclus dans cette étude, tous les partogrammes des femmes ayant accouché pendant la période d'étude.

##### **4.5.2- CRITERES DE NON INCLUSION**

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les patientes ayant bénéficié d'une césarienne prophylactique.
- Les accouchements non assistés à domicile ou en cours de route.



#### **4.6- Taille de l'échantillon:**

Il s'agit d'un échantionnage exhaustif de l'ensemble des partogrammes (3161) répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

#### **4.7- LES PARAMETRES EDUDIES :**

- La fréquence d'utilisation du partographe
- La qualité du prestataire
- La surveillance intra partum (BDCF, descente de la tête, coloration du LA, dilatation, CU, TA, pouls, température)
- la surveillance post-partum
- la qualité de remplissage des partograpes

#### **4.8- Plan d'analyse et de traitement des données:**

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le Khi<sup>2</sup> avec comme seuil de significativité fixé à 5%.

#### **4.9- Définitions opérationnelles :**

**Gestité :** nombre de grossesse

**Parité :** nombre d'accouchement

**Primipare :** femme ayant accouché une fois

**Paucipare :** femme ayant accouché deux ou trois fois

**Multipare :** femme ayant accouché quatre à six fois

**Grande multipare :** femme ayant accouché plus de six fois.

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

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

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

# V. RESULTATS

## V. RESULTATS

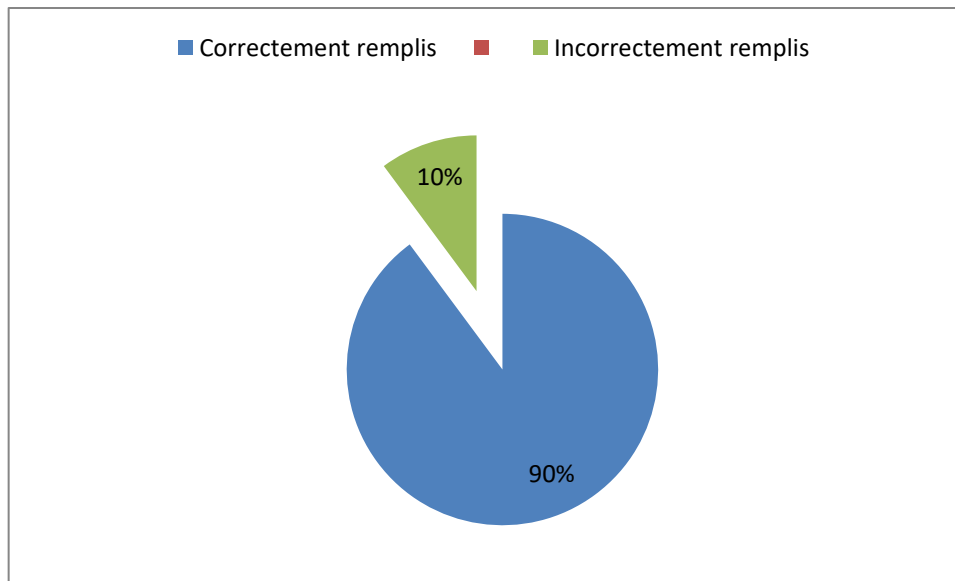
Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 soit 6 mois nous avons enregistré 3161 accouchements dans les centres de santé de la commune II de Bamako. Tous ces accouchements ont été suivis à l'aide du partogramme soit une fréquence de 100%.

**Tableau I** : Répartition des partogrammes en fonction des structures

<b>Structures</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence(%)</b>
<b>CSREF CII</b>	<b>1161</b>	<b>36,7</b>
ASACOME	225	7,2
ABOSAC	105	3,3
BONIABA	108	3,5
BENKADI	498	15,8
ASACOGO	79	2,5
ASACOHI	308	9,7
Valentin de Pablo	371	11,7
Centre de santé Evangélique	306	9,7
<b>TOTAL</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau II** : Répartition des partogrammes en fonction de la qualification du prestataire

<b>Qualification du Prestataire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence(%)</b>
Médecin	47	1,5
<b>Sage-femme</b>	<b>3060</b>	<b>96,8</b>
Infirmière-Obstétricienne	54	1,7
<b>Total</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>



**Figure 11 :** Répartition des partogrammes en fonction de la qualité de remplissage.

**Tableau III :** Relation entre la qualification du prestataire et la qualité de remplissage des partogrammes

Qualification du prestataire	Qualité de remplissage des partogrammes				Total	
	Correctement remplis		Incorrectement remplis			
Médecin	41	1,3	5	0,2	46	1,5
Sagefemme	2766	87,5	295	9,3	3061	96,8
Infirmière obstétricienne	33	1,1	21	0,7	54	1,8
<b>Total</b>	<b>2422</b>	<b>89,8</b>	<b>321</b>	<b>10,2</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>
Khi <sup>2</sup> = 73,625		P=0,000		DDL= 3		

**Tableau IV** : Relation entre la qualité de remplissage et les centres

Structures	Qualité de remplissage			
	Correctement remplis %		Incorrectement remplis %	
<b>CSREF CII</b>	<b>1134</b>	<b>97,7</b>	27	2,3
ASACOME	203	90,2	22	9,8
ABOSAC	81	77,1	24	22,9
BONIABA	88	81,5	20	18,5
BENKADI	448	89,9	50	10,1
ASACOGO	61	77,2	18	22,8
ASACOHI	258	83,8	50	16,2
Valentin de Pablo	315	84,9	56	15,1
Centre de santé Evangélique	252	82,4	54	17,6

Khi<sup>2</sup>= 267,627

P= 0,000

DDL= 3

**Tableau V** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la qualification des prestataires

Centres	Qualification				Total	
	Médecin %		Sages-femmes %			
			OI	%		
CSREF CII	19	1,7	1137	97,9	5 0,4	1161
ASACOME	12	5,3	206	91,6	7 3,1	225
ABOSAC	0	0	100	95,2	5 4,8	105
BONIABA	0	0	101	93,5	7 6,5	108
BENKADI	11	2,2	474	95,2	13 2,6	498
ASACOGO	0	0	77	97	2 3	79
ASACOHI	5	1,6	300	97,4	3 0,9	308
Valentin de Pablo	0	0	364	98,1	7 1,9	371
Centre de santé Evangélique	0	0	301	98,4	5 1,6	306

**Tableau VI** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification des BDCF

Centres	Notification des BDCF				Total	
	Correcte	%	Incorrecte	%		
CSREF CII	1136	97,8	25	2,2	1161	36,7
ASACOME	197	6,2	28	1	225	7,2
ABOSAC	95	3	10	0,3	105	3,3
BONIABA	94	2,9	14	0,6	108	3,5
BENKADI	469	14,8	29	0,9	498	15,7
ASACOGO	71	2,2	8	0,3	79	2,5
ASACOHI	297	9,4	11	0,3	308	9,7
Valentin de Pablo	358	11,3	13	0,4	371	11,7
Centre de santé Evangélique	293	9,3	13	0,4	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3010</b>	<b>95,2</b>	<b>151</b>	<b>4,8</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau VII** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification de l'état de la poche des eaux

Centres	L'état de la poche des eaux				Total	
	Consigné	%	Non consigné	%		
CSREF CII	1157	99,7	4	0,3	1161	36,7
ASACOME	218	96,9	7	3,1	225	7,2
ABOSAC	102	97,1	3	2,9	105	3,3
BONIABA	101	93,2	7	6,5	108	3,5
BENKADI	460	92,4	38	7,6	498	15,7
ASACOGO	70	88,6	9	11,4	79	2,5
ASACOHI	292	94,8	16	5,2	308	9,7
Valentin de Pablo	349	94,1	22	5,9	371	11,7
Centre de santé Evangélique	270	88,2	36	11,8	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3019</b>	<b>95,5</b>	<b>142</b>	<b>4,5</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification du modelage de la tête

Centres	Modelage de la tête				Total	
	Consigné	%	Non consigné	%		
CSREF CII	1158	99,7	3	0,3	1161	36,7
ASACOME	218	96,9	7	3,1	225	7,2
ABOSAC	102	97,1	3	2,9	105	3,3
BONIABA	108	100	0	0	108	3,5
BENKADI	481	96,6	17	3,4	498	15,7
ASACOGO	76	96,2	3	3,8	79	2,5
ASACOHI	294	95,5	14	4,5	308	9,7
Valentin de Pablo	362	97,6	9	2,4	371	11,7
Centre de santé Evangélique	295	96,4	11	3,6	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3094</b>	<b>97,9</b>	<b>67</b>	<b>2,1</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau IX** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification de la dilatation cervicale

Centres	Notification de la dilatation cervicale				Total	
	Correcte	%	Incorrecte	%		
CSREF CII	1155	99,5	6	0,5	1161	36,7
ASACOME	223	99,1	2	0,9	225	7,2
ABOSAC	105	100	0	0	105	3,3
BONIABA	101	93,5	7	6,5	108	3,5
BENKADI	442	88,8	56	11,2	498	15,7
ASACOGO	79	100	0	0	79	2,5
ASACOHI	296	96,1	12	3,9	308	9,7
Valentin de Pablo	365	98,4	6	1,6	371	11,7
Centre de santé Evangélique	298	97,4	8	2,6	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3067</b>	<b>97</b>	<b>94</b>	<b>3</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>



**Tableau X :** Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification du niveau de la présentation

Centres	Niveau de la présentation				Total	
	Consigné	%	Non consigné	%		
CSREF CII	1158	99,7	3	0,3	1161	36,7
ASACOME	215	95,6	10	4,4	225	7,2
ABOSAC	100	95,2	5	4,8	105	3,3
BONIABA	96	88,9	12	11,1	108	3,5
BENKADI	488	97,9	10	2,1	498	15,7
ASACOGO	79	100	0	0	79	2,5
ASACOHI	304	98,7	4	1,3	308	9,7
Valentin de Pablo	364	98,1	7	1,9	371	11,7
Centre de santé Evangélique	293	95,7	13	4,3	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3097</b>	<b>98</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XI :** Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification de l'heure d'examen

Centres	L'heure d'examen				Total	
	Consigné	%	Non consigné	%		
CSREF CII	1154	99,4	7	0,6	1161	36,7
ASACOME	213	94,7	12	5,3	225	7,2
ABOSAC	99	94,3	6	5,7	105	3,3
BONIABA	93	86,1	15	13,9	108	3,5
BENKADI	475	95,4	23	4,6	498	15,7
ASACOGO	76	96,2	3	3,8	79	2,5
ASACOHI	297	96,4	11	3,6	308	9,7
Valentin de Pablo	357	96,2	14	3,8	371	11,7
Centre de santé Evangélique	281	91,8	25	8,2	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3045</b>	<b>96,3</b>	<b>116</b>	<b>3,7</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XII:** Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification des contractions utérines

Centres	Contractions utérines				Total	
	Correcte	%	Incorrecte	%		
CSREF CII	1156	99,6	5	0,4	1161	36,7
ASACOME	225	100	0	0	225	7,2
ABOSAC	96	91,4	9	8,6	105	3,3
BONIABA	103	95,4	5	4,6	108	3,5
BENKADI	486	97,6	12	2,4	498	15,7
ASACOGO	79	100	0	0	79	2,5
ASACOHI	298	96,8	10	3,2	308	9,7
Valentin de Pablo	354	95,4	17	4,6	371	11,7
Centre de santé Evangélique	277	90,5	29	9,5	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3074</b>	<b>97,3</b>	<b>87</b>	<b>2,7</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII :** Répartitions des partogrammes par centres en fonction de la notification du pouls

Centres	Pouls				Total	
	Correcte	%	Incorrecte	%		
CSREF CII	1159	99,8	2	0,2	1161	36,7
ASACOME	220	97,8	5	2,2	225	7,2
ABOSAC	95	90,5	10	9,5	105	3,3
BONIABA	102	94,4	6	5,6	108	3,5
BENKADI	473	94,9	25	5,1	498	15,7
ASACOGO	78	98,7	1	1,3	79	2,5
ASACOHI	293	95,1	15	4,9	308	9,7
Valentin de Pablo	340	91,6	31	8,4	371	11,7
Centre de santé Evangélique	286	93,5	20	6,5	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3046</b>	<b>96,4</b>	<b>115</b>	<b>3,6</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification de la tension artérielle

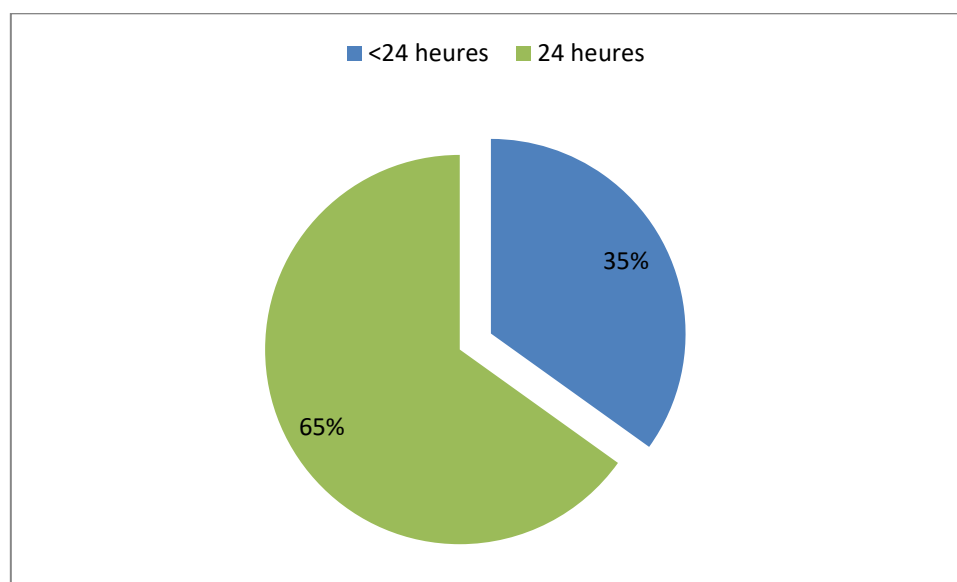
Centres	Tension artérielle				Total	
	Correcte	%	Incorrect	%		
CSREF CII	1159	99,8	2	0,2	1161	36,7
ASACOME	204	90,7	21	9,3	225	7,2
ABOSAC	96	91,4	9	8,6	105	3,3
BONIABA	106	98,1	2	1,9	108	3,5
BENKADI	486	97,6	12	2,4	498	15,7
ASACOGO	76	96,2	3	3,8	79	2,5
ASACOHI	294	95,5	14	4,5	308	9,7
Valentin de Pablo	358	96,5	13	3,5	371	11,7
Centre de santé Evangélique	298	97,4	8	2,6	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3077</b>	<b>97,3</b>	<b>84</b>	<b>2,7</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XV** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification de la température

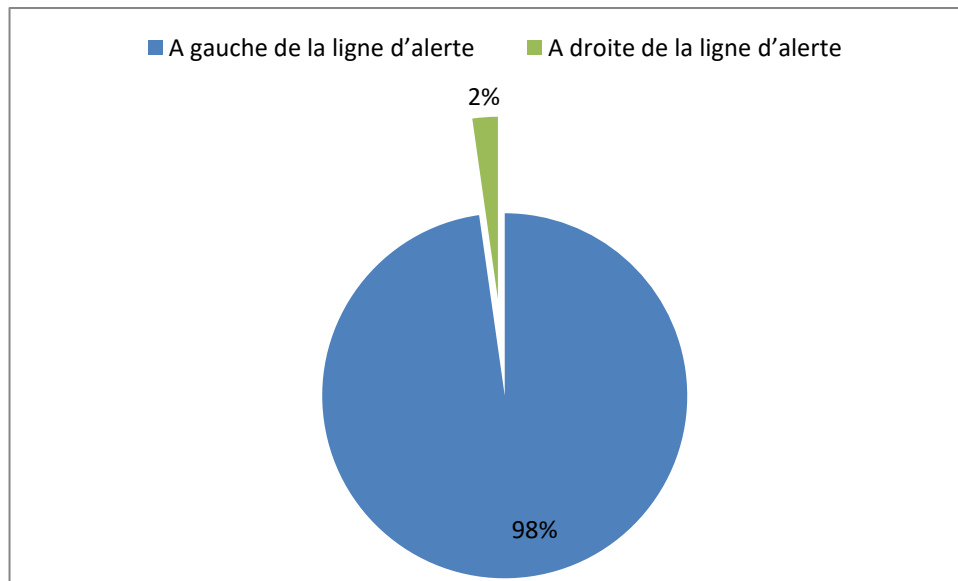
Centres	La température				Total	
	Consigné	%	Non consignée	%		
CSREF CII	1161	100	0	0	1161	36,7
ASACOME	216	96	9	4	225	7,2
ABOSAC	103	98,1	2	1,9	105	3,3
BONIABA	94	87	14	13	108	3,5
BENKADI	484	97,2	14	2,8	498	15,7
ASACOGO	72	91,1	7	8,9	79	2,5
ASACOHI	298	96,8	10	3,2	308	9,7
Valentin de Pablo	358	96,5	13	3,5	371	11,7
Centre de santé Evangélique	293	95,8	13	4,2	306	9,7
<b>Total</b>	<b>3077</b>	<b>97,3</b>	<b>84</b>	<b>2,7</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XVI** : Répartition des partogrammes par centres en fonction de la notification du résultat de la bandelette urinaire (dosage Albumine/sucre) dans les urines

Centres	Bandelette urinaire (albumine/sucre)				Total	
	Consigné	%	Non consigné	%		
CSREF CII	1159	99,8	2	0,2	1161	36,7
ASACOME	6	2,7	219	97,3	225	7,2
ABOSAC	0	0	105	100	105	3,3
BONIABA	0	0	108	100	108	3,5
BENKADI	16	3,2	482	96,8	498	15,7
ASACOGO	0	0	79	100	79	2,5
ASACOHI	9	2,9	299	97,1	308	9,7
Valentin de Pablo	5	1,3	366	98,7	371	11,7
Centre de santé Evangélique	13	4,2	293	95,8	306	9,7
<b>Total</b>	<b>1208</b>	<b>38,2</b>	<b>1953</b>	<b>61,8</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>



**Figure 12** : Répartition des patientes selon la durée de la surveillance du post-partum de la mère et du nouveau-né



**Figure 13 :** Répartition des partogrammes en fonction de la progression de la dilatation au cours du travail

**Tableau XVII :** Répartition des partogrammes en fonction de la durée du travail d'accouchement

Durée du travail en heure	Effectif	Fréquence(%)
≤12 Heures	3036	96,1
>12 Heures	125	3,9
<b>Total</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII :** Répartition des partogrammes en fonction du mode d'accouchement

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence(%)</b>
<b>Voie basse</b>	<b>3050</b>	<b>96,5</b>
Césarienne	111	3,5
<b>Total</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV :** Répartition des partogrammes en fonction de l'état du nouveau-né

<b>Etat du nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Vivant</b>	<b>3111</b>	<b>98,4</b>
Décès néonatal précoce	18	0,6
Mort-né frais	13	0,4
Macéré	19	0,6
<b>Total</b>	<b>3161</b>	<b>100</b>

**Tableau XX : Répartition des partographe en fonction du score d'Apgar**

Score d'Apgar	1ère minute		5 <sup>ème</sup> minute	
	Effectif	%	Effectif	%
0	10	0,3	27	0,9
1-3	39	1,2	18	0,6
4-7	85	2,7	10	0,3
≥8	<b>3027</b>	<b>95,8</b>	<b>3106</b>	<b>98,3</b>

**Tableau XXI : Relation entre durée du travail et Apgar des nouveaux nés**

Durée du travail	Apgar			
	<8		≥8	
	Effectif	%	Effectif	%
≤12 Heures	17	0,5	3027	96,1
>12 Heures	28	0,9	134	4,2
Khi <sup>2</sup> = 4,716	P= 0,004		DDL= 3	

# **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**



## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **6.1. Discussion méthodologique:**

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte prospective sur la surveillance du déroulement de l'accouchement et l'utilisation du partogramme dans les structures sanitaires publique et communautaire de la commune II. Cette approche est couramment utilisée en santé publique pour fixer les priorités. Des travaux similaires ont été menés par Samaké I [18]. Ces travaux ont porté sur les données d'un centre de santé de référence, la MIPROMA (mutuelle interprofessionnelle du Mali) et les CSCOM de la commune VI de Bamako.

Quelques cas de non réponses ont été élevés mais n'ont pas eu d'influence sur la conduite de l'étude.

Certaines données ont manqué à cause du fait que les partogrammes étaient inexploitable.

### **6.2. Fréquence d'utilisation du partographe:**

Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018, nous avons recensé 3161 accouchements dans les centres de santé de la commune II de Bamako. Le partographe a été utilisé pour tous ces accouchements soit une fréquence de 100%. Ce résultat s'explique par le respect des normes et procédures dans la salle d'accouchement au Mali selon lesquelles au cours de chaque travail d'accouchement un partographe est initié et rempli.

Arou A.Z [9] au CSRéf de Niono a également trouvé 100% d'utilisation du partographe dans son étude. Notre taux est supérieur à celui de Siby A.S [19] qui a noté 84,7% d'utilisation du partographe au CSRéf de Kangaba.

Parmi les 3161 partogrammes nous avons enregistré 2422 partogrammes correctement remplis soit une fréquence de 90%. Cette fréquence est inférieure à

celle de Komé C.H [20] 2016 qui a trouvé 73,8% de partogrammes correctement remplis. Elle est supérieure à celle de Samaké D [8] lors d'une étude réalisée dans la commune VI qui a trouvé 4,5% de partogrammes correctement remplis.

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.

### **6.3. La qualification du remplissage du partographe :**

Les sage femmes étant les premières responsables de la salle d'accouchement, elles ont pour charges le remplissage des partogrammes et la surveillance des patientes dès leurs admissions jusqu'à leurs sorties, c'est pour cette raison qu'elles ont été les plus représentées dans le remplissage de cet outil avec une fréquence de 96,8%.

Le nombre de partogrammes remplis par prestataires a varié d'un centre à un autre. C'est ainsi que les partogrammes ont été remplis par les sages-femmes dans 97,9% au CSRéf CII, 91,6% à l'ASACOME, 95,2% à l'ABOSAC, 93,5% à BONIABA, 95,2% à BENKADI, 98,1% au centre Valentin de Pablo, 98,4% au centres de santé évangélique, 97% à l'ASACOGO et 97,4% à l'ASACOHI. Les partogrammes ont été remplis par les médecins dans 1,7% au CSRéf CII, 5,3% à l'ASACOME, 2,2% à BENKADI, 1,6% à l'ASACOHI. Les médecins n'ont pas remplis de partogrammes à l'ABOSAC, à BONIABA, au centre Valentin de Pablo, au centre de santé évangélique et à l'ASACOGO. Les infirmières obstétriciennes ont remplis dans 0,4% au CSRéf CII, 3,1% à l'ASACOME, 4,8% à l'ABOSAC, 6,5% à BONIABA, 2,6% à BENKADI, 1,9% au centre valentin de Pablo, 1,6% au centre de santé évangélique, 2,5% à l'ASACOGO et 0,9% à l'ASACOHI. La fréquence élevée de partogrammes bien remplis par les

sages-femmes formés à cela et sont les plus impliqués dans la gestion des accouchements.

Près de 90% des paramètres fœto-maternels étaient bien notifiés sur les différents partographe examinés. La qualité de remplissage du partographe a variée selon les centres et selon la qualification des prestataires. Dans notre étude parmi les 2422 partographe correctement remplis, 87,5% ont été remplis par les sages-femmes, 1,3% par les médecins et 1,1% par les infirmières obstétriciennes. Cette fréquence élevée de partographe correctement remplis par les sages-femmes s'explique par le fait que ces prestataires sont les premiers responsables impliqués dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement. En plus, elles ont bénéficié de deux séances de formation de 5 jours chacune sur le remplissage du partographe. Ce taux est proche de celui de KOME C.H [20] dans les Centres de santé de la commune II de Bamako (86,4%) et TOURE O [21] dans la commune urbaine de Sikasso (90%) et notre étude présente une relation statistiquement significative entre la qualité du remplissage des partographe et la qualification des prestataires ( $\chi^2= 73,625$  et  $P=0,000$ ). Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la qualité de remplissage et la qualification des prestataires.

La notification des bruits du cœur fœtal par des points reliés a été faite selon les normes dans 95,2% des cas. A la rupture de la poche des eaux l'état du liquide amniotique aide à évaluer l'état du fœtus. L'état de la poche des eaux a été évalué dans 95,5% des cas. Le modelage de la tête fœtale est un indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du fœtus, il a été consigné à chaque toucher vaginal dans 97,9% des cas. La progression de la dilatation du col a été cochée dans 97% des cas. La descente de la tête concerne la partie de la tête palpable au-dessus de la symphyse pubienne. Elle va de 5 à 0 et a été consignée correctement dans 98% des cas. Les heures d'examen ont été respectées dans

96,3% des cas. Les contractions utérines ont été consignées correctement dans 97,3% des cas.

Le pouls a été consigné dans 96,4% des cas. Il a été marqué toutes les 30 min par des points reliant entre eux pour former une graphique. La tension artérielle prise toutes les 2 heures, doit être mentionnée par une flèche verticale dont le sommet correspond à la tension artérielle systolique et la partie la plus basse à la tension artérielle diastolique. Elle a été consignée dans 97,3% des cas. La température a été correctement consignée dans 97,3% des cas. Le résultat de la bandelette urinaire à la recherche de l'albumine/sucre a été noté dans 38,2% des cas, cela est fait seulement au niveau du CSRéf CII ou en cas d'une élévation des chiffres tensionnelles dans les autres centres.

Le remplissage correct du partographe a varié en fonction des centres. Les partogrammes correctement remplis ont représenté 97,7% au CSRéf CII, 90,2% à l'ASACOME, 77,1% à l'ABOSAC, 81,5% à BONIABA, 89,9% à BENKADI, 84,9% au centre Valentin de Pablo, 82,4% au centre de santé évangélique, 77,2% à l'ASACOGO, et 83,8% à L'ASACOHI. Cette disparité de remplissage correcte du partographe s'explique par la présence quantitative et qualitative des personnels de santé au niveau du CSRéf CII qu'au niveau des CSCOM.

Notre taux de partographe incorrectement remplis représente 10,2% des cas dans le CSRéf CII et les centres communautaires. Ce taux est inférieur à celui de Diarra I et Coll. [22] qui ont trouvé 18,85% de partogrammes remplis uniquement au CSRéf CV de Bamako.

### **6.3. Impact de l'utilisation du partographe sur le pronostic materno-foetal :**

Plus de 96,1% de nos parturientes ont accouché avec des lignes de dilatation à gauche de la ligne d'alerte et 3,9% à droite de la ligne d'alerte, dans l'étude de Komé C.H [20] 56,5% des parturientes ont accouché avec des lignes de

dilatation situées à gauche de la ligne d'alerte et 0,4% des cas à droite de la ligne d'alerte.

Plus de 96,1% de nos parturientes ont fait moins de 12 heures de travail, ce taux supérieur à celui de Samaké I [18] qui a trouvé 67,9% des cas. Une des raisons fondamentales de l'utilisation du partographe est d'apprécier la durée du travail qui est un facteur déterminant dans le pronostic fœto-maternel de l'accouchement. En effet, plus le travail dure longtemps, plus le pronostic de l'accouchement est mauvais.

Les accouchements ont été spontanés dans 96,5% des cas et la césarienne a été réalisée dans 3,5% des cas pour cause de souffrance fœtale aiguë, de dilatation stationnaire, de non d'engagement... Notre taux d'accouchement par voie basse est supérieur à celui de Samaké I [18] qui a trouvé 92% d'accouchements par voie basse et 1,9% de césarienne.

Les nouveau-nés avaient un bon état général à la naissance. Le score d'Apgar supérieur ou égale à 8 à la première minute était de 95,8% des cas et à la cinquième minute de 98,3% des cas. Il y avait une relation entre la durée du travail d'accouchement et l'Apgar des nouveau-nés ( $\text{Khi}^2= 4,716$  ;  $P= 0,004$ ).

Notre taux de mortalité néonatale était de 1,6% des cas de mort-né frais, macéré et de décès néonatal précoce. Il est inférieur à celui de Samaké D dont le taux reste plus élevé de 6,5% [8].

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel contrairement à Bagayoko Y K [22] et Konaré B [24] qui ont trouvé respectivement 133 pour 100000 naissances vivantes et 0,3% des cas de décès maternel.

Nous avons noté 2% de complications suite à l'hémorragie du post partum immédiat dont les suites ont été simples, Yadyango E M [25] a noté 3,4% de complication de l'hémorragie du post partum immédiat.

L'utilisation du partographe permet de mettre en évidence des situations pathologiques qui sont préjudiciables au fœtus et à la mère. Ainsi la prise en charge de ces pathologies assure dans bien des cas un meilleur pronostic maternel et fœtal.

## **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **CONCLUSION**

Le partographe est un outil indispensable à la surveillance du travail d'accouchement. C'est un document médico-légal. Son remplissage nécessite une maîtrise parfaite de tous les paramètres de l'accouchement.

La qualification de l'agent ayant rempli le partogramme a été déterminante dans la qualité de cet outil.

Le nombre et la qualification des prestataires ont joué un impact sur le remplissage des partogrammes d'un centre à un autre.

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 des agents quand à l'intérêt du partographe peut contribuer à sa meilleure utilisation.



### **Recommandations:**

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

#### **Aux Responsables des maternités du CSRéf CII et des CSCOM de la CII:**

- ✓ Augmenter le nombre de sages-femmes dans les maternités d'ABOSAC, ASACOGO, BONIABA, Centre de santé Evangélique, ASACOHI, Centre de santé Valentin de Pablo.
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partographe en interne et en externe.
- ✓ Organiser des campagnes de supervision continue et de suivi des utilisateurs du partographe.

#### **Aux prestataires de service :**

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

## **VIII. REFERENCES**

1. **Organisation Mondiale de la Santé** : Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, 2005. P.68 et 69.
2. **Hubert B.** Gouvernance et modalités de l'aide dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Mali. Santé Mondiale. Novembre 2016 : 107.26. Disponible : [https://www. Mediaterre.org](https://www.Mediaterre.org)
3. **Rapport de l'enquête naturelle confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2011.** Disponible : <http://www.epopé-inserm.fr>
4. **Liman M.** Evaluation de la tenue du partogramme dans une maternité universitaire. Tunis : Faculté de médecine Ibn EL Jazzar, 2015 [cité le 9 juin 2015]. Disponible : <https://www.panafrican-med-journal.com>
5. **Le ministère de la santé de la Cote d'Ivoire.** EDS de la Cote d'Ivoire 2011-2012. Disponible : <https://www.dhsprogram.com>
6. **EDSM-VI au Mali 2018** : Mortalité maternelle et néonatale
7. **Partogramme.** Dans : Wikipédia [en ligne] 2016, (30 mars 2016) Disponible : <https://fr.m.wikipedia.org>
8. **Samaké D.** Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. Thèse médecine, Bamako 2016 n° 15, P : 29.
9. **Arou A.Z.** Evaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de Niono. Thèse médecine, Bamako 2018 n° 118.
10. **Friedman EA.** The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68: p.1568-75
11. **Hendricks CH, Bruner WE, Kraus G.** Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Am J Obstet Gynecol 1970; 106: p.1065-82.
12. **Driscoll K, Meagher D.** Duration of labour. In active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986. P. 20-3
13. **Organisation Mondiale de la Santé.** La partographie de l'OMS, réduit les complications du travail et de l'accouchement. OMS PRESSE ; DA. 1994-06-07 ; n°45 ; pp.1-2.
14. **Organisation Mondiale de la Santé.** Programme santé Maternelle et Maternité sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail : Guide Pratique FHE/MSN : 93.8. 2010, 4<sup>ème</sup> édition
15. **Merger R, Levy J, Melchvor J.** Précis d'obstétrique 6 edition. Mason, Paris : mai 2003 P : 301-338.

- 16. Stéphane Saint-Leger.** Le partogramme : principe et méthodes. (consulté en mars 2016). Disponible: <http://documentation.Ledamed.org/IMG/html.10889.html>.
- 17. Dockekias A et coll.** Surveillance du travail d'accouchement par le partogramme : Guide de l'utilisation [en ligne]. Congo, 2010. Disponible : [https:// afrolib.afro.who.int](https://afrolib.afro.who.int)
- 18. Samaké I.** Etude du partogramme dans les centres de santé communautaire, la MIPROMA et le centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine, Bamako 2012, n° 13, P : 21
- 19. Siby A.S.** Evaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement du centre de santé de référence de kangaba. Thèse médecine, Bamako 2009 n° 332, P : 28
- 20. Komé C.H.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans les CSCOM de la commune II du district de Bamako. Thèse Médecine, Bamako 2016 n°217, P : 25
- 21. Toure O.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso. Thèse de Médecine, Bamako 2009, n°126, P : 27
- 22. Diarra I, Camara S, Maiga M.K.** Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Mali Médical 2009
- 23. Bagayoko Y.K.** Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2009, n°251, P : 57
- 24. Konaré B.** Etude du partogramme du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 2009, n° 09
- 25. Yadyango E.M.** Etude épidémio-clinique thérapeutique des hémorragies du postpartum à la maternité du CSREF de San. Thèse de Médecine, Bamako 2013, n°193, P : 73
- 26. KANE A.** Audit des décès maternels au centre de santé de référence de la commune CIV du district de Bamako. Thèse de Médecine, Bko 2018, n°79, P : 69
- 27. Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction :** curriculum de dissémination juin 2005, P : 123

**PARTOGRAMME NIVEAU CS / CSCOM**

Région / District de : \_\_\_\_\_  
Commune de : \_\_\_\_\_

District sanitaire de : \_\_\_\_\_  
Structure : \_\_\_\_\_

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : \_\_\_\_\_

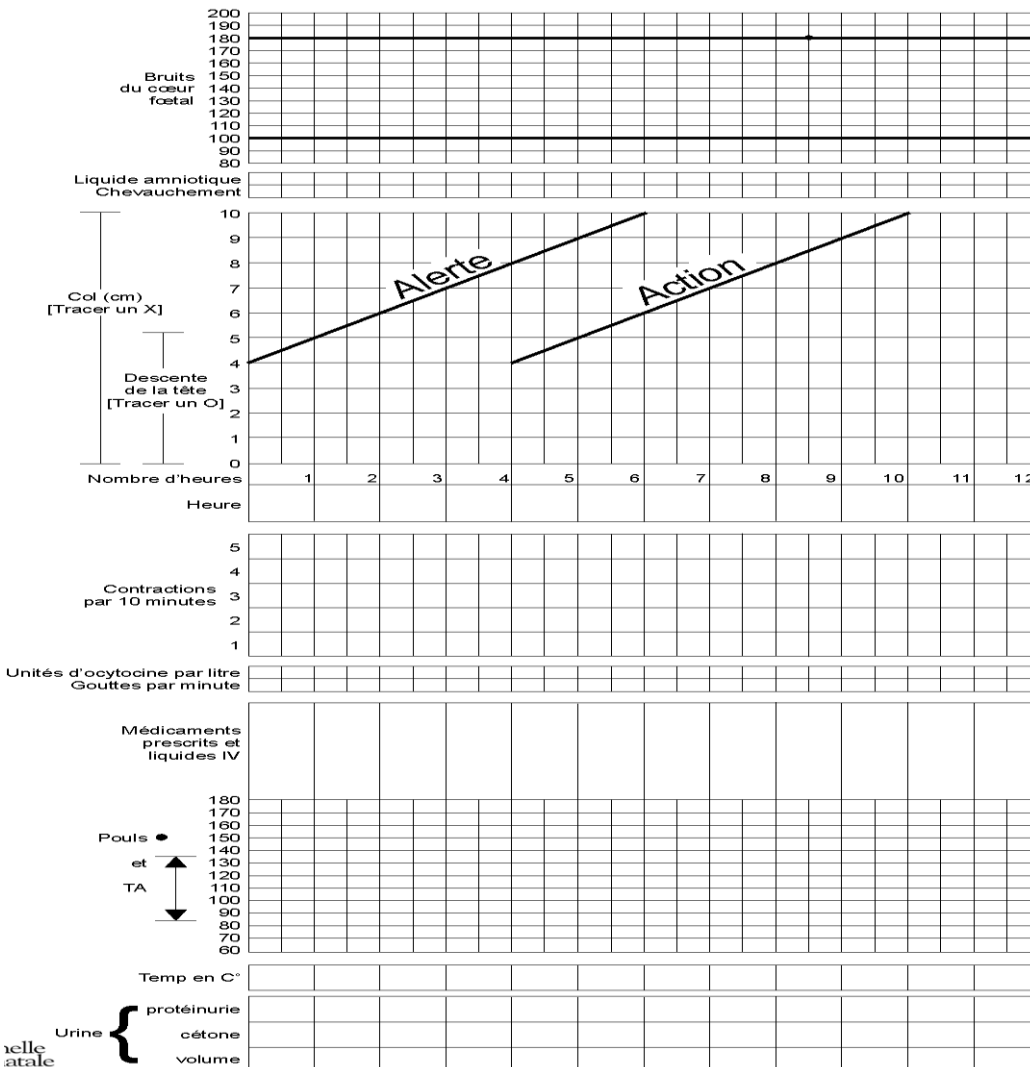
Nom de la Femme : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Nom du mari : \_\_\_\_\_

Village / Quartier / Fraction : \_\_\_\_\_ Antécédents G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ V: \_\_\_\_\_ AV: \_\_\_\_\_ IIG: \_\_\_\_\_

Entrée à la maternité : Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20...; Heure : .....h : .....min Motif : \_\_\_\_\_

Début du travail Date:...../...../20 ..... Heure : .....h..... min Rupture des membranes Heure : .....h..... min

RISQUE	NORMAL	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm	Moins de 150 cm	TA		Moins 14/9	Convulsion et/ou plus de 14/9
Hémorragie	Non	Oui	Pouls		Moins 100	Plus de 100
A terme	Oui	Entre 28 et 37 semaines	Température		Moins 37°6	Sup. ou égale à 38°
CPN	Nbre : _____	Gross. à risque	HU		Moins 36 cm	Plus de 36 cm
Césarienne dernier accouch	Non	Oui	BCF		Plus de 120	moins de 120 ou plus de 160
Présentation	Sommet	Non céphalique	Contraction		2 par 5 mn	Plus de 1 par 2 mn (en début de travail)
Dernier enfant mort-né	Non	Oui	PDE		Liq. Clair ou intact	Liq. teinté ou Rupture de plus de 12H



**Autres facteurs de risque**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accouchement:**

Nom de l'accoucheur (se) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

1. Heure:.....h.....mn  
2. Heure:.....h.....mn  
3. Heure:.....h.....mn

Normal	Alerte	Référence
Expulsion		Expulsion
< 45 mn		> 45 mn
Eutocique	dystocique	

Traitement / soins : \_\_\_\_\_

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

DELIVRANCE TYPE  Naturelle  Active (GATPA)  Artificielle  Révision utérine

PLACENTA  Complet  Incomplet  Acréta

grs Poids, Longueur cordon:.....cm, Petit côté:.....cm

Référence / Evacuation: Oui  Non  Si oui Motif:.....

Vers quelle structure:.....

DATE: \_\_\_\_\_  
HEURE: \_\_\_\_\_

**Fig : 14 Le partogramme du Mali**

## FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche :.....

Type de structure sanitaire :.....

### I. IDENTIFICATION :

Q1 Profil du prestataire ayant tenu le partogramme :

1 : Médecin  2 : Interne  3 : Sage-femme  4 : Autre

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

Q3 Profession de la Parturiente :.....

Q4 Adresse :.....

Q5 Antécédents obstétricaux

1 :

Parité :..... 2 : Gestité :..... 3 : Vivant :..... 4 : Décède :..... 5 : Avorte :..... 6 : IIG :...

Q6 Statut matrimonial :

1 : Mariée  2 : Célibataire  3 : Divorcée  4 : Veuve

Q7 Si mariée a-t-elle un lien avec le mari :

1 : Oui 2 : Non

Q8 Si Oui précise :.....

Q9 Facteurs de risque notes sur le partogramme :

1 : Antécédent de césarienne  2 : HTA  3 : Diabète  
4 : Autre à préciser :.....

Q10 Taille :..... cm

Q11 Hauteur utérine en cm :.....

Q12 Pathologie survenue au cours de la grossesse

1 : Paludisme  2 : Infection urinaire  3 : HTA   
4 : Diabète 5 : Autres

### I. ADMISSION

Q13 Mode d'admission :

1 : Venue d'elle-même  2 : Referee

Q14 Si referee, a-t-elle un partogramme

1 : Oui  2 : Non

Q15 Centre référant :.....

Q16 Motif de référence :

- 1 : Hémorragie au cours du travail  2 : Disproportion foeto-pelvienne   
3 : dilatation stationnaire  4 : Souffrance foetal aigue   
5 : Eclampsie  6 : Syndrome de pré-rupture ou de  
Rupture utérine  7 : Phase expulsive sup a 45 mn   
8 : Autre

Q17 Référence :

- 1 : A la phase de latence  2 : A droite de la ligne d'alerte   
3 : Atteinte de la ligne d'action  4 : A droite de la ligne d'action

Q18 Motif d'admission si venue d'elle-même :

- 1 : CUD sur grossesse  2 : RPM  3 : Autre

Q19 Début de remplissage du partogramme :

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

Q20 Paramètre foetaux notes à chaque examen

- 1 : Oui  2 : Non

Q21 Respect de l'heure de prise de décision :

- 1 : Précoce  2 : A temps  3 : Tardive

Q22 Nature de la présentation

- 1 : Céphalique  2 : Siege  3 : Transverse   
4 : Autres

Q23 Niveau de la présentation

- 1 : Engagée  2 : Non engagée

Q24 Fréquence des BDCF (bat/mn) :.....

Q25 Couleur du liquide amniotique

- 1 : Clair  2 : Teinte jaune  3 : Teinte de méconium

## Analyse de l'utilisation du partographe dans les centres les centres de santé de la CII

Q26 Paramètres maternels notes à chaque examen

1 : Oui

2 : Non

Q27 Durée du travail en heure :.....

Q28 Recherche de la sensibilité, spécialité et des valeurs prédictives de la ligne d'alerte :

	Accouchements Normaux		Accouchements anormaux (instrumentaux)		
	Spontané voie basse	Provoque voie basse par les ocytociques	Césarienne	Forceps	Ventouse
Ligne d'alerte franchie					
Ligne d'alerte non franchie					

Q29 Recherche de la sensibilité, spécificité et des valeurs prédictives de la ligne d'action :

	Accouchements Normaux		Accouchements anormaux (instrumentaux)			
	Spontané voie basse	Provoque voie basse par les ocytociques	Césarienne	Forceps	Ventouse	Laparotomie
Ligne d'action franchie						
Ligne d'action non franchie						

Q30 Accouchée referee

1 : Oui

2 : Non

Q31 Motif de référence



- 1 : Hémorragie de la délivrance                       2 : Déchirure des parties molles
- 3 : HTA ( $\geq 14/9$ )                       4 : Dilatation stationnaire                       5 : Autre précisé :.....
- Q32 Issue maternelle
- 1 : Vivante                       2 : Décédée
- Q33 Cause du décès maternel
- 1 : Hémorragie de la délivrance                       2 : Infection du post-partum
- 3 : Autres                       à préciser
- Q34 Apgar du nouveau-né : à la 1ere minute.....                      5eme minute.....
- Q35 Poids en g :.....
- Q36 Taille du nouveau-né en cm :.....
- Q37 Enfant référé :
- 1 : Oui                       2 : Non
- Q38 Raison de la référence :
- 1 : Prématuré                       2 : Hypotrophie                       3 : Détresse
- Respiratoire                       4 : Autres
- Q39 Devenir de l'enfant :
- 1 : Vivant                       2 : Mort-né                       3 : Décès néonatal
- Q40 Cause du décès :
- 1 : Souffrance foetale                       2 : Grande prématurité                       3 : Infection
- Néonatale                       4 : Autres
- Q41 Si mort-né
- 1 : Frais                       2 : Macéré

**Résumé de la thèse :**

**Fiche signalétique**

**Nom :** BORE

**Prénom :** Amadou Diadié dit Bakara

**Titre :** Etude sur le partogramme au CSREF CII et les différents centres de santé de la CII du district de BAMAKO

**Année universitaire :** 2019-2020

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie Obstétrique

**Résumé :**

Il s'agit d'une étude prospective allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 soit 6 mois. L'étude a concerné l'ensemble des partogrammes dans le CSREF CII et les centres de santé communautaire de Bamako.

Nous avons enregistré pendant la même période 3161 partographes. Dans tous les centres, le partographe a été utilisé avec une fréquence de 100%.

Le partographe incorrectement rempli à 10%.

C'est ainsi que nous avons noté 96,8% de réalisation du partographe par les sages-femmes, 1,5% par les médecins et 1,7% par les infirmières obstétriciennes.

Plus de 98% de nos parturientes ont accouché à gauche de la ligne d'alerte et 2% à droite de la ligne d'alerte.

Notre taux de mortinatalité est de 1,6% des cas. Et aucun décès maternel n'a été signalé au cours de notre étude.

**Mots clés :** Partographe, Qualité, Remplissage, partogramme, OMS.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leurs Enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**