

Ministère de l'enseignement supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la recherche scientifique

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et



U.S.T.T-B

des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie
(F.M.O.S)



Année universitaire : 2019- 2020

N °.....

Thèse

QUALITE DE REMPLISSAGE DU
PARTOGRAPHE MODIFIE DE L'OMS DANS
LES CENTRES DE SANTE
COMMUNAUTAIRES DE LA COMMUNE II
DU DISTRICT DE BAMAKO

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/07/2020

DEVANT LE JURY DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Par :

M. Levi Diarra

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

JURY

Président : Pr Niani MOUNKORO
Membres : Dr Amadou BOCOUM
Dr Ahmadou COULIBALY
Co-directeur : Dr Séydou Z DAO
Directeur : Pr Tioukani THERA



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse.

Au Dieu vivant, le très haut, le très grand, le clément, l'omniscient, l'Omnipotent, le tout puissant, le très miséricordieu d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme.

A mon père : Josué

Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour.

Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école.

Ton soutien moral, matériel, financier ne m'a jamais fait défaut.

Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite.

L'amour que tu as porté à tes enfants, ta dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle.

Puisse Dieu t'accorde une longue vie et une bonne santé.

A ma mère : Jenèse Koné

Mère courageuse, optimiste, généreuse, tolérante, combattante des causes d'autrui, ce travail est le fruit de tes efforts.

Tu t'es évertuée à nous apprendre à respecter la personne humaine et à aimer le travail en nous inculquant des notions telles que la persévérance, la tolérance, la modestie et le courage dans le combat pour la réussite.

Ton souci premier a toujours été la réussite de tes enfants et tu y as consenti tous les sacrifices nécessaires.

Trouve ici la reconnaissance de mon affectueux attachement.

Que Dieu te garde longtemps parmi nous et fasse que tu sois toujours satisfait de nous.

A ma Tante Rebecat Koné

Aimé de tous, tu ne marques aucune différence entre tes enfants et ceux des autres, ce travail est le fruit de tes efforts.

Merci pour ton soutien tant moral que financier, merci de croire en moi. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une bonne santé.

A mon oncle Jérémie Diarra et ma tante Elisabeth Diarra

Aucun mot ne peut traduire ce que je ressens, je ne peux que vous dire merci pour l'accueil et l'intégration dans votre famille, le respect, la compréhension, l'amour pour ma modeste personne et ma famille, que Dieu vous bénisse.

A la mémoire de mes frères Noel Kamaté et Robert Diarra

Je profite de ce jour solennel pour vous témoigner toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude. Votre absence a laissé un grand vide dans ma vie.

Reposez en paix.

A mes tantes et oncles :

Vous m'avez toujours apporté amour et conseils ; Vos sages conseils m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail.

A Mes Frères et Sœurs :

Jacob, Marthe, Thomas et Gédéon

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A mes cousines et cousins :

Kamaté (Paul, Elisabeth, Lydie, Esther), Diarra (Sara, Lucille et Jonathan),

Merci pour vos encouragements et vos conseils.

A Mes Neveux et Nièces

REMERCIEMENTS

A mes amis :

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 tous mes camarades de la FMOS : Zacharie Théra, Antoine Coulibaly, Yuhana Sogoba, Manassé Dembélé, Malaqui Kamaté, Moussa L Coulibaly, Moussa Coulibaly, Safiatou Coulibaly, Djénéba Nientao, Soumaila Coumaré, Moussa Diakité, Lari Théra et Aissata Diallo

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tout.

A mes chers maîtres du service de gynéco-obstétrique de la CII

Dr Seydou Z Dao, Dr Bakary A traoré, Dr Sakoba Konaté;

A mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la CII

Dr Sidibé Kassoum, Dr Traoré Tidiane, Dr Mariko Fatoumata, DR Vivor Gerard, Dr Traoré Daouda, Dr Diabaté Salifou, Dr Konaré Alfousseiny, Dr Dembélé Bakary dit Diango, Dr Sacko Mohamed, Dr Koné Kalilou, Dr Sarré Mamadou, Dr Dembélé Ibrahim, Dr Sissoko Mamoudou, Dr Dembélé Amadou.

Merci pour la qualité de l'enseignement et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité et de réussite dans toutes vos entreprises.

Au médecin chef du CSRéf II et aux médecins directeurs des CSCOM de la CII

Merci de m'avoir accueilli dans vos services et permis la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CSRéf de la CII.

A tout le personnel des CSCOM de la commune II du district de Bamako.

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A tous mes collègues du CSRéf II :

Bréhima Sangaré, Youssouf Camara, Bakary Koné, Adama Boité, Amadou Boré, Mamadou Traoré, Fatoumata Kané, Charles S Koné, Ibrahima Dabo, Barthélémy Diarra, AZIZ Togo et Ténin Samaké.

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A la famille Niaré du point G

Merci, recevez ce travail en signe de ma réelle gratitude.

Au Mali : pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Prof Niani MOUNKORO

- **Maître de conférences de Gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Chef du département de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Point focal de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Officier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

Cher maître,

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre pragmatisme, votre rigueur scientifique, votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent une grande admiration.

Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont beaucoup marqué.

Permettez-nous ici, cher maître et père de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Membre du jury,

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie obstétrique du CHU-GT,**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'université paris Descartes**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.G.O.)**
- **Secrétaire général adjoint de la SO.MA.G.O.**

Cher Maître,

Nous sommes très fiers et ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Veillez recevoir cher Maître, nos sincères remerciements.

A notre maitre et membre de jury

Dr Ahmadou COULIBALY

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G ;**
- **Chargé de recherche à la FMOS.**

Cher Maître,

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens élevé du sacrifice de soi, font de vous un homme apprécié de tous.

Votre rigueur dans le travail bien fait, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire.

Nous vous prions de bien vouloir accepter l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère admiration.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Dr Seydou Z DAO

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Chef de l'unité de gynécologie obstétrique du CSRéf de la CII,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université paris Descartes,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.G.O.),**
- **Chargé de recherche en gynécologie obstétrique à la FMOS.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre grande expérience dans la pratique en Gynécologie Obstétrique font de vous un encadreur remarquable.

Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont marqué tout au long de notre séjour dans votre service.

Nous avons reçu de vous un enseignement strict.

Puisse le seigneur vous donner longue vie et la force nécessaire pour la réalisation de vos ambitions.

A notre maitre et directeur de thèse

Prof Tioukani THERA

- **Maitre de conférences en Gynécologue obstétricien à la FMOS**
- **Ancien Chef du service de gynécologie d'obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**
- **Chef du service de gynéco-obstétrique du CHU du Point-G**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

C'est un véritable privilège pour nous de compter parmi vos élèves.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ASACO : Association de santé communautaire
ABOSAC : Association Bozolaïse de santé communautaire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ASACOHI : Association de santé communautaire de l'Hippodrome
ASACOGO : Association de santé communautaire de N'Gomi
ASACOME : Association de santé communautaire de Médine
ASACOBAG : Association de santé communautaire de Bagadadji
BCF : Battement cardiaque fœtal
BDCF : Bruit du cœur fœtal
BENKADI : Centre de santé communautaire de Bakaribougou, de Bougouba, de la Zone-industrielle et du sans fil
BONIABA : Bozola, Niaréla et Bagadadji
CHU : Centre hospitalier universitaire
CM : Centimètre
CPN : Consultation prénatale
CSDC : caractéristiques sociodémographiques et cliniques
CSREF : Centre de santé de référence
CSCOM : Centre de santé communautaire
CUD : Contraction utérine douloureuse
DGS : Direction générale de la santé
DCD : Décédé
DSFC : Division de la santé familiale et communautaire
EDS : Enquête démographique et de santé
H : Heure
HAS : haute autorité de santé
IV : Intraveineuse
IO : Infirmière obstétricienne
LA : Liquide amniotique
NB : Noté bien

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Paquet minimum d'activités

PMAE : Paquet minimum d'activités élargies

PNDS : Plan national de développement sanitaire

RCF : Rythme cardiaque fœtal

SA : Semaine d'aménorrhée

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SOUB : Soins obstétricaux d'urgence de base

SOUC : Soins obstétricaux d'urgence complets

SFA : Souffrance fœtale aigüe

TMM : Taux de mortalité maternelle

TA : Tension artérielle

UNFPA : Fonds des nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
II- GENERALITES	7
III METHODOLOGIE	29
IV- RESULTATS	35
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	47
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	54
VII- REFERENCES	57
VIII- ANNEXES	60

I- INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont des évènements naturels qui peuvent parfois compromettre le pronostic materno-fœtal.

Dans le monde, une femme sur 4900 dans les pays développés et une femme sur 180 dans les pays en développement meurt des suites des complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement [1].

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 325 pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de l'enquête démographique et de santé du Mali (EDSM)-VI 2018 [2].

De même chaque minute qui s'écoule, huit enfants meurent des suites d'accouchement dont la prise en charge a été défectueuse [1].

Selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) [3], on enregistre dans le monde chaque année pas moins de 80.000 cas de fistules rendant la femme incontinente, compromettant sa vie conjugale et obstétricale en l'absence d'une prise en charge appropriée.

Cette tragédie sévit le plus souvent dans les pays en développement, d'où la nécessité de surveiller le travail d'accouchement à l'aide du partogramme, qui constitue l'outil le mieux adapté.

Le partogramme est une fiche sur laquelle sont consignées en fonction du temps toutes les données de la surveillance du travail d'accouchement [4].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le partogramme est un outil de surveillance du bien-être maternel et fœtal pendant la phase active du travail d'accouchement [1].

Ce document dont l'utilisation s'est généralisée à partir des années 1970 émane en particulier des travaux de Friedman E.A. Son contenu s'est enrichi au cours de l'évolution des techniques médicales et thérapeutiques aboutissant au précédent partogramme de l'OMS.

Le partograhe permet de standardiser les données épidémiologiques entre les maternités de référence et leurs structures sanitaires satellites, afin de faciliter la communication, les transferts et sert également d'instrument pour les audits.

L'OMS et la banque mondiale ont élaboré en 1994 un programme de maternité sécurisée dont l'une des recommandations est « l'enseignement d'un partogramme simplifié afin de reconnaître le travail dystocique et prolongé, basé sur le partogramme de Philpott » [3].

Son introduction a permis une baisse considérable de la mortalité maternelle et néonatale dans le monde, en Afrique et au Mali.

Un bon remplissage minimise les risques de complications, à contrario un mauvais remplissage accroît le risque de complications liées à un accouchement dystocique à savoir l'asphyxie, les lésions cérébrales, les infections néonatales la mort fœtale, les fistules vésico-vaginales, les hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle. [5]

Le partographe est couramment utilisé dans les maternités des centres de sante communautaires de la commune II, cependant son utilisation reste confrontée à d'énormes difficultés de remplissage dans ces centres. Une étude réalisée par Samaké D [6] au CSRéf de la CVI du district de Bamako et Arou AZ [7] au CSRéf de Niono ont trouvé respectivement 98% et 95,5% de partographe incorrectement remplis.

Le 1^{er} mars 2017, le partographe modifié de l'OMS fut introduit dans les centres de santé de référence (CSRéf) et les Centre de santé communautaire (CSCOM) du district de Bamako.

Adapté aux réalités et contextes des pays en développement, il permet une surveillance plus rigoureuse du travail d'accouchement et du post-partum immédiat.

Depuis son introduction dans le monde, en Afrique et au Mali des études ont été menées par l'OMS dans le monde et en Afrique pour démontrer son efficacité. Les résultats d'expérimentation nationale en France menée par la HAS et

ANAES en octobre 2006 a noté que la qualité de remplissage du partographe était peu satisfaisante, selon cette étude la plupart des manquements au remplissage étaient semblables [8].

Aucune étude sur la qualité de remplissage n'a encore été faite au CSRéf de la CII d'où l'intérêt de ce travail.

Pour bien mener cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer la qualité de remplissage du partographe dans les centres de santé communautaires de la commune II du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des partographe correctement remplis.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes.
- Déterminer le niveau de qualification des prestataires chargés de remplir les partographe dans les centres.
- Préciser l'effectif des prestataires formés sur le remplissage du partographe.
- Apprécier le respect des normes de remplissage du partographe dans les centres.
- Préciser les difficultés inhérentes au remplissage du partographe dans chaque centre.

II- GENERALITES

II. GENERALITES

1. DEFINITION :

Selon l'OMS le partogramme est un enregistrement graphique, méthodique et synthétique de la progression du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus [6].

D'autre part le partogramme peut être défini, à travers l'analyse de la pratique par les agents concernés et la revue de la littérature, comme étant :

- Un diagramme permettant de noter et de suivre le déroulement d'un accouchement ;
- Un outil exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail.
- Un outil qui sert de “ système d'alarme précoce” ;
- Un matériel qui aide à la décision et à la communication pour les professionnels;
- Un document médico-légal ;
- Un support important pour la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.
- Un outil d'enseignement pour le personnel

2-Historique du partogramme

2.1-Dans le monde :

Le partogramme est apparu en salle de naissances dans la seconde moitié du 20^e siècle. Le but était “d'avoir une vue d'ensemble de la marche du travail”.

À partir de 1954, Friedmann propose une première étude de schématisation concernant la progression du travail.

Il présente un diagramme comportant en abscisse le temps écoulé depuis l'entrée en salle de travail et en ordonnée la dilatation cervicale d'une part et la hauteur de la présentation dans l'excavation pelvienne d'autre part. Il a abouti à une schématisation du travail en deux grandes phases :

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

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

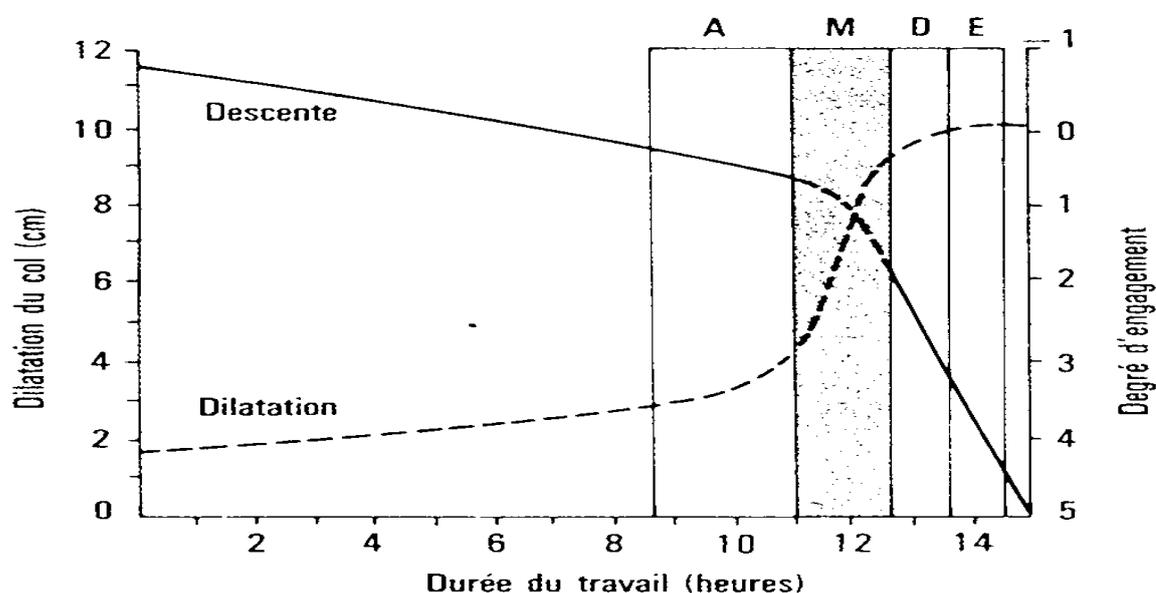


Figure 1 :différents temps du travail d'après Freidman

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

Heures	après début du travail de la journée	1	2	3	4	5	6	7
	Midi	13	14	15	16	17	18	19
Dilatation (en centimètres)		presque effacé			7cm	9cm	C	
Présentation		tête fixée			sommet engagé	appuie sur le col	descendu sur le périnée	
Poche des eaux					Rupture des membranes			
Rythme		8'		4'	3' 1/2	3' 1/2	3'	
Contractions	Début							
Bruits du cœur		+		+	+	+	+	
Thérapeutique								

Figure 2 : Diagramme de Lacomme

En 1972, Philpott, en Rhodésie, imagine un tableau adapté à la prise en charge des parturientes des pays en voie de développement afin de faire baisser le taux important de mortalité maternelle et néonatale. Il établit un partogramme à deux lignes :

- La première ligne = ligne d'alerte prévient les professionnels des anomalies du travail et leur laisse un délai pour intervenir ;
- La deuxième ligne = ligne d'action est parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, son croisement par la courbe de dilatation impose une intervention immédiate.

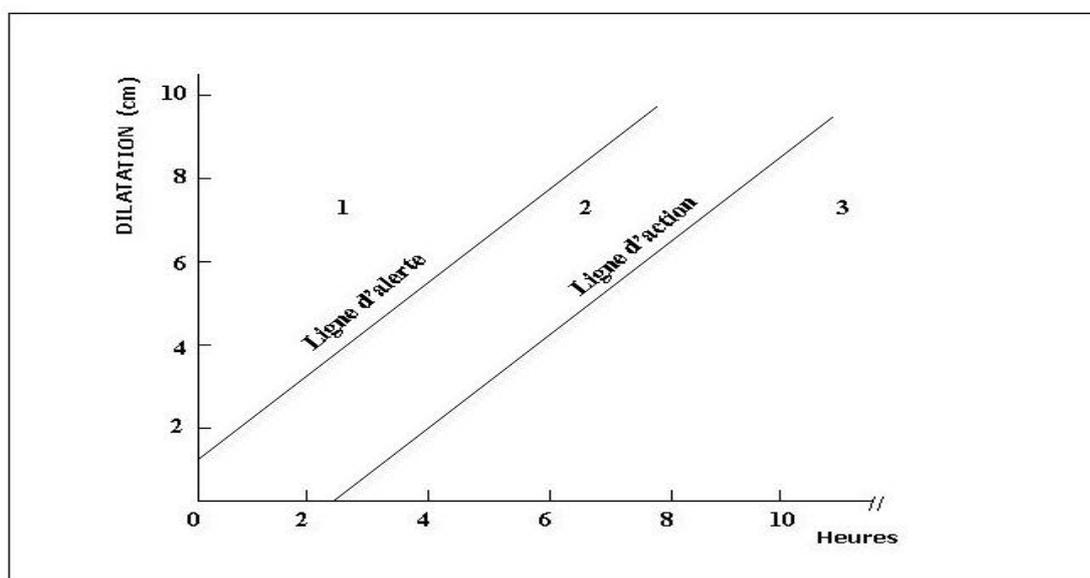


Figure 3. Partogramme à deux lignes pour la primipare d'après Philpott

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

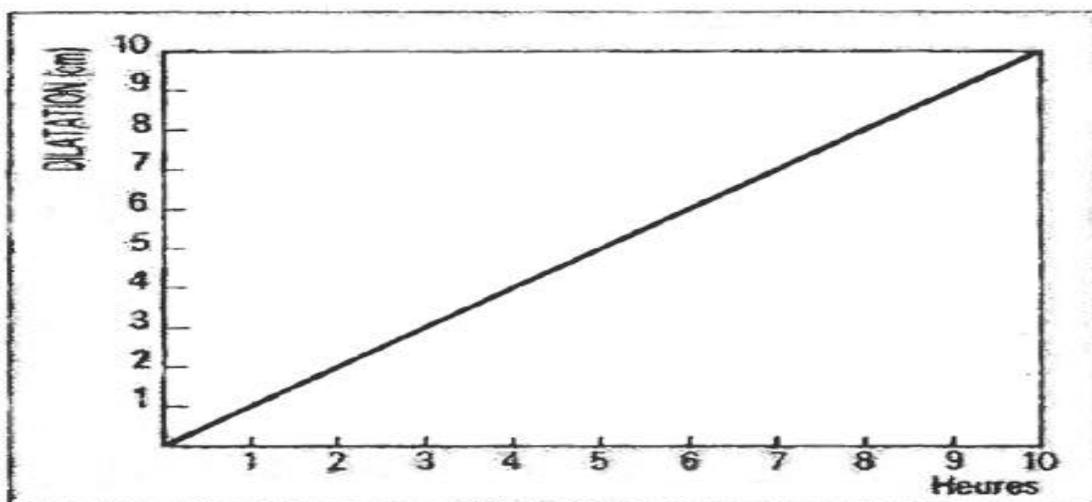


Figure 4 : Partogramme à une ligne chez la primipare d'après O'Driscoll

En 1988, l'unité de santé maternelle et infantile de l'OMS élabore un modèle reprenant les divers travaux principalement ceux de Friedmann et Phillipott, partogramme dont l'utilité est particulièrement prouvée dans les pays en voie de développement. Ce partogramme de l'OMS a été récemment modifié pour en simplifier l'utilisation.

2.2-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 du Point G en 1986.

En 1987, fut lancée l'initiative pour la maternité sans risque.

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 que la maternité du CSRéf de la commune V du district de Bamako en collaboration avec l'université de Rochester a mis au point une fiche d'accouchement avec partogramme.

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la division de la santé familiale et communautaire (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 partographe comme moyen de prévention des anomalies du travail.

Dans ce travail le partographe a subi de nombreuses modifications qui le rendirent beaucoup plus pratique.

Les dernières transformations en 2016 ont abouti au partographe actuel. L'introduction de ce partographe dans le suivi de l'accouchement à travers le monde en général en 2016 et au Mali en particulier en 2017 répond au même souci de minimiser au maximum les risques liés à l'accouchement [7].

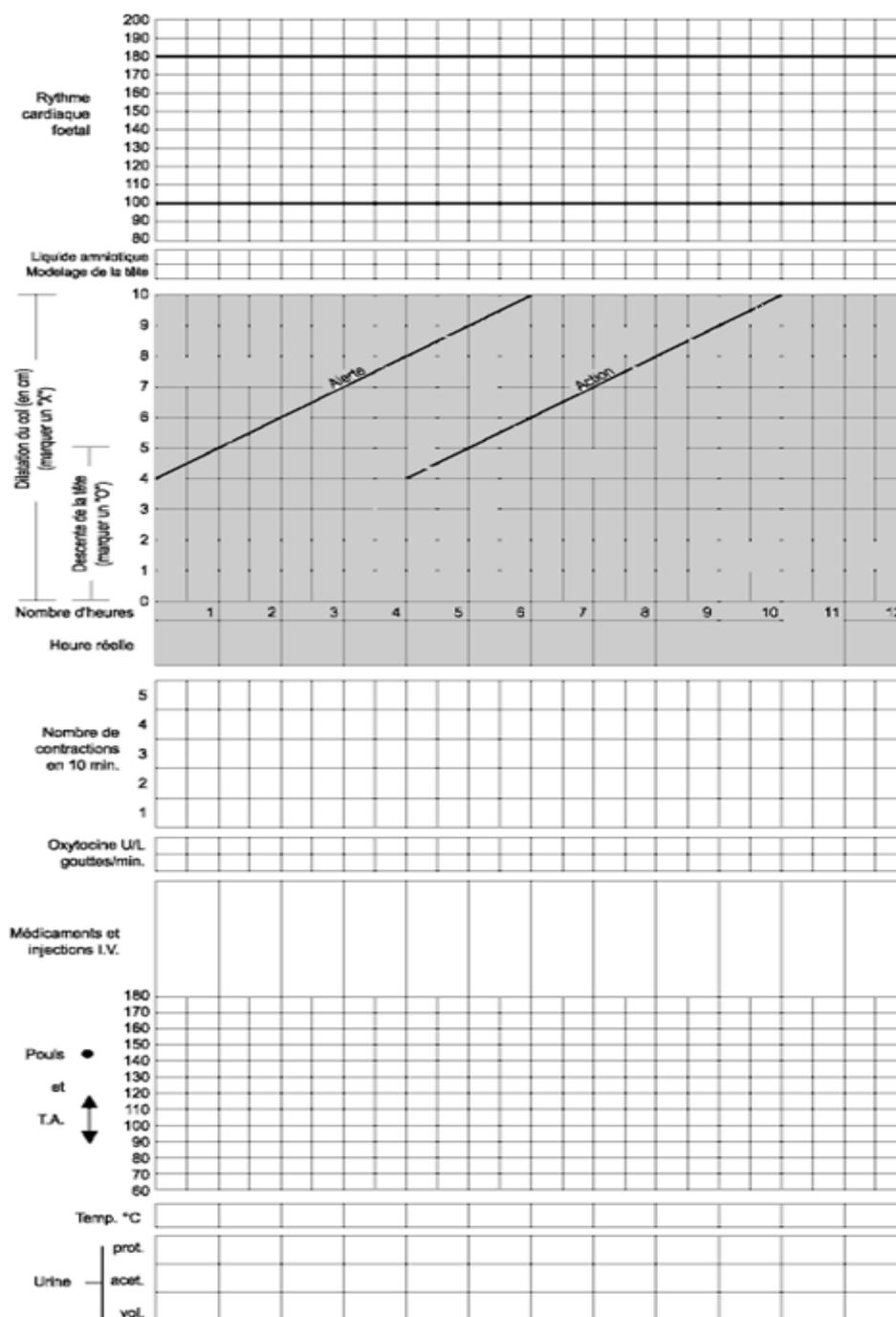


Figure 5 : actuel partographe de l'OMS au Mali

3. Partographe : principes et méthodes

3-1. Limites à l'emploi du partographe

Le partographe est un instrument exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il ne permet pas d'identifier les autres facteurs de risque qui seraient présents avant le début du travail. Il ne faut recourir au partographe

qu'après avoir vérifié qu'il n'y a eu au cours de la grossesse aucune complication qui soit de nature à exiger une intervention immédiate. En outre, le partographe modifié de l'OMS exclut toute la période de latence, c'est-à-dire avant que la dilatation n'ait atteint 4 cm. Il importe cependant de surveiller la patiente au cours de cette période même si le tracé n'a pas encore commencé [5]. En effet, le dossier médical doit être ouvert dès l'entrée de la parturiente en salle d'accouchement, l'examen de la parturiente et des différentes constantes doivent être relevés et notés [6,7]. Il ne faut surtout pas oublier que la phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de huit heures.

3-2. Principes :

L'OMS le considère comme une des plus grandes avancées en obstétrique moderne. Elle préconise l'utilisation universelle du partographe pour la surveillance du travail de l'accouchement. 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 à Genève du 06 au 08 avril 1988. Il correspond, par endroit, à un compromis synthétisé et simplifié, qui emprunte à plusieurs partographes ce qu'ils ont de meilleur. [9] Il est fondé sur les principes suivants : La phase active du travail commence lorsque la dilatation atteint 4 cm [10]. Pendant cette phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure. Il faut éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu par la sécurité. Le nombre recommandé est d'un toucher vaginal toutes les deux heures [7].

4. Composantes

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

4.1 Progression du travail

- Contractions utérines.
- Dilatation du col ;

-Descente de la tête fœtale ;

L'essentiel dans cette partie du partogramme est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps, les deux autres informations indispensables pour la surveillance de la progression du travail sont la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine [7,9].

4.2 Etat du fœtus

-Rythme cardiaque fœtal (RCF) ;

-Poche des eaux, caractéristiques du liquide amniotique ;

-Présentation ;

-Déformation du crâne (si présentation céphalique).

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage du crâne fœtal [11,12].

4.3 Etat de la mère

-Pouls ;

-Tension artérielle (TA) ;

-Température ;

-Urines : volume, protéines, acétone.

Les éléments thérapeutiques réalisés (médicaments administrés, perfusion d'ocytocine, actes obstétricaux pratiqués).

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

Le partogramme prévoit également l'enregistrement de toute administration de médicaments, de perfusions ou d'ocytocine [7].

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

apparaître les déviations qui peuvent se produire par rapport à la normale au fur et à mesure que le travail avance [10].

5. Observations à noter sur le partogramme

Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

a. Renseignements concernant la parturiente

Ce sont pratiquement les mêmes sur tous les partogrammes : le district sanitaire, la structure, la qualification de l'agent à l'accueil, les noms et prénoms (de la femme et de son mari), l'âge, l'adresse, la gestité, la parité, le nombre d'enfant vivant, le nombre d'avortement, l'intervalle inter-génésique, la date et l'heure d'admission, le motif de consultation, la date et l'heure de début du travail et de la rupture des membranes.

La taille, l'hémorragie ou non, le terme de la grossesse, le nombre de consultation prénatale, le mode du dernier accouchement, le type de présentation, l'état de son dernier enfant.

-les paramètres à l'entrée : la tension, le pouls, la température, la hauteur utérine, le battement cardiaque fœtal (BCF), les contractions utérines et l'état de la poche des eaux.

Tableau 1 : Renseignements concernant la parturiente

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

Nom et qualification de l'agent à l'accueil :						
Nom de la Femme :			Age :	Nom du mari :		
Village / Quartier / Fraction :			Antécédents	G: _____	P: _____	V: _____
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/EVACATION	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°C	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

b. Rythme Cardiaque Fœtal

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

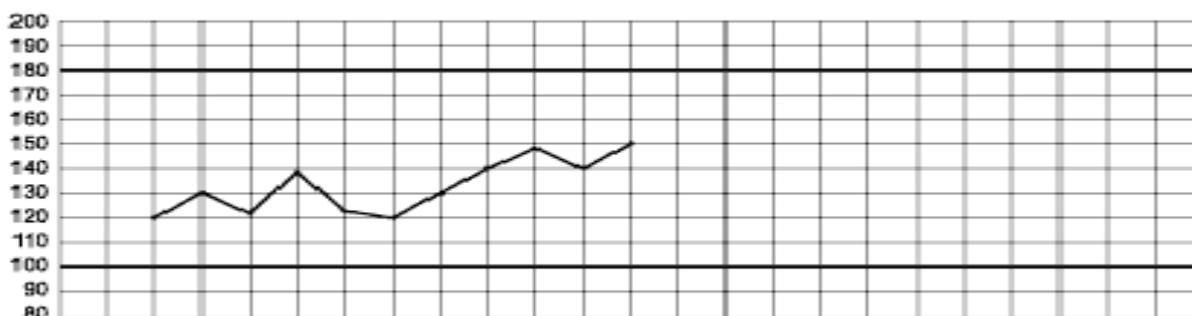


Figure 6 : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

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

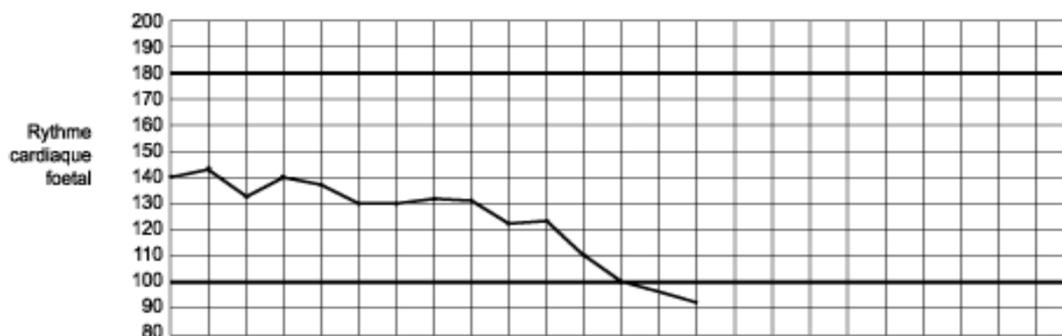
Les lignes horizontales correspondant à 100 et 180 battements sont plus sombres pour rappeler qu'il s'agit de chiffres limites normalement à ne pas dépasser.

Le rythme cardiaque fœtal dépassant 160 battements/minutes ou inférieur à 120 battements/minutes pendant plus de 10 minutes, est un signe de souffrance fœtale. En l'absence de cardiotocographe, si les battements du cœur sont anormaux, il faut répéter l'auscultation toutes les demi-heures au moins et pendant une minute, immédiatement après une contraction.

Si l'anomalie persiste pendant trois observations successives, des mesures appropriées s'imposent (arrêt d'une éventuelle perfusion d'ocytocique, oxygénation, décubitus latéral gauche, etc...), à moins que l'accouchement soit imminent [12].

Un RCF entre 120 -100 bpm témoigne une hypoxie fœtale modérée.

Un RCF inférieur ou égal à 100 bpm est révélateur d'une souffrance fœtale sévère et appelle une action immédiate.



c. Liquide amniotique

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

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

Inscrire :

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

Ces observations sont répétées à chaque toucher vaginal.

Si l'on constate une forte concentration de méconium à un moment quelconque ou l'absence totale de liquide amniotique au moment de la rupture des membranes, il faut ausculter le cœur fœtal plus fréquemment, car ce sont peut-être des indices de souffrance fœtale.

d. Modelage de la tête/déformation crânienne

Le degré de déformation est un important indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du fœtus. Une déformation croissante, si la tête n'est toujours pas suffisamment descendue dans le pelvis, est un signe inquiétant de disproportion céphalo-pelvienne. Le degré de déformation du crâne est enregistré immédiatement en-dessous des cases réservées à l'enregistrement de l'état du liquide amniotique. Il doit être noté par

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

3 : s'ils se chevauchent avec un chevauchement irréductible.

e. Dilatation du col

Au centre du partographe figure un graphique.

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

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

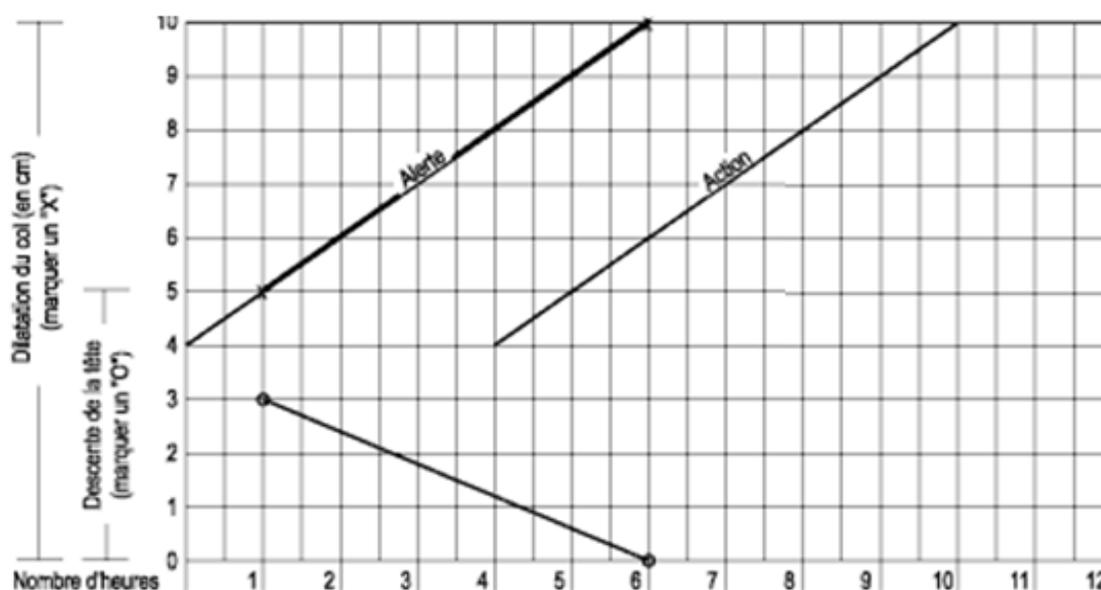
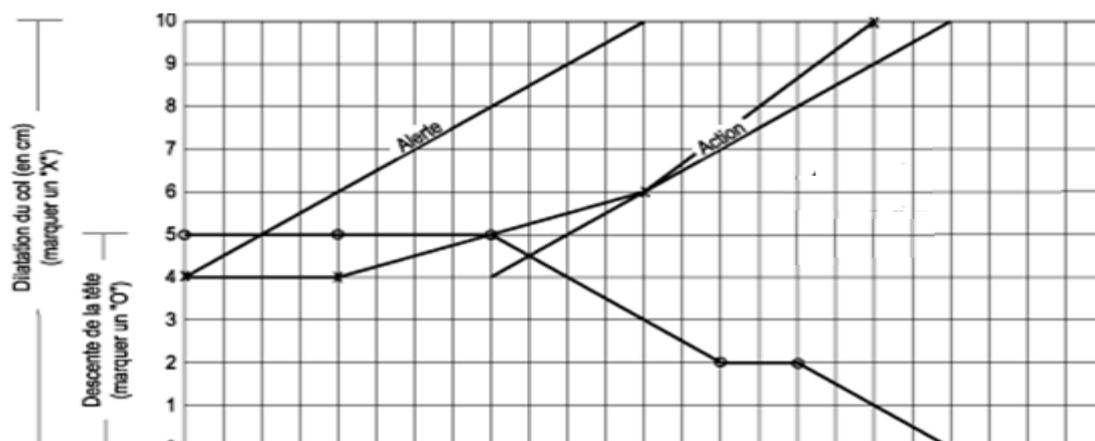


Figure 8 : Dilatation du col

Commencer le tracé de la courbe à 4 cm ou plus, la dilatation est évaluée à chaque toucher vaginal. Le premier toucher vaginal, pratiqué à l'admission de la parturiente, comporte une évaluation du pelvis et les résultats de cet examen doivent être enregistrés.

Sauf contre-indication, les autres touchers vaginaux sont pratiqués toutes les deux heures [11].

Lorsque le travail est à un stade avancé, on peut toutefois examiner la femme plus fréquemment, en particulier s'il s'agit d'une multipare.



f. Ligne d'alerte

C'est le 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 ; il représente le rythme de dilatation.

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

Il impose une évacuation ou une thérapeutique appropriée en fonction de la structure de santé où se trouve la patiente. [5]

g. Ligne d'action

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

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

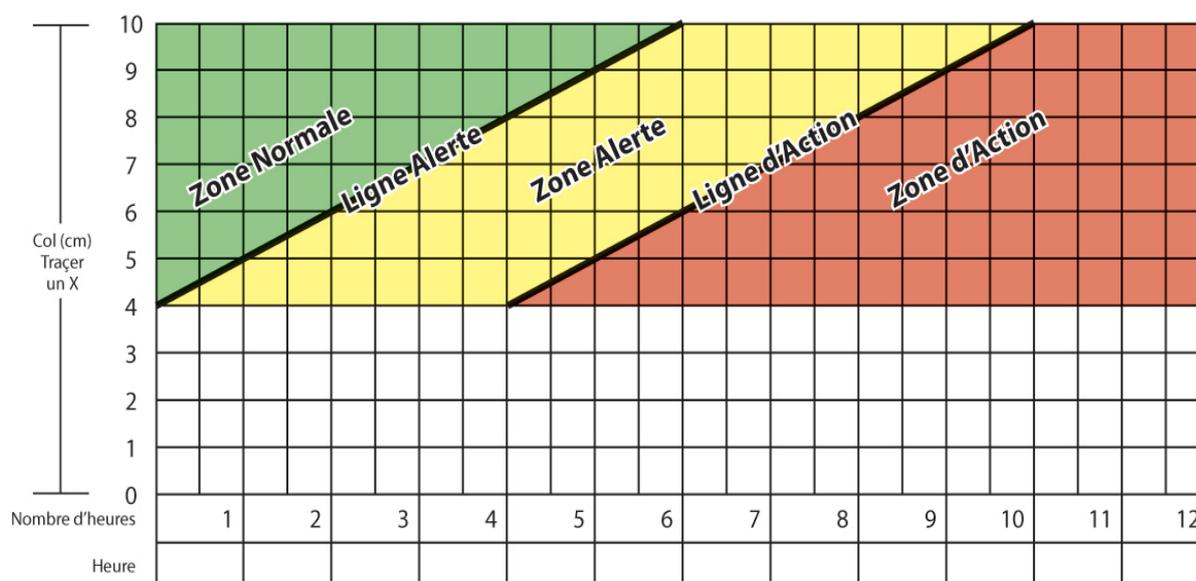


Figure 10 : ligne d'alerte, ligne d'action et niveau du risque selon la zone

h. Descente de la tête

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

Elle concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne, marqué par un cercle (o) à chaque toucher vaginal.

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

Pour plus de commodité, on se sert des cinq doigts de la main pour calculer en cinquième la hauteur de la tête par rapport au bord du pelvis.

Si la tête est mobile au-dessus du bord, sa mesure correspond à la largeur des cinq doigts de la main (serrés).

A mesure que la tête descend, le nombre de doigts correspondant à la partie qui reste au-dessus du bord du pelvis va en décroissant (4/5, 3/5, etc.).

Il est généralement admis que la tête est engagée lorsque la portion qui reste au-dessus du bord du pelvis n'a plus que deux doigts de large ou moins.

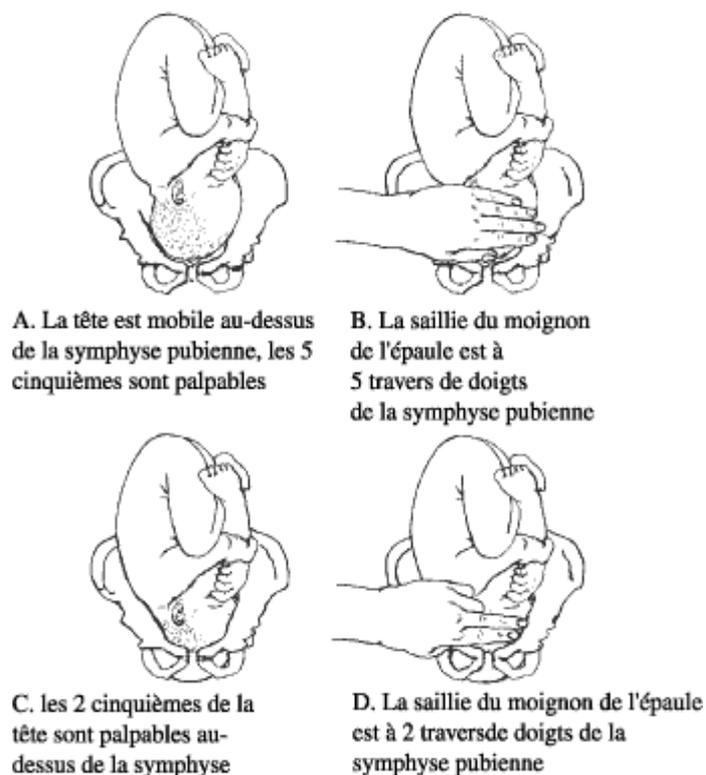


Figure 11a : Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale [13]

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

* S = sinciput; O = Occiput

Source : Philpott RH & Castle WM (1)

Figure 11b : Représentation de la descente de la présentation

i. Toucher vaginal

Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel (*figure 12c, ci-dessous*).

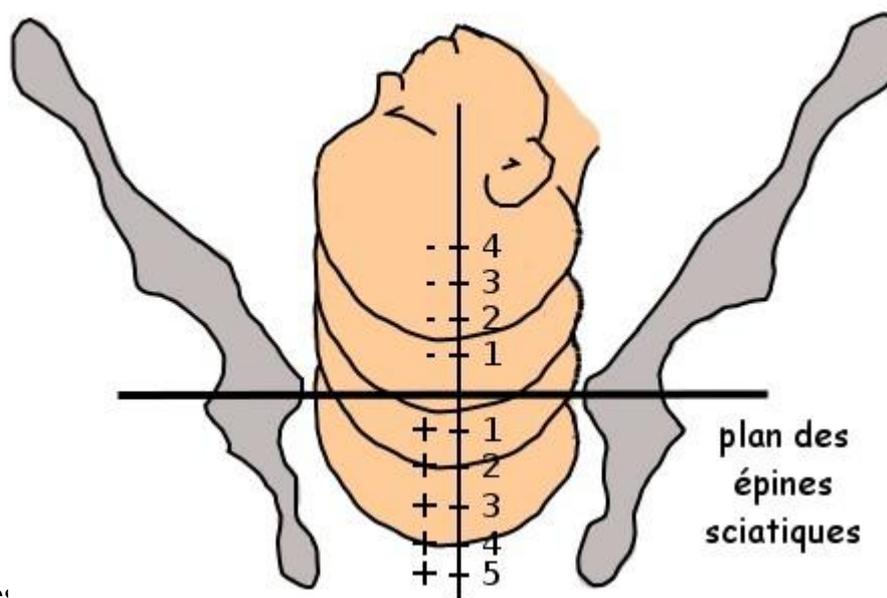


Figure 11c : Des

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

Présentation et position

La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Considérer toute présentation autre que le sommet comme dystocique

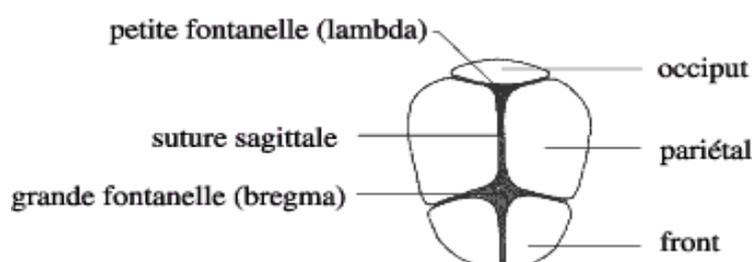


Figure 12 : Repères du crâne fœtal [13]

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

Déterminer la position de la tête fœtale

Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (figure 14-15).

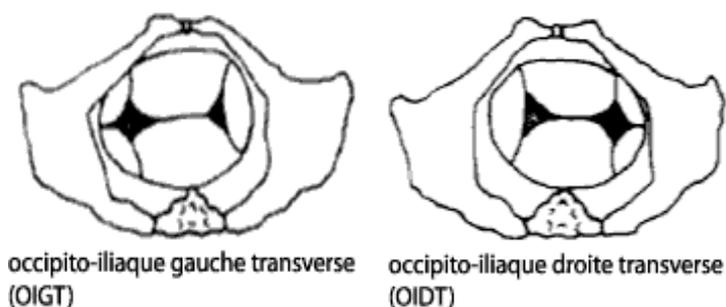


Figure 13 : Positions occipito-iliaques transverses [13]

La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (positions occipitales antérieures, figure 15). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure.

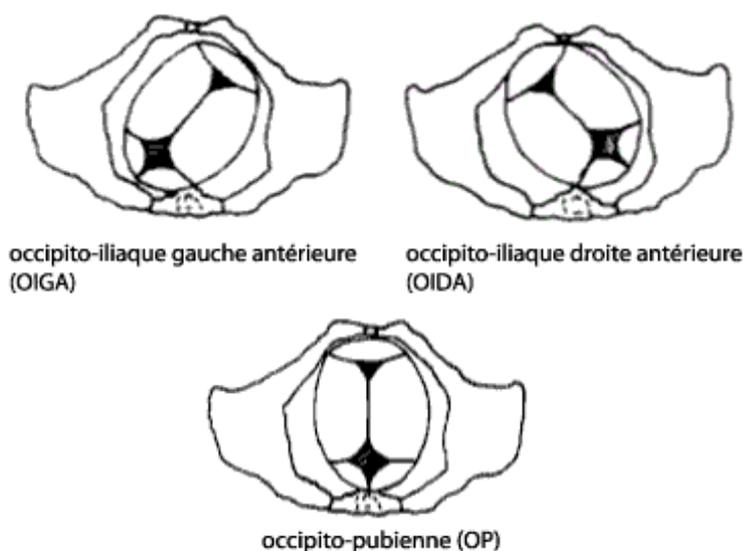


Figure 14 : Positions occipitales antérieures [13]

La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est **un sommet bien fléchi** (figure 16), position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

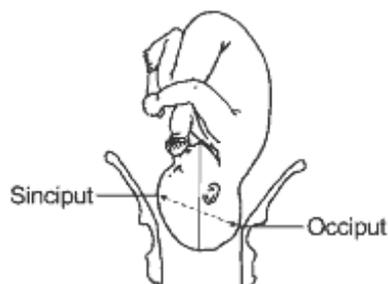


Figure 15 : Sommet bien fléchi [13]

j. Nombre d'heures

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

Le nombre d'heures concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé, déduit) à l'heure réelle. « Tableau 2 »

Tableau 2 : Représentation de l'heure pendant le travail d'accouchement

Nombre d'heures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Heure réelle	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

k. Heure réelle : C'est l'heure qu'il est.

l. Nombre de contractions

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

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

Leur durée : combien de temps durent-elles ?

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

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

Chacune des cases correspond à une contraction. [10]

n. Médicaments

Noter tout apport médicamenteux.

o. Pouls

Noter le pouls toutes les 30 min et marquer d'un point (●).

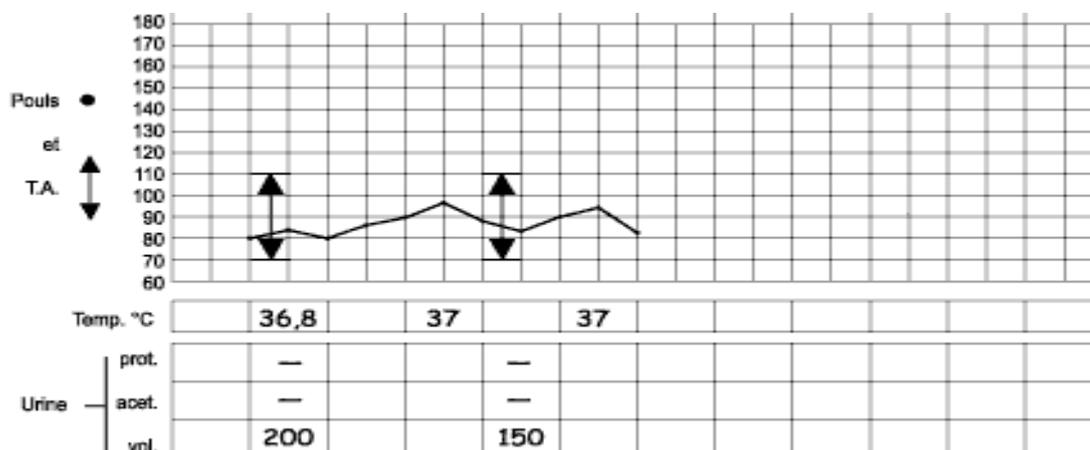


Figure 19 : Représentation du Pouls, TA, température et de la diurèse

p. Tension artérielle

Selon le partographe modifié et adapté aux réalités du Mali la TA est prise, consignée toutes les 2heures et indiquer avec des flèches.

q. Température

Prendre la température toutes les 2 heures.

r. Urine

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

III- La progression du travail.

La première période du travail passe par effacement puis la dilatation qui se divisée en deux phases : la phase de latence et la phase active, elle est suivie de la période expulsive et se termine par la délivrance [14].

1- La première période : elle comprend

1.1-L'effacement : L'effacement du col utérin est le phénomène le plus facile à observer chez la primipare. Le col se raccourcit alors que l'orifice externe et l'orifice interne restent fermés, puis il s'efface totalement. Cet effacement peut se produire en fin de grossesse. Ce phénomène est concomitant à celui de la

maturation. Les deux phases l'effacement et la dilatation sont souvent télescopés chez la multipare. L'effacement du col est lié à l'incorporation de l'orifice externe à la partie inférieure du segment inférieur. Quand l'effacement est terminé, la dilatation peut commencer.

1.2- La dilatation :

a. La phase de latence.

Elle va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 4 cm, c'est la période de dilatation lente du col [11]. Si cette phase dure plus de huit heures et s'il y a au moins deux contractions en l'espace de dix minutes, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes. Par conséquent, si la femme se trouve dans un centre de santé de première référence, il faut la transférer dans un centre où une prise en charge complète est possible, dans ce centre une évaluation de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir [14].

b. La phase active

C'est la période de dilatation la plus rapide. Elle est celle pendant laquelle la dilatation passe de 4 à 10 cm.

Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm par heure, ou plus vite encore dans la phase active [4].

2. La deuxième période : expulsion

Une fois le détroit moyen franchi, le seul obstacle reste le périnée dont la composante essentielle est le noyau fibreux central sur lequel vient prendre appui le releveur [13].

3- La Troisième période : la délivrance

La délivrance, 3^e phase du travail est la période la plus dangereuse pour la mère, du fait de complications hémorragiques gravissimes et parfois mortelles [13].

III-METHODOLOGIE

La commune II est composée de 7 CSCOM qui sont : ABOSAC, BONIABA, BENKADI, ASACOHI, ASACOGO, ASACOME, ASACOBAG.

a. Le CSCOM d'ABOSAC

Il couvre une population de 17696 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, de 5 sages-femmes et de 2 infirmières-obstétriciennes.

b. Le CSCOM BONIABA

Il couvre une population de 30089 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, de 5 sages-femmes, de 3 infirmières-obstétriciennes et de 2 aides-soignantes.

c. Le CSCOM BENKADI

Il couvre une population de 37066 habitants.

Le personnel est composé de 2 médecins, 5 sages-femmes, d'une infirmière-obstétricienne et de 2 aides-soignantes.

d. Le CSCOM ASACOHI

Il couvre une population de 45876 habitants

Le personnel est composé de 2 médecins, de 5 sages-femmes et de 5 infirmières- obstétriciennes.

e. Le CSCOM ASACOGO

Il couvre une population de 4368 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, d'une sage-femme, de 4 infirmières- obstétriciennes, de 2 aides-soignantes et d'une matrone.

f. Le CSCOM ASACOME

Il couvre une population de 17596 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, de 4 sages-femmes, de 2 infirmières- obstétriciennes, de 2 aides-soignantes et de 2 matrones.

g. Le CSCOM ASACOBAG

Il couvre une population de 15100 habitants.

Le personnel est composé d'un médecin, d'une sage-femme et d'une infirmière- obstétricienne.

-Méthode :

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, avec collecte rétrospective.

2- Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} Mars 2018 au 28 février 2019 soit 12 mois après le début de l'utilisation du partographe modifié de l'OMS dans les centres de santé de Bamako.

3- Population d'étude :

L'étude a concerné le dossier de toutes les patientes ayant accouché dans les maternités des Centres de Santé Communautaires de la Commune II du district de Bamako pendant la période d'étude.

4- Echantillonnage

4-1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses tous les dossiers des patientes ayant accouché dans les différents centres concernés pendant la période d'étude, chez qui le travail d'accouchement a été suivi par un partographe.

4-2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenues dans cette étude :

- Les dossiers des patientes ayant accouché à domicile,
- Les dossiers des patientes référées au cours du travail d'accouchement vers le CSREF.
- Les dossiers inexploitables.

4-3 Taille de l'échantillon :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de l'ensemble des partographes répondants aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

5- 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^2 avec comme seuil de significativité fixé à 5%.

6- Les paramètres étudiés :

- la qualification du prestataire
- les antécédents obstétricaux
- les BCF
- l'état de la poche des eaux
- la coloration du liquide amniotique
- la surveillance intra-partum (BDC, descente de la tête, la coloration du LA, dilatation, CU, TA, pouls, température)
- la surveillance post-partum
- la qualité de remplissage du partographe.

Définitions opératoires :

Gestité : nombre de grossesse

Parité : nombre d'accouchement

Nullipare : femme n'ayant jamais accouché

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.

Partographe correctement rempli : sont considérés comme correctement rempli, tous les partogrammes contenant les paramètres exhaustivement et correctement renseignés.

Partographe incorrectement rempli : est considéré comme incorrectement rempli tout partographe non rempli selon les normes, incomplet ou portant des erreurs de remplissage sur au moins l'un des chapitres suivants : antécédents obstétricaux, le premier examen à l'entrée, les paramètres de surveillance fœto-maternel intra-partum, le type de délivrance, l'état du nouveau-né et la surveillance du post-partum.

Partogramme : Le partogramme est l'impression graphique d'une partie ou de l'ensemble des éléments et données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail d'accouchement.

Bien consigné ou consigné de façon correcte : est considéré comme bien consigné tout paramètre exhaustivement renseignés dans le respect des normes.

Mal consigné ou consigné de façon incorrecte : est considéré comme mal consigné tout paramètre non rempli selon les normes.

Les dossiers inexploitables : est considéré comme inexploitable, tout dossier donc la qualité de remplissage ne peut être apprécié,

IV- RESULTATS

IV- RESULTATS

Du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019, sur 2027 dossiers d'accouchement nous avons colligé 1357 correctement remplis soit une fréquence de 66,93%.

1-La Fréquence des partographe correctement rempli

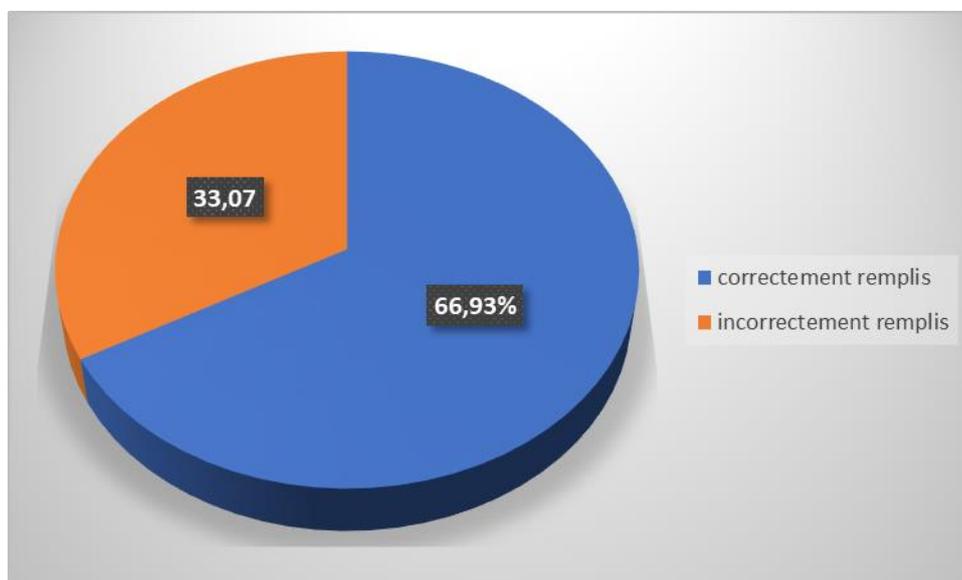


Figure 21 : fréquence des partographe correctement remplis

2-Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes

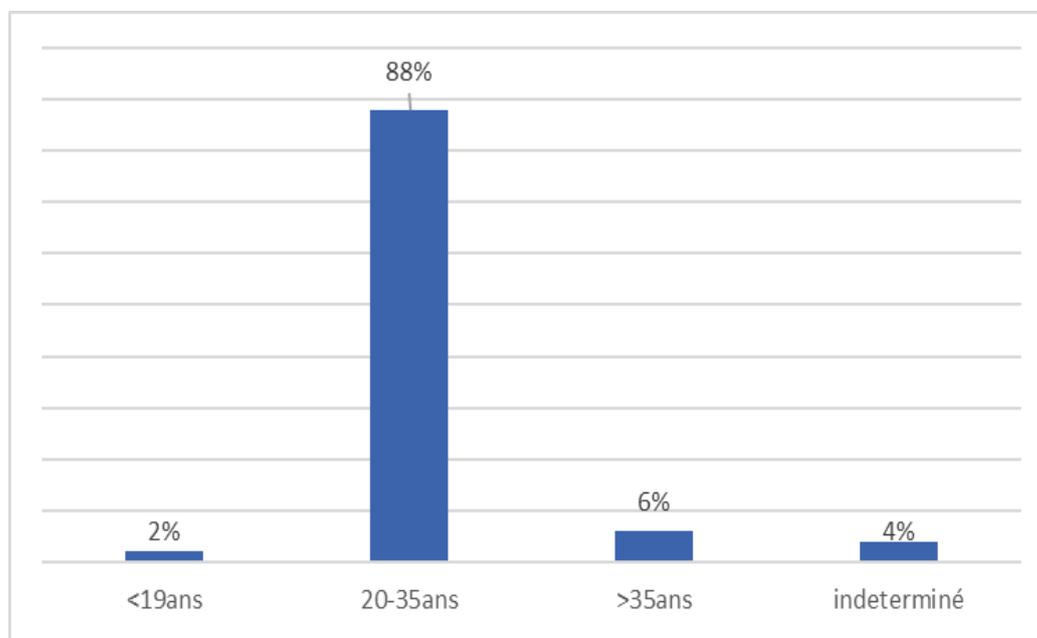


Figure 22 : Répartition des patientes en fonction de de la tranche d'âge

Tableau V : Répartition des partographes par centre en fonction de la qualification du prestataire

Centres	Qualification			Total
	Médecin	Sages-femmes	IO	
ABOSAC	25(11,42%)	189(86,3%)	5(2,28%)	219(100%)
ASACOHI	0(0%)	630(100%)	0(0%)	630(100%)
ASACOGO	1(1,67%)	43(71,67%)	16(26,66)	60(100%)
ASACOME	4(0,94%)	423(99,06%)	0(0%)	427(100%)
BENKADI	0(0%)	381(100%)	0(0%)	381(100%)
BONIABA	0(0%)	198(96,12%)	8(3,88%)	206(100%)
ASACOBAG	7(6,73%)	67(64,42%)	30(28,85%)	104(100%)

4- Prestataires formés sur le remplissage du partographe

Tableau VI : Fréquence des prestataires formés sur le remplissage du partographe

prestataires	Qualification		
	Sages femmes	médecins	Infirmières obstétriciennes
formés	26(100%)	7(78%)	7(39%)
Non formés	0(0%)	2(22%)	11(61%)
Total	26(100%)	9(100%)	18(100%)

Tableau VII : relation entre Qualité de remplissage du partogramme et la formation des prestataires

Prestataires	Qualité de remplissage		Total
	Correctement remplis	Incorrectement remplis	
	Formés	1316(64,93%)	
Non formés	40(2%)	503(24,83%)	543(26,8%)
Total	1357(66,93%)	670(33,07%)	2027(100%)

$\text{Khi}^2 = 37,456$
 $\text{ddl} = 21$
 $P = 0,000$

5- Appréciation du respect des normes de remplissage du partogramme

Tableau VIII : Répartition des partogrammes par centre selon le respect des normes de remplissage

Centres	Normes de remplissage		Total
	Respectés	Non respectés	
ABOSAC	197 (89,95%)	22 (10,05%)	219 (100%)
ASACOHI	597 (94,76%)	33 (5,24%)	630 (100%)
ASACOGO	30 (50%)	30 (50%)	60 (100%)
ASACOME	362 (84,78%)	65 (15,22%)	427 (100%)
BENKADI	0 (0%)	381 (100%)	381 (100%)
BONIABA	170 (82,52%)	36 (17,48%)	206 (100%)
ASACOBAG	1 (0,96%)	103 (99,04%)	104 (100%)

Tableau IX : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage des BDCF

Centres	Notification des BDCF		Total
	De façon correcte	De façon incorrecte	
ABOSAC	217 (10,7%)	2 (0,1%)	219 (10,8%)
ASACOHI	629 (31,03%)	1 (0,05%)	630 (31,08%)
ASACOGO	39 (1,92%)	21 (1,08%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	381 (18,79%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	206 (10,16%)	0 (0%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2003 (98,77%)	24 (1,23%)	2027 (100%)

Tableau X : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage de l'état de la poche des eaux ou de la couleur du liquide amniotique

Centres	L'état de la poche des eaux		Total
	Consigné	Non consigné	
ABOSAC	219 (10,8%)	0 (0%)	219 (10,8%)
ASACOHI	628 (30,98%)	2 (0,1%)	630 (31,08%)
ASACOGO	35 (1,73%)	25 (1,27%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	381 (18,79%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	206 (10,16%)	0 (0%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2000 (98,63%)	27 (1,37%)	2027 (100%)

Tableaux XI : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage du modelage de la tête

Centres	Modelage de la tête		Total
	Consigné	Non consigné	
ABOSAC	216 (10,65%)	3 (0,15%)	219 (10,8%)
ASACOHI	629 (31,03%)	1 (0,05%)	630 (31,08%)
ASACOGO	38 (1,87%)	22 (1,13%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	381 (18,79%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	206 (10,16%)	0 (0%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2001 (98,67%)	26 (1,33%)	2027 (100%)

Tableau XII : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage de la dilatation cervicale

Centres	Dilatation cervicale consignée		Total
	De façon correcte	De façon incorrecte	
ABOSAC	218 (10,75%)	1 (0,05%)	219 (10,8%)
ASACOHI	630 (31,08%)	0 (0%)	630 (31,08%)
ASACOGO	41 (2,02%)	19 (0,98%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	381 (18,79%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	206 (10,16%)	0 (0%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2001 (98,97%)	20 (1,03%)	2027 (100%)

Tableau XIII : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage du niveau de la présentation

Centres	Niveau de la présentation			Total
	Bien consigné	Mal consigné	Non consigné	
ABOSAC	211 (10,4%)	4 (0,2%)	4 (0,2%)	219 (10,8%)
ASACOHI	627 (30,93%)	3 (0,15%)	0 (0%)	630 (31,08%)
ASACOGO	38 (1,87%)	22 (1,13%)	0 (0%)	60 (3%)
ASACOME	426 (21%)	0 (0%)	1 (0,05%)	427 (21,05%)
BENKADI	288 (14,21%)	0 (0%)	93 (4,58%)	381 (18,79%)
BONIABA	164 (8,09%)	1 (0,05%)	41 (2,02%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	103 (5,07%)	0 (0%)	1 (0,05%)	104 (5,12%)
Total	1857 (91,57%)	30 (1,53%)	140 (6,9%)	2027 (100%)

Tableau XIV : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage de l'heure d'examen

Centres	L'heure d'examen			Total
	Bien consignée	Mal consignée	Non consignée	
ABOSAC	213 (10,5%)	3 (0,15%)	3 (0,15%)	219 (10,8%)
ASACOHI	630 (31,08%)	0 (0%)	0 (0%)	630 (31,08%)
ASACOGO	39 (1,9%)	8 (0,4%)	13 (0,7%)	60 (3%)
ASACOME	419 (20,65%)	0 (0%)	8 (0,4%)	427 (21,05%)
BENKADI	378 (18,64%)	3 (0,15%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	186 (9,17%)	0 (0%)	20 (0,99%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	1969 (97,06%)	14 (0,7%)	44 2,24%	2027 100%

Tableau XV : Répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage des contractions utérines

Centres	Contractions utérine consignées		Total
	De façon correcte	De façon incorrecte	
ABOSAC	216 (10,65%)	3 (0,15%)	219 (10,8%)
ASACOHI	629 (31,03%)	1 (0,05%)	630 (31,08%)
ASACOGO	42 (2,07%)	18 (0,93%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	381 (18,79%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	206 (10,16%)	0 (0%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2005 (98,87%)	22 (1,13%)	2027 (100%)

Tableau XVI : répartition des partographes par centre selon le respect des normes de remplissage du pouls

Centres	Pouls consigne		Total
	De façon correcte	De façon incorrecte	
ABOSAC	217 (10,7%)	2 (0,1%)	219 (10,8%)
ASACOHI	628 (30,98%)	2 (0,1%)	630 (31,08%)
ASACOGO	40 (2%)	20 (1%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	380 (18,74%)	1 (0,05%)	381 (18,79%)
BONIABA	205 (10,11%)	1 (0,05%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2001 (98,7%)	26 (1,3%)	2027 (100%)

Tableau XVII : Répartition des partographe par centre selon le respect des normes de remplissage de la tension artérielle

Centres	Tension artérielle consignée		Total
	De façon correcte	De façon incorrecte	
ABOSAC	218 (10,75%)	1 (0,05%)	219 (10,8%)
ASACOHI	627 (30,93%)	3 (0,15%)	630 (31,08%)
ASACOGO	40 (2%)	20 (1%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	380 (18,74%)	1 (0,05%)	381 (18,79%)
BONIABA	205 (10,11%)	1 (0,05%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2001 (98,7%)	26 (1,3%)	2027 (100%)

Tableau XVIII : Répartition des partographe par centre selon le respect des normes de remplissage de la température

Centres	La température			Total
	Bien consignée	Mal consignée	Non consignée	
ABOSAC	217 (10,6%)	2 (0,2%)	0 (0%)	219 (10,8%)
ASACOHI	629 (31,03%)	0 (0%)	1 (0,05%)	630 (31,08%)
ASACOGO	38 (1,9%)	12 (0,6%)	10 (0,5%)	60 (3%)
ASACOME	427 (21,05%)	0 (0%)	0 (0%)	427 (21,05%)
BENKADI	380 (18,74%)	1 (0,05%)	0 (0%)	381 (18,79%)
BONIABA	205 (10,11%)	0 (0%)	1 (0,05%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	104 (5,12%)	0 (0%)	0 (0%)	104 (5,12%)
Total	2000 (98,55%)	15 (0,85%)	12 (0,6%)	2027 (100%)

Tableau XIX : Répartition des partographes par centre selon le remplissage du résultat de la bandelette urinaire

Centres	Résultat de la bandelette urinaire		Total
	Consigné	Non consigné	
ABOSAC	109 (5,38%)	110 (5,42%)	219 (10,8%)
ASACOHI	628 (30,98%)	2 (0,1%)	630 (31,08%)
ASACOGO	0 (0%)	60 (3%)	60 (3%)
ASACOME	385 (18,99%)	42 (2,06%)	427 (21,05%)
BENKADI	4 (0,19%)	377 (18,6%)	381 (18,79%)
BONIABA	205 (10,11%)	1 (0,05%)	206 (10,16%)
ASACOBAG	0 (0%)	104 (5,12%)	104 (5,12%)
Total	1331 (65,65%)	696 (34,35%)	2027 (100%)

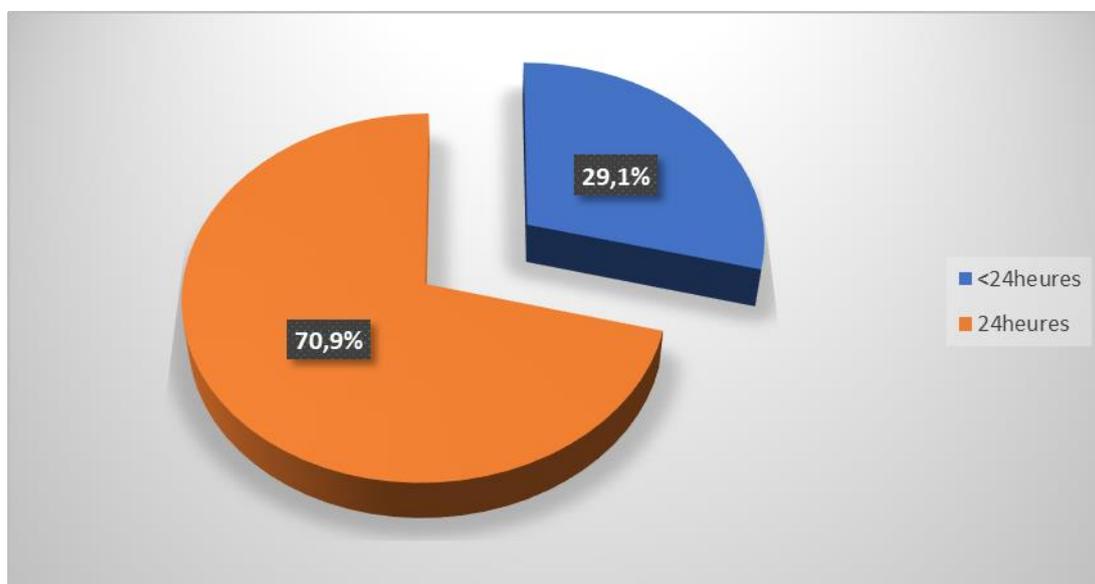


Figure 23 : Répartition des patientes selon la durée de la surveillance du post-partum de la mère et du nouveau-né.

Tableau XX : répartition des partogrammes incorrectement remplis en fonction des paramètres non remplis selon la structure

Paramètres remplis	non	Structures						
		ABOSAC	ASACOH	ASACOGO	ASACOME	BENKADI	BONIABA	ASACOBAG
CSDC		0 (0%)	5 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (1%)
Facteurs de risque		0 (0%)	6 (17,1%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Examen d'entrée		1 (4,55%)	6 (17,1%)	19 (63,33%)	2 (3%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)
BDC		2 (9,09%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
LA		0 (0%)	2 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Chevauchement		1 (4,55%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Descente de la tête		3 (13,63%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (41%)	0 (0%)
Heure d'examen		3 (13,63%)	2 (5,7%)	0 (0%)	7 (10,7%)	1 (0,3%)	13 (33,3%)	0 (0%)
CU		2 (9,09%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TA		1 (4,55%)	1 (2,9%)	1 (3,33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pouls		0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La délivrance		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)
Surveillance post-partum	du	9 (40,91%)	11 (31,4%)	10 (33,34%)	55 (83,3%)	379 (99,4%)	8 (20,5%)	103 (99%)
Total		22 (100%)	35 (100%)	30 (100%)	66 (100%)	381 (100%)	39 (100%)	104 (100%)

6-Les difficultés de remplissage

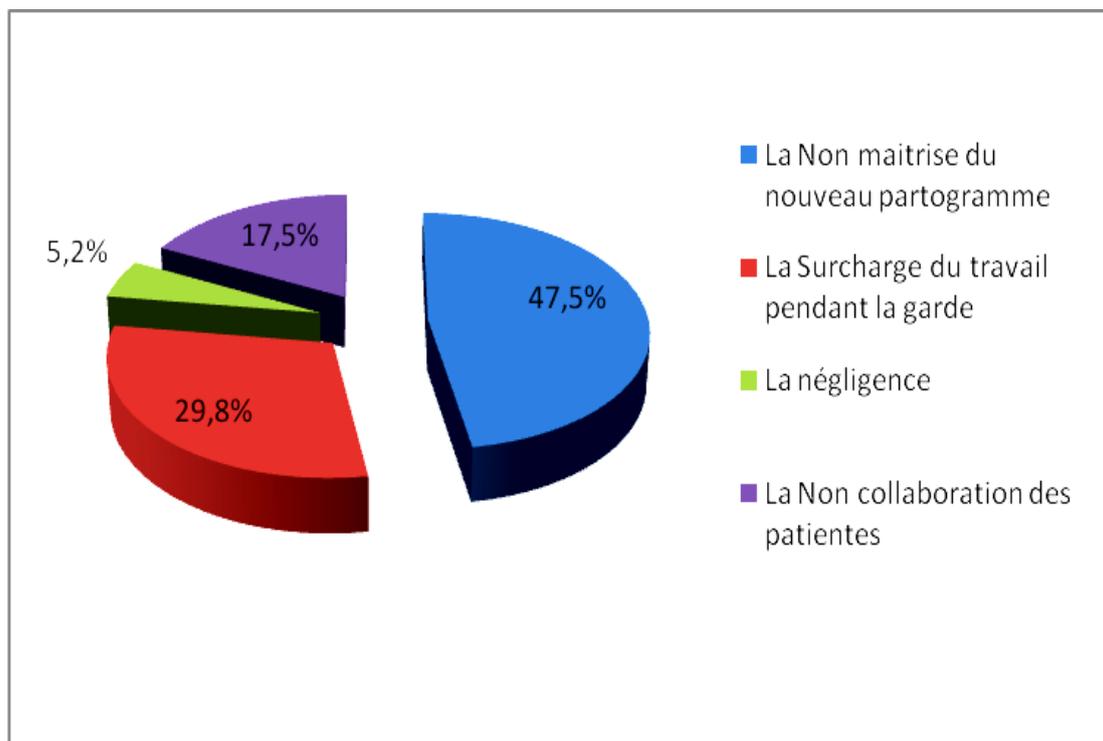


Figure 24 : répartition des partogrammes incorrectement remplis en fonction des difficultés de remplissage

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Discussion méthodologique :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur l'appréciation de la qualité de remplissage du partographe modifié de l'OMS dans les centres de santé communautaires de la commune II du district de Bamako.

Comme toute étude rétrospective certaines données ont manqué. Ce manquement s'explique par le fait que certains partographes étaient incorrectement remplis.

Vue la rareté des données sur la qualité de remplissage du partographe modifié de l'OMS, nos résultats seront comparés à certains résultats des études faites sur l'ancien partographe de l'OMS.

1) La Fréquence des partographes correctement rempli :

Du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019, nous avons recensé 2027 accouchements dans les CSCOM de la commune II du district 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 de la salle d'accouchement au Mali selon lesquelles chaque travail d'accouchement doit être initié et surveillé à l'aide d'un partographe.

Friha S [8] au centre hospitalier d'Argenteuil, Arou AZ [7] au CSRéf de Niono et Samaké D [6] au CSRéf de la CVI du district de Bamako ont également trouvé 100% d'utilisation du partographe dans leurs études respectives.

Des taux nettement inférieurs au notre ont été apportés par certains auteurs. Ainsi Sanogo A [15] a noté 50% d'utilisation du partographe au CSCOM de Sabalibougou III et Koné M [16] a rapporté 48% dans le CSCOM de Ganranguibougou tous en 2007 cette différence peut s'expliquer par la négligence de certains prestataires et la pénurie des partographes.

Parmi les 2027 partographes nous avons colligé 1357 partographes correctement remplis soit une fréquence de 66,93%. Cette fréquence est inférieure à celle de

Komé CH [3] en 2015 et à celle de Samaké I [17] en 2013 qui ont trouvé respectivement 73,8% et 83,15% de partographes correctement remplis.

Mais elle est supérieure à celle d'Arou AZ [7] au CSRéf de Niono et à celle de Samaké D [6] au CSRéf de la CVI du district de Bamako qui ont trouvé respectivement 2% et 4,5% de partographes correctement remplis.

Cette disparité dans le remplissage du partographe dans nos différents centres de santé pourrait s'expliquer d'une part par la diversification de la qualité des agents impliqués dans le remplissage et d'autre part par leur effectif qui varie d'une structure à une autre.

2) Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes :

Dans notre étude la plupart des patientes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans (88%). L'âge moyen était de 27 ans avec les extrêmes de 19 et 35 ans.

Notre résultat est similaire à celui d'Arou AZ [7] au CSRéf de Niono, de Samaké D [6] au CSRéf de la commune VI du district de Bamako qui ont trouvé que la tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée avec 70,5%.

Sanogo A [15] qui a trouvé que la tranche d'âge de 25 à 30 ans était la plus représentée avec 63,2% au centre de santé communautaire de Sabalibougou III de Bamako.

Les patientes étaient paucipares dans 37,4% des cas dans tous les centres enquêtés. Ce résultat est proche de celui de Samaké D [6] au CSRéf de la CVI du district de Bamako (37,7%) et de celui de Touré O [18] dans la commune urbaine de Sikasso (36,5%) en 2009, mais inférieur à celui d'Arou AZ [7] au CSRéf de Niono (42%) en 2018.

3) Niveau de qualification des prestataires :

Les sages-femmes étant les premières responsables de la salle d'accouchement, elles ont pour charge le remplissage des partographes 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 95,3%.

Le nombre de partogrammes remplis par prestataires a varié d'un centre à l'autre. Ainsi les partogrammes ont été remplis par les sages-femmes dans 100% à l'ASACOHI et à BENKADI, 99,06% à l'ASACOME, 96,12% à BONIABA, 86,3% à la maternité de l'ABOSAC, 71,67% à l'ASACOGO et 64,42% à l'ASACOBAG. Les médecins ont remplis les partogrammes dans 11,42% à la maternité de l'ABOSAC, 6,73% à l'ASACOBAG, 1,67% à l'ASACOGO, 0,94% à l'ASACOME, mais n'ont rien remplis à l'ASACOHI, à BENKADI et à BONIABA. Les infirmières obstétriciennes ont remplis les partogrammes dans 28,85% à l'ASACOBAG, 26,66% à l'ASACOGO, 3,88% à BONIABA, 2,28% à la maternité de l'ABOSAC. Par contre elles n'étaient pas impliquées dans le remplissage du partogramme à l'ASACOHI, à l'ASACOME et à BENKADI.

La fréquence élevée de partogrammes remplis par les infirmières obstétriciennes dans les maternités de l'ASACOBAG et de l'ASACOGO, s'explique par le fait que ces structures ne disposent que d'une seule sage-femme, le reste du personnel impliqué dans la gestion de l'accouchement étant constitué de médecin et d'infirmières obstétriciennes.

La qualité de remplissage du partogramme a varié selon le centre étudié et selon la qualification des prestataires. Dans notre étude parmi les 1357 partogrammes correctement remplis, 64,66% ont été remplis par les sages-femmes, 1,37% par les médecins et 0,9% par les infirmières obstétriciennes. Cette fréquence élevée de partogrammes correctement remplis par les sages-femmes s'explique par le fait que ces prestataires sont les premières responsables impliquées dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Ce résultat est conforme à ceux trouvés par Komé CH [3] et Touré O [18] selon lesquels 69,2% et 74% des partogrammes ont été remplis par les sages-femmes.

Il existe une relation statistiquement significative entre la qualité du remplissage des partogrammes et la qualification du prestataire ($\text{Khi}^2= 37,456$, $P=0,00$).

Cette tendance est observée dans le remplissage correct des partogrammes.

4) Prestataires formés sur le remplissage du partogramme

Depuis l'introduction de cet outil de surveillance de nombreux prestataires ont été formés sur les normes de remplissage du partogramme.

Dans notre étude la totalité de nos sages femmes ont été formés, les médecins et les infirmières-obstétriciennes ont été respectivement formés à 78% et 39%.

Il existe une relation statistiquement significative entre la formation du prestataire et la qualité de remplissage du partogramme ($\text{Khi}^2= 37,456, P= 0,00$)

5) Appréciation du respect des normes de remplissage du partogramme

Près de 98,82% des paramètres étaient bien notifiés sur les différents partogrammes examinés. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le remplissage des paramètres sur les partogrammes et la qualification du prestataire. Plus le niveau de qualification du prestataire était élevé plus les paramètres étaient bien notifiés ($\text{Khi}^2= 60,337, P=0,000$).

La notification des bruits du cœur fœtal par des points reliés a été faite selon les normes dans 98,77% des cas.

La couleur du liquide amniotique aide à évaluer l'état du fœtus, l'état de la poche des eaux a été noté à chaque toucher vaginal soit par un I, C, M, S ou A. Ces normes ont été respectées dans 98,63% des cas.

Le degré de déformation de la tête fœtale est un important indice de la capacité du pelvis à laisser passer la tête du fœtus, il a été consigné à chaque toucher vaginal à l'endroit correspondant du graphique dans 98,67% des cas.

La progression de la dilatation du col a été cochée d'une "X" à l'endroit correspondant du graphique dans 98,97% 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 doit être marquée par un cercle (o). Elle a été consignée à l'endroit correspondant du graphique de façon correcte dans 91,57% des cas.

Les heures d'examen ont été consignées à l'endroit correspondant du graphique de façon correcte dans 97,06% des cas.

Les contractions utérines ont été consignées à l'endroit correspondant du graphique dans 98,87% des cas.

Le pouls doit être contrôlé toutes les 30 min et marqué d'un point (●). Il a été consigné à l'endroit correspondant du graphique par des points reliés de façon correcte dans 98,7% des cas.

Selon le partographe modifié et adapté au Mali, la tension artérielle doit être prise et consignée toutes les 2 heures, elle 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 selon les normes dans 98,7% des cas.

La température a été bien consignée dans 98,55% des cas.

Le résultat de la bandelette urinaire a été rapporté sur le partographe dans 65,65% des cas.

Le respect des normes de remplissage a varié en fonction des centres. Ainsi elles ont été respectées dans 94,76% à la maternité de l'ASACOHI, 89,95% à l'ABOSAC, 84,78% à l'ASACOME, 82,52% à BONIABA, 50% à l'ASACOGO, 0,96% à l'ASACOBAG et 0% à BENKADI. Il est nécessaire de former les prestataires impliqués dans le remplissage de cet outil dans ces deux derniers centres. La qualification des prestataires chargés de remplir les partographes a été un facteur déterminant.

Il existe une relation statistiquement significative entre le respect des normes de remplissage et la qualification du prestataire ($K_{hi^2} = 80,695$; $P = 0,000$). Plus le niveau de qualification du prestataire est élevé plus les normes de remplissage étaient respectées.

Selon ce nouvel outil, toute parturiente admise en salle d'accouchement doit bénéficier d'une surveillance rigoureuse tout le long du travail d'accouchement et les 24 premières heures du post-partum. Les patientes ayant bénéficié d'une surveillance de 24 heures dans le post-partum immédiat ont été les plus représentées avec une fréquence de 70,9% de cas. La non réalisation de la

surveillance des 24 heures après l'accouchement chez l'ensemble des patientes peut s'expliquer par différents facteurs :

- Le refus de certaines patientes à rester dans les centres de santé ;
- L'insuffisance des lits dans les salles de suites de couches ;
- Et parfois par le manque d'adhésion de certains prestataires à la surveillance des 24 heures.

6) Les difficultés de remplissage

Notre taux de partographe incorrectement rempli est de 33,07%. Les partographes considérés comme incorrectement remplis ont représenté 18,79% à la maternité de BENKADI, 5,08% à l'ASACOBAG, 3,2% à l'ASACOME, 1,77% à BONIABA, 1,63% à l'ASACOHI, 1,5% à l'ASACOGO et 1,1% à l'ABOSAC,

Les principales erreurs notifiées sur les partographes dans les différentes maternités ont été dominées par le remplissage incorrect de l'heure, de la descente de la tête et du rythme de notification de certains paramètres.

Les raisons évoquées par les prestataires ont été les suivantes :

- ✓ La non maîtrise du nouveau partographe (OMS),
- ✓ La surcharge de travail pendant la garde
- ✓ La simple négligence.
- ✓ La Non collaboration des patientes et leurs accompagnants

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1) 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.

Le taux de partographes incorrectement remplis dans les CSCOM de la commune II de Bamako a été de 33,07% dans notre étude.

L'amélioration de la qualité du remplissage du partographe gage de l'amélioration du pronostic maternel et foetal, passe nécessairement par la sensibilisation, la formation et le suivi des prestataires impliqués dans la prise en charge de l'accouchement.

2) Recommandations :

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

Aux autorités :

- Augmenter le nombre de sages-femmes dans les maternités.
- Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du partographe.
- Organiser des campagnes de supervision continue et de suivi des utilisateurs du partographe.

Aux prestataires des maternités :

- Remplir correctement le partographe.
- Faire des staffs quotidiens afin de corriger les insuffisances dans le remplissage du partographe.
- Sensibiliser les parturientes sur l'intérêt de la surveillance du post partum.
- Organiser des sessions de recyclage sur le remplissage du partographe.

VII- REFERENCES

- 1- Hauts autorité de santé.** Guide méthodologique, qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance mars 2014.
- 2- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées du Mali.** Enquête démographique et de santé (EDS)-VI Mali ; 2018.
- 3-Komé CH.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans les CSCOM de la CII du district de Bamako. Thèse Med ; Bamako 2015 N°89.107p
- 4- Lansac J, Carbonne B, pierre F.** Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. J gynécol Obstét biol reprod. Févr. 2007.36: 2-7.
- 5- Sacko M.** 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 Med ; Bamako 2013, N°09.78p
- 6- Samaké D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la CVI. Thèse Med ; Bamako 2016 - N°15
- 7-Arou AZ.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au CSRéf de Niono. Thèse Med ; Bamako 2018 - N°118.
- 8-Friha S :** Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil Thèse. Med ; Paris: 2014; n°17.102p
- 9- Provost AG.** Evaluation de la tenue du partogramme au sein de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes (Mémoire). Gynécologie et obstétrique; 2015 :41p.
- 10- Bagayoko, G.** Etude du partogramme dans le centre de santé de référence du Cercle de Koro. Thèse Med ; Bamako 2013, N°194.
- 11- Leroux C.** Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de CHU de Rouen :<< la tenue du partogramme>>. Etude rétrospective à propos de 50 dossiers [mémoire pour le diplôme de sage-femme CHU de Rouen 2012.

12-World Health Organization. Monitoring emergency obstetric care / surveillance des soins obstétricaux d'urgence. Manuel d'utilisation. World health organization. 2011.200p.

13- Merger R, Levy j, Melchior j. Précis d'obstétrique 6e édition. Masson, Paris : mai 2003 301-338.

14- OMS. Liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Guide de mise en œuvre. Division de la santé familiale Genève 2016.

15- 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. Thèse Med ; Bamako 2007, p57, N°188.

16. Koné M. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le CSCOM de Garantiguibougou. Thèse Med ; Bamako 2007, N°188.

17-Samaké I. Etude du partogramme dans les centres de santé communautaire, la MIPROMA et le CSRéf de la Commune VI du district de Bamako. Thèse Med ; Bamako 2013, N°09.100p

18- Touré O. Evaluation de l'utilisation du partogramme dans la commune urbaine de Sikasso. Thèse Med ; Bamako 2009, N°126.

VIII- ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : LEVI

Nationalité : MALIENNE

Année de soutenance : 2019

Ville de soutenance : BAMAKO

Titre de la thèse : QUALITE DE REMPLISSAGE DU PARTOGRAPHE MODIFIE
DE L'OMS

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Secteur d'intérêt : OBSTETRIQUE

Adresse e-mail : diarralevi@yahoo.fr

RESUME :

Notre étude rétrospective transversale, descriptive et analytique, s'est déroulée dans les maternités des centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako, du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019 soit 1 an après l'introduction du partographe modifié de l'OMS.

L'objectif général était d'évaluer la qualité de remplissage du partographe modifié de l'OMS.

Cette étude a concerné 2027 partographes, la fréquence des partographes correctement remplis était de 66,93% dans les différents centres.

La qualification du prestataire était un facteur déterminant dans la qualité de remplissage du partographe et le respect des normes de remplissage.

Les femmes âgées de 18 à 35 ans étaient les plus représentées avec une fréquence de 88%.

Les erreurs de remplissage les plus représentées étaient l'heure, la descente de la tête, le rythme de notification de certains paramètres.

Mots clés : Partographe, Qualité, Remplissage.

FICHE D'ENQUETE

Identification de la patiente

Numéro : []

Centre: /___/ 1= ABOSAC, 2=ASACOH, 3=ASACOGO, 4=ASACOME, 5=BENKADI,
6=BONIABA, 7=ASACOBAG

Q1 : Age de la parturiente [.....] 1=inf. à 18 ans, 2= 18 ans et plus

Q2 : Date et heure d'entrée à la maternité : /___/ 1= consignés, 2 =non consignés

Q3 : Motif d'admission /___/ 1=CUD/∂, 2= autre

Antécédents

Q4 : Antécédents obstétricaux : /___/

1=nullipare, 2=primipare, 3=pauci pare, 4= multipare, 5= grande multipare

Q5 : Nombre d'enfants vivants : /___/ 1=0, 2=1, 3=2, 4= \geq 3

Q6 : Avortement : /___/ 1=0, 2=1, 3=2, 4= \geq 3

Q7 : Intervalle inter génésique : /___/ 1=inf a 2 ans, 2=2ans et plus

Facteurs de risque

Q8 : Taille : /___/ (1=<1m50, 2= \geq 1m50)

Q9 : Hémorragie : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Q10 : Terme de la grossesse : /___/ (1=inf a 28 SA, 2= 28SA-36SA + 6jours, 3= 37SA-
41SA + 6jours)

Q11 : Nombre de CPN : /___/ (1=1 ou 2, 2=3 ou plus, 3=Non fait)

Q12 : Césarienne dernier accouchement : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Q13 : Présentation : /___/ (1= sommet, 2=non céphalique)

Q14 : Dernier enfant mort-né : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Q15 : Autres facteurs de risque à préciser :

Examen à l'entrée

Q16 : Qualification de l'examineur : /___/ (1=médecin, 2=sage-femme, 3= infirmière
obstétricienne, 4= matrone)

Q17 : Paramètres /___/ 1= bien consignés, 2 =non consignés

Q18 Dilatation du col : /___/ 1=phase de latence, 2=phase active

Q19 : Membrane : /___/ (1=intacte, 2 =clair, 3=teinté, 4=rupture sup a 12heures)

Remplissage du partogramme

Q20 : disposition des paramètres par apport à l'heure /___/ (1= bien consignée ; 2=mal consignée)

Q21 : BDC consignées à l'endroit correspondant du graphique par un point (●) /___/ (1=de façon correcte, 2= de façon incorrecte)

Q22 : Couleur du liquide amniotique /___/ (1=consignée ; 2=non consignée)

Q23 : Modelage de la tête : /___/ (1=consigné, 2=Non consigné)

Q24: Dilatation cervicale : consignée à l'endroit correspondant du graphique par une croix (X) /___/ (1=de façon correcte, 2= de façon incorrecte)

Q25 : Niveau de présentation : /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné, 3= non consigné)

Q26 : heures d'examen /___/ (1= bien consignée, 2=mal consignée, 3= non consignée)

Q27 : les contractions utérine par 10min consignées à l'endroit correspondant du graphique /___/ (1=de façon correcte, 2= de façon incorrecte)

Q28 : Perfusion d'ocytocine /___/ 1= oui, 2=non

Q28a: Si oui le nombre d'unités est /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Q28b: Le nombre de gouttes par min est /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné, 3= non consigné)

Q29 : Médicament et liquide en IV /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné, 3=non prescrits)

Q30 : le pouls consignées à l'endroit correspondant du graphique par un point (●) /___/ (1=de façon correcte, 2= de façon incorrecte)

Q31 : La TA consignées à l'endroit correspondant du graphique par une flèche ↑ /___/ (1=de façon correcte, 2= de façon incorrecte)

Q32 : la température /___/ (1= bien consignée, 2=mal consignée 3= non consignée)

Q33: résultats de la bandelette urinaire:/___/ (1= consigné, 2=non consigné)

Surveillance du travail

Q34: Contrôle des BDCF:/___/ (1= moins de 30 min, 2=30 min, 3= plus de 30 min)

Q35 : Appréciation du col:/___/ (1=1heure, 2=2heures, 3= autre)

Q36 : Evaluation des contractions utérine:/___/ (1=30 min, 2=1H, 3= autres)

Q37 : Contrôle TA:/___/ (1=1heure, 2=2heures, 3= autre)

Q38 : Appréciation du pouls: /___ / (1= moins de 30 min, 2=30 min, 3= plus de 30 min)

Q39 : la température /___/ (1=1heure, 2=2heures, 3= autre)

Accouchement

Q40 : Qualification de l'accoucheur (se) : /___/ (1=médecin, 2=sage-femme, 3= infirmière obstétricienne, 4= matrone)

Q41 : zone d'accouchement : /___/ 1=avant la ligne d'alerte, 2= sur la ligne d'alerte, 3= entre la ligne d'alerte et d'action, 4=après la Ligne d'action

Q42 : Durée de l'effort expulsif : /___/ (1= bien consignée, 2=mal consignée, 3= non consignée)

Délivrance

Q43 : Date et heure /___/ (1= bien consignées, 2=mal consignées 3= non consignées)

Q44 : Type : /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Q45 : Etat du placenta : /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Q46 : Longueur du cordon /___/ (1= bien consignée, 2=mal consignée 3= non consignée)

Q47 : petit cote /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Surveillance de la patiente et du nouveau-né après l'accouchement

Q48 : Durée : 1=inf à 24H, 2=24H, 3=plus de 24H,

Examen et état du nouveau-né

Q49 : Apgar du nouveau-né /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Q50 : Enregistrement des paramètres initiaux du nouveau-né /___/ (1= bien consignés, 2=mal consignés, 3= non consignés)

Q51 : **Date et heure de sortie** /___/ (1= bien consignées, 2=mal consignées 3= non consignées)

Q52 : Etat de la mère et du nouveau-né à la sortie /___/ (1= bien consigné, 2=mal consigné 3= non consigné)

Q53 : **De façon générale le partogramme est** : /___/ 1=correctement rempli, 2=incorrectement rempli

Q54: si incorrectement rempli, paramètre mal consigne : /___/ 1= l'entête, 2=facteurs de risque, 3=examen d'entrée, 4=BDC, 5=LA, 6=chevauchement, 7=dilatation, 8=descente de la tête, 9=heure d'examen, 10=CU, 11=TA, 12=pouls, 13=la délivrance, 14=paramètres initiaux du nouveau-né, 15=surveillance du post-partum.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je Jure, au nom de l'**Etre 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 et reconnaissant envers mes Maîtres, 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