

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T.B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES,
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**



FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019/2020

N°.....

THESE

**EVALUATION DE L'UTILISATION DU
PARTOGRAPHE DANS LA RÉGION DE
KOULIKORO-MALI**

Présentée et soutenue publiquement le 23/10/2020 devant le Jury
De la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Par : M. Hamidou Souleymane TAPILY

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Professeur Seydou DOUMBIA

MEMBRE : Docteur Mamadou KEITA

CO-DIRECTEUR : Docteur Moctar TOUNKARA

DIRECTEUR : Professeur Hamadoun SANGHO

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A mon père Souleymane Tapily

Le sage, l'honnête, le religieux, le rigoureux, ton soutien sur tous les plans m'a été d'un grand secours, tu as su m'inculquer les règles de bonne conduite. Je prie le Tout Puissant de te donner une longue vie et pour que je fasse ta fierté. Amen !

A ma mère Awa Tapily

Tu es pour moi une mère exemplaire. Merci pour tout ce que tu m'as donné en commençant par la vie. Ton affection, tes conseils et ton dévouement pour la réussite de tes enfants n'ont jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de ta bravoure. Je prie Dieu pour que tes souffrances endurées ne soient pas vaines et que qu'il te prête longue vie et une santé de fer afin que tu puisses continuer à nous conseiller, à nous consoler comme tu l'as toujours fait. Maman tes attentes seront comblées. Amen !

A mon Père Moussa Tapily (Paix à son âme)

Merci pour tout ce que tu as consenti pour nous

A mon oncle Korko Tapily (Paix à son âme)

Bien que nous t'ayons perdu prématurément, nous nous souviendrons de tes efforts consentis sur tous les plans pour notre éducation. Dors en paix cher oncle. Amen !

A mes frères et sœurs : Amadou, Abdoulaye, Aissata, Fatoumata, Ibrahim, Amadi , Boubacar, et Soumaïla ; Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années d'étude. Trouver ici tout mon attachement fraternel.

REMERCIEMENTS

A mon tonton saliya NIARE et son épouse

Vous êtes ma seconde famille. Pas un seul jour je ne me suis senti étranger dans votre maison. Je ne pourrai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous vous êtes beaucoup sacrifiés pendant mes études pour ma réussite. Ce travail est le résultat de vos efforts. Aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance. Qu'Allah vous bénisse, vous accorde sa grâce, sa miséricorde, qu'il vous donne une longue vie à vous tous et à vos enfants. Amen !

A mon frère Abdoulaye TAPILY :

Tu es l'estime de ce chemin parcouru. Ta passion pour les études, ta rigueur dans notre éducation ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesures à nos yeux. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction. Merci pour tout.

A mon oncle Nouhoum TAPILY

Homme de droit, patriote dévoué pour la construction de son pays. Ton slogan « la vie est une lutte perpétuelle de tous les jours », restera à jamais gravé dans ma mémoire. Tu m'as toujours soutenu dans mes moments de joies et de peines. Que Dieu fasse que je ne t'oublie jamais et te garde longtemps parmi nous. A travers ce modeste travail, je voudrais te témoigner mon profond attachement.

A ma Tante Oumou YALCOUYE Je te dis tout simplement merci car les mots ne sont pas forts pour exprimer ma satisfaction pour tout ce que tu as fait pour moi. Ce travail est aussi le tien, sois en remerciée infiniment. Que Dieu t'accorde longue vie et bonne santé. Amen

A mon homonyme et son épouse

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens de tout genre. Votre contribution à mon éducation à fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Soyez rassurés de mon attachement familial.

A ma chère épouse : Binta Mamadou BERTHE. Tous les mots me manquent sauf un merci.

A mes maîtres médecins

Dr DJIRE IBRAHIMA ; Dr DOUMBOUYA ABOUBACAR ; Dr BAH

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.

A mes cousins : Kandabara Tapily (Vieux) et Aly Tapily (Dédé), Moussa Balla le chemin est long et difficile. Donc courage, patience persévérance et rigueur.

A mes cousins : Missiri, Sékou, Alfousseini, Amadi ; Youssouf ;

A mes cousines : Tandou Fatoumta dite Gogo Tapily, Mariam Tapily,

Diaratou, Fatim, Awa, et Amaga, Kadi ; Obi ; Eliza ; merci pour tout et croyez à mon attachement profond.

A mes oncles : Youssouf Tapily ; Amadou Yalcouyé, Hamidou Yalcouyé et Salif. Merci pour vos encouragements et vos conseils sans faille. Que Dieu vous guide dans tous vos projets respectifs.

Aux familles : Niare, Keita, Sidibe, Konaté, Kananbaye, Tapily, Kodio, Bouare, Diarra, Tembely à Bamako, et Sevaré. Merci pour l'affection que j'ai reçue durant mon séjour.

A mes amis : Dr Ismaël Keita, Dr Garba Guindo, Dr Mamadou Dembelé, Dr Yacouba Coulibaly, Dr Abdoulaye Sagara, Dr Dramane Ouattara, Dramane Coulibaly, Ogobara Kananbaye, Moussa Balla Niare, Boua Traore, Djenfa

Coulibaly, Abel Ousmane Poudiougou, Brahim Tembely, Frank Samake, Seydou Karembé, Moudirou Coumaré, Ousmane Dembelé, Adama Koita, Kaman Diarra etc.

Aujourd'hui, vous êtes plus que mes amis. Vous m'avez donné l'affection et les conseils nécessaires au cours de mes études à la FMOS.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Seydou DOUMBIA,

- ✓ **Professeur Titulaire en Épidémiologie ;**
- ✓ **Doyen de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMOS);**
- ✓ **Directeur du programme ICERM-WAF « International Center for Excellence in Malaria Research » ;**
- ✓ **Directeur du centre universitaire de recherche clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali.**

Honorable Maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette soutenance malgré votre emploi du temps chargé.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un atout non négligeable tout au long de cette formation.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou KEITA

- ✓ **Docteur en Médecine**
- ✓ **Gynécologue Obstétricien Praticien Hospitalier au CSRéf de la CVI**

Cher Maître ;

En dépit de vos multiples occupations vous avez accepté de venir juger ce travail. Vous nous avez impressionnés par votre travail bien fait et votre simplicité. Vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscitent une grande admiration. Permettez-nous ici cher Maître, de vous traduire l'expression nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Moctar TOUNKARA,

- ✓ **Docteur en Médecine ;**
- ✓ **Spécialiste en Épidémiologie ;**
- ✓ **Maître–Assistant au Département Enseignement et Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine (FOMOS) ;**

Cher Maître,

Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique, vos qualités sociales, votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie qui font de vous un exemple à suivre.

Soyez assuré de notre estime et profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Hamadoun SANGHO

- ✓ **Professeur Titulaire de Santé Publique à la FMOS ;**
- ✓ **Ex-Directeur Général du Centre de Recherche d'Étude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;**
- ✓ **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Honorable Maître ;

Votre disponibilité, votre ouverture d'esprit, votre humilité à vous mettre au même niveau que votre prochain nous ont tant impressionnés. Votre capacité à écouter et à comprendre les autres, votre amour du travail bien fait ne peuvent que laisser des traces sur celui qui vous approche. Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous avons gagné à vos côtés car vous ne nous avez pas donné qu'un enseignement académique, mais et surtout toute une conduite de notre vie de tous les jours.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AG : Assemblée générale
- ASACO : association de santé communautaire
- CA : Conseil d'administration
- CG : Comité de gestion
- CPN : Consultation prénatale
- CRC : Croix rouge canadienne
- CS : Comité de surveillance
- CSCOM : Centre de santé communautaire
- CSRéf : Centre de santé de référence
- DCI : Dénomination commune internationale
- EDS : Enquête démographique et de santé
- FELASCOM : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
- FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires.
- FERASCOM : Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire.
- FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
- GATPA : Gestion active de la troisième phase période du travail de l'accouchement
- IEC : Information, Éducation et Communication
- ODK : Open Data Kit
- OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
- OMS : organisation mondiale de la santé
- OOAS : organisation ouest africaine pour la santé
- PMA : le paquet minimum d'activité
- SMNE : santé de la mère, des nouveaux nés et de l'enfant
- SONUB : soins obstétricaux et néonataux d'urgences de bases

SOMMAIRE

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABREVIATIONS.....	IX
I- INTRODUCTION	1
ENONCE DU PROBLEME :	2
QUESTION DE RECHERCHE :	6
II- OBJECTIFS	7
Objectif général :	7
Objectifs spécifiques :	7
III- GENERALITES	8
Fonctionnalité	8
Quelques activités et indicateurs.....	12
❖ Le paquet minimum d'activité (PMA) :	12
Référence :	12
L'accouchement :	13
Soins du nouveau-né :	13
L'information, l'éducation et la communication en santé (IEC) :	29
L'évaluation :	29
Le temps d'attente.....	30
La norme	30
Les utilisatrices :	30
La mortalité maternelle :	30
La satisfaction des utilisatrices :	31
IV- MÉTHODOLOGIE :	32
1. Cadre d'étude :	32
2. Type d'étude :	33
3. Période d'étude :	34
4. Population d'étude :	34
5. Échantillonnage :	35
6. Collecte des données :	35
6.1. Technique de collecte des données :	35

6.2. Variables et méthodes d'exploration :	35
7. Traitement et Analyse des données :	36
8. Considérations éthiques et de déontologie :	36
V- RESULTATS :	38
Figure 1 : répartition des Cscom enquêtés par district sanitaire.	38
1. Le profil des prestataires	40
2. Fréquence de complétude du partographe :	41
3. Pronostic materno-fœtal :	48
4. Fréquence d'utilisation de l'ocytocine et antibiotique :	49
VI- DISCUSSION ET COMMENTAIRES	52
VII- CONCLUSION	59
VIII- RECOMMANDATIONS :	60
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des Districts de l'Etude	33
Tableau 2 : Répartition des participants selon le prestataire ayant assisté à l'accouchement dans les Cscm des quatre districts sanitaires Koulikoro, Dioila, Banamba et Kolokani	40
Tableau 3 : Qualité de remplissage du partograhe dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	41
Tableau 4 : Qualité de remplissage du partographe par district sanitaire : Koulikoro, Dioila, Banamba et kolokani	42
Tableau 5 : Répartition en fonction de l'évaluation de la qualité de remplissage des paramètres de la fiche de surveillance du post partum dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	43
Tableau 6 : Répartition selon la phase d'utilisation du partogramme dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	44
Tableau 7 : Répartition en fonction des facteurs de risque avant l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	45
Tableau 8 : Répartition selon le nombre de CPN dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	46
Tableau 9 : Répartition en fonction de l'évaluation de la présentation du fœtus dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	47
Tableau 10 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'évaluation du poids du nouveau-né après accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	47
Tableau 11 : Répartition en fonction du pronostic maternel et néonatal après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	48
Tableau 12 : Répartition des mères selon le saignement anormal et la maîtrise du saignement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	48
Tableau 13 : Relation entre saignement anormal et la maîtrise saignement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	49
Tableau 14 : Répartition selon l'utilisation d'ocytocine pendant accouchement et d'antibiotique après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	49
Tableau 15 : Répartition en fonction de l'évacuation des femmes et des nouveaux nés dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	50
Tableau 16 : Répartition des femmes en fonction du type d'accouchement selon la fiche de partogramme dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani	51
Tableau 17 : Répartition selon l'utilisation du formulaire pour le suivi du travail d'accouchement dans les districts sanitaires	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : répartition des Cscom enquêtés par district sanitaire.	38
Figure 2 : répartition des partographes par district sanitaire.	39

I-INTRODUCTION

Au cours de la grossesse ou de l'accouchement, la femme peut risquer sa vie ou s'exposer à des séquelles graves (fistules vésico-vaginales, prolapsus génitaux etc.) (1). Ce proverbe bambara l'atteste : « *la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort* ». Il faut absolument tenir compte des facteurs socio-économiques si l'on veut concevoir et dispenser des soins prénataux adéquats(2). Chaque jour au moins 1600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement : soit un décès par minute ce qui représente 585000 décès maternels par an(3) . Les principales causes de mortalité maternelle sont : - l'hémorragie, - l'éclampsie, - les infections, - les avortements provoqués, - les dystocies (1). Selon l'OMS, sur 500000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, environ 150000 soit plus de 1/3 concerne l'Afrique (4). La situation du continent africain apparaît plus préoccupante si on la compare à celle des autres régions du monde en développement (5). Ces régions à l'exception de l'Asie du sud (600 à 1000 décès maternels pour 100000 naissances vivantes), ont toutes un niveau de mortalité maternelle bien inférieur à celui de l'Afrique (5). En Amérique Latine, le rapport de décès maternel est de 270 pour 100000 naissances vivantes et 55 pour 100000 naissances vivantes en Asie de l'Est. Cette dernière est parvenue à réduire de manière spectaculaire la mortalité maternelle grâce aux programmes axés sur la maternité sans risque et ses composantes (4).

Malgré les tendances récentes à une réduction du taux de natalité, celui-ci reste élevé, supérieur ou égal à 45‰ dans la plupart des pays d'Afrique ; 20 à 40‰ en Amérique Latine. Les taux enregistrés en Amérique du Nord et en Europe sont respectivement de 17‰ et 14‰ (5).

En Afrique, les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement sont limités. Une étude effectuée en 1997 dans certaines villes de

l'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack) a montré que les accouchements ont été assistés par une sage-femme dans 58,8%, avec 94% des accouchements ont été faits en présence d'une sage-femme à Ouagadougou, Bamako et Nouakchott et à Dakar 57% des accouchements ont été assistés par une sage-femme (6). L'examen obstétrical est assez souvent complet, certaines faiblesses sont notées au niveau de l'interrogatoire et des gestes techniques à l'examen. Au Sénégal en 1999, une étude portant sur l'évaluation des programmes de soins essentiels pour la survie de la mère et une meilleure connaissance de la mortalité maternelle, révéla que l'accouchement a le plus souvent lieu à domicile dans 62,8% et que l'assistance est assurée par les matrones dans 66,5% des cas (7). Au Bénin en 1998, une étude réalisée sur la santé maternelle et infantile a montré que le niveau des indicateurs sur les accouchements et les issues défavorables de la grossesse sont loin des prévisions malgré la tendance à la hausse des utilisatrices des soins prénatals. Les auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité des soins prénatals et d'accouchement (8).

Au Cameroun une évaluation de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires en 1998 (9), a montré que la majorité des formations sanitaires manque d'espace et d'éléments essentiels de confort. Au Mali, les travaux sur l'évaluation de la qualité des soins apparaissent très limités.

ENONCE DU PROBLEME :

La grossesse est un état normal et sain auquel aspire la plupart des femmes à un moment ou à un autre de leur existence. Cependant, ce processus normal et créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles (10).

La grossesse et l'accouchement constituent des événements majeurs dans la vie d'une femme qui normalement apporte de la joie. Mais dans certains cas, ces événements apportent la souffrance et même la mort.

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socioéconomique des pays en développement (10).

À l'échelle mondiale, pendant l'année 2015, environ 830 femmes mouraient chaque jour des suites de complications de grossesse ou d'accouchement. Près de la totalité de ces décès sont survenus dans des milieux à faibles ressources et auraient pu être évités (5). Les premières causes de décès sont l'hémorragie, l'hypertension, les infections, et les causes indirectes principalement dues aux interactions entre les conditions médicales préexistantes et la grossesse (5). Le nombre de femmes décédées des suites de complications pendant la grossesse et la naissance a baissé de 43% passant de 532‰ en 1990 à 303‰ en 2015 (5). Les progrès sont remarquables, mais le taux annuel de réduction est inférieur à la moitié du taux nécessaire pour l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) de réduire de 75% le ratio de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015, ce qui nécessite une réduction annuelle de 5,5% (5).

Selon le rapport OMS-OOAS, le ratio de la mortalité maternelle au Mali a baissé de 1010 en 1990 à 587 pour 100 000 naissances en 2015, soit une baisse annuelle de 2.8% sur une période de 15 ans (4).

En 1987, les partenaires au développement, en particulier la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale pour la Santé et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et les organismes de 45 pays, ont lancé l'initiative Mondiale pour la maternité sans risque dont le principal objectif était de réduire de moitié le nombre de décès maternels avant l'an 2000. Parmi les programmes recommandés à cet effet, les soins de la grossesse occupent une place primordiale (11).

La plupart de ces décès peuvent être évités lorsque les femmes ont accès à des services de santé avec des matériels adéquats, des médicaments et du personnel qualifié.

Dans toutes les régions du monde des progrès ont été faits pour que les femmes aient accès aux soins prénatals. En 2008, du personnel de santé qualifié assistait à 63% des naissances dans le Monde en développement contre 53 % en 1990 (12)

Au Mali, l'accès aux soins prénatals a enregistré des progrès remarquables de 2001 à 2006. En effet, la proportion des femmes ayant effectuées au moins une visite prénatale auprès d'un personnel formé est passée de 58% (13) à 70% . La proportion a également augmenté en milieu rural passant de 48% à 64% [13]. Ces consultations ont été effectuées principalement par les sages-femmes et infirmières (36%) et par des matrones (33%). Près de 29% des mères n'ont effectué aucune consultation prénatale (12).

Au Mali, les études d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement sont limitées et ont montré peu d'amélioration dans la prise en charge des parturientes.

En 1997, une étude comparative de la qualité des soins au sein de la maternité entre Cscm et service socio-sanitaire de commune au niveau de la commune VI du district de Bamako a révélé un manque de personnel qualifié, de très mauvaises conditions d'hygiène (14).

En 1999, Coulibaly M. a effectué une étude sur la qualité des soins au cours de l'accouchement dans les Cscm des communes V et VI du District de Bamako et a montré que les structures n'offrent pas toujours des soins de qualité aux parturientes ; les structures d'accueil et d'orientation n'existaient que dans 2 Cscm avec une quasi absence de recyclage (1).

L'OMS a proposé le partogramme comme la stratégie de la maternité sans risque pour diminuer les taux de mortalité maternelle et périnatale dans les pays en

développement, aussi dans le but d'aider le personnel de santé à mieux assurer la surveillance du travail d'accouchement pour détecter précocement les anomalies et agir à temps par des actions appropriées (11).

Au Mali, l'Etat a investi dans les ressources humaines et dans les infrastructures dans le domaine de la santé surtout dans celle de la santé reproductive et cela s'est traduit par une amélioration de la qualité des soins.

L'appréciation de la qualité des soins prend en compte beaucoup de paramètres : le niveau d'instruction des parturientes d'une part et l'influence qu'exercent les professionnels de santé sur la qualité de ces soins d'autre part. Des études menées au Mali, sur utilisation du partogramme ont montré son efficacité. C'est ainsi que le Mali comme de nombreux pays en voie de développement, à travers son partogramme national de périnatalité, a adopté le partogramme proposé par l'OMS en l'adaptant à ses réalités/contextes. Malgré ce progrès, nous constatons que dans l'utilisation de cet outil, on rencontre d'énormes difficultés telles que la mauvaise qualité de remplissage, des interruptions et même la non utilisation. La bonne utilisation du partographe permet une meilleure prise en charge materno-foetale au cours du travail d'accouchement.

A contrario, sa mauvaise utilisation peut entraîner les complications liées à un accouchement dystocique (asphyxie, lésions cérébrales, infections néonatales et même la mort foetale, fistules vésico-vaginale, hémorragies du post-partum immédiat et même la mort maternelle) qui causent des handicaps dans la vie de ces femmes et de ces enfants.

Depuis l'introduction du partogramme (élément de surveillance) de nombreuses études d'évaluation menées par l'OMS à travers le monde ont montré son efficacité dans la prise de décision et la prévention des complications obstétricales . C'est ainsi qu'au Mali, une étude réalisée par Bamba M. en 1998 au Csréf de la commune V a montré une diminution du taux de décès maternel, qui a passé de

206,6 à 131 pour 100.000 naissances vivantes et une régression nette de la mortalité de 33 à 8,6 pour 1000 naissances vivantes (15). Ces réductions du taux de décès maternel pourraient être attribuées à l'utilisation du partogramme. Samake D. au CSRéf de la CVI de Bamako en 2016 avait trouvé un taux d'utilisation des partogrammes à 100% parmi lesquelles 90% étaient incomplètement remplis (16). Les raisons les plus couramment évoquées par les prestataires comme les causes de l'insuffisance de remplissage du partogramme furent : nombre élevé de supports à remplir, nombre élevé de parturientes et l'insuffisance du nombre de sage-femme de garde. A la différence du CSRéf de la CVI qui est urbain, les centres communautaires dans la région de Koulikoro qui sont situés en milieu rural présentent moins d'avantage du point de vue équipement et de la disponibilité des ressources humaines. Face à cela, nous avons jugé nécessaire de mener une étude sur la qualité des services de santé maternelle pour identifier et comprendre les problèmes liés à l'utilisation du partogramme dans la région de Koulikoro.

QUESTION DE RECHERCHE :

Les Cscm utilisent-ils les normes et les standards par rapport à l'utilisation du partogramme dans les districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et koulikoro dans la région de koulikoro?

II- OBJECTIFS

Objectif général :

Évaluer la qualité des services de soins de santé maternelle dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Kolokani, Koulikoro et Dioila dans la région de Koulikoro.

Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil des prestataires de soins de santé maternelle dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro.
- Déterminer la fréquence de complétude du partographe dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro au Mali.
- Décrire le pronostic materno-fœtal des accouchements effectués dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro au Mali.

III- GENERALITES

Fonctionnalité

Santé communautaire :

Selon (Canada), la santé communautaire est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires.

ASACO :

Peut être définie comme une structure associative dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé.

CSCOM :

Le centre de santé communautaire (CSCOM) se définit comme : la formation sanitaire de premier niveau créé sur la base de l'engagement définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ces problèmes de santé.

Notion d'aire de santé :

L'aire de santé est une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) à dix milles (10000) habitants et formant la zone d'intervention d'un centre de santé communautaire. Les aires de santé doivent tenir compte, dans la mesure du possible, du découpage communal. Toutefois, dans les cas où une aire de santé couvre les localités de deux (2) ou de plusieurs communes, elle sera gérée selon les principes de l'intercommunalité telle que prévue dans le code des collectivités territoriales.

Le district sanitaire :

Le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un

certain nombre d'aire de santé. Le district sanitaire correspond au cercle ou à une commune urbaine de Bamako.

La carte sanitaire :

Elle consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé. Sa vocation est de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la démarche de santé. Elle détermine les limites des secteurs sanitaires constitués d'aires de santé.

Elle détermine également la nature et l'importance des installations, des équipements et des activités soumis à la planification.

Processus de mise en place du CSCOM :

La mise en place d'un CSCOM passe par le processus suivant :

Constitution de l'ASACO :

Il s'agit de l'élaboration du statut, du règlement intérieur et la reconnaissance de l'ASACO par le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales.

Étude : Étude de milieu, monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire. Approche communautaire, négociation (mise en place du CSCOM) : il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation.

Élaboration du projet du CSCOM :

Engagement des différents partenaires (État et/ou ONG). Obtention de l'agrément, Signature de la CAM (convention d'assistance mutuelle) avec l'État.

Le cadre de cette convention d'assistance mutuelle est défini par l'Arrêté interministériel n°94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 modifié depuis environ 5 ans par l'Arrêté interministériel n°314 dont les articles 3 et 10 stipulent :

Article 3 : « le CSCOM est une formation sanitaire de 1er niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé »

Article 10 : « l'ASACO doit signer une convention avec le Ministère de la Santé Publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCOM. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'état et de l'ASACO.

Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du CSCOM par rapport au Centre de Santé de Référence. L'ASACO peut être donc définie comme la structure dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses problèmes de santé. Les engagements de cette convention d'assistance mutuelle sont les suivants (15).

Pour l'ASACO :

- Assurer à la place de l'état, un service public minimum : le paquet minimum d'activité (PMA) ;
- Participer au coût de construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM, l'entretien de l'infrastructure,
- Fournir au service socio sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;
- Déclarer officiellement le personnel ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ; Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio sanitaire de cercle ou de commune.

Organes de gestions

Le fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO : Selon les textes régissant les ASACO, elles doivent être dotées des structures dirigeantes suivantes :

- ✓ **L'Assemblée générale (AG)** : elle est appelée aussi assemblée des membres adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé ;
- ✓ **Le conseil d'administration (CA)** : Est l'organe d'exécution des décisions de l'AG.
- ✓ **Le comité de gestion (CG)** : Est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du centre de santé.
- ✓ **Le comité de surveillance (CS)** : il est chargé de la surveillance des activités du CG.

Toute ASACO dotée de ces organes peut créer son centre de santé communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire.

Les ASACO se sont organisées en : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM)

Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM).

Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM).

Pour l'État :

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale) ;
- Contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Contribuer à l'équipement ;
- Renouveler le gros matériel médical ;
- Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;

- Assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;
- Assurer la formation technique du personnel ;
- Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (paquet minimum d'activités) ;
- Mener une supervision technique périodique du CSCOM.

Quelques activités et indicateurs

❖ Le paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activité intégrée de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres du traitement des maladies courantes, de la consultation prénatale et post-natale avec accouchement et vaccination (15).

❖ L'évacuation :

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement.

Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

❖ Grossesse :

C'est l'état de la femme, qui porte en son sein l'embryon ou le fœtus, commençant, avec la fécondation et se terminant avec l'accouchement. Notons la possibilité des grossesses multiples et ectopiques, dans tous les cas le diagnostic est clinique, radiologique ou biologique (17).

❖ Soins prénatals recentrés :

Ils mettent l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que :

- Les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en voie de développement, elles sont souvent difficiles à réaliser du point de vue logistique et financier.
- Beaucoup de femmes identifiées comme étant [à haut risque] ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être à faible risque peuvent en développer.

L'accouchement :

Après neuf mois de vie intra utérine, le fœtus se sépare de l'organisme maternel. Ce phénomène physiologique aboutit à la formation du fœtus. Il se nomme accouchement ou parturition. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments

- * la filière osseuse et les parties molles,
- * l'utérus,
- * le fœtus

Soins du nouveau-né :

Juste après l'expulsion du fœtus, les mucosités de la bouche et du nez sont aspirées avec une poire. Deux (2) ligatures (nœuds) sont faits au niveau du cordon. La section du cordon entre ces deux nœuds va permettre de séparer le fœtus de sa maman. Le nouveau-né est recueilli dans un linge propre, séché immédiatement et mis au contact avec le ventre de sa mère et couvert avec une couverture propre et chaude. Son examen permet d'évaluer le score de Virginia Apgar à la première minute et à la dixième minute et certains paramètres du fœtus tels que : le poids, la taille, le périmètre crânien et le périmètre thoracique. Lorsqu'il y a une anomalie dans ces paramètres, il sera adressé à un pédiatre.

❖ Partogramme :

Il est un outil de surveillance du travail dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et

prénatale. **Le partogramme** est la courbe de dilatation du col utérin. Il sert le système d'alarme précoce (17).

Le partogramme ne doit donc pas être considéré comme un registre statistique mais peut constituer un document médico-légal en cas d'anomalies dans l'évolution du travail. IL permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant entraver le bon déroulement de l'accouchement. **Le partographe** est un outil sur lequel sont notés la dilatation du col et les éléments de surveillance de la mère et du fœtus (17).

HISTORIQUE :

Dans le monde l'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est apparemment développée à partir des publications de FRIEDMAN en 1954. FRIEDMAN EA (18) souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple, objective et reproductible. Il a choisi d'étudier les modifications du col utérin chez un grand nombre de femmes aux États-Unis d'Amérique. Après cette étude, il a établi le schéma d'une dilatation normale du col (fig1)

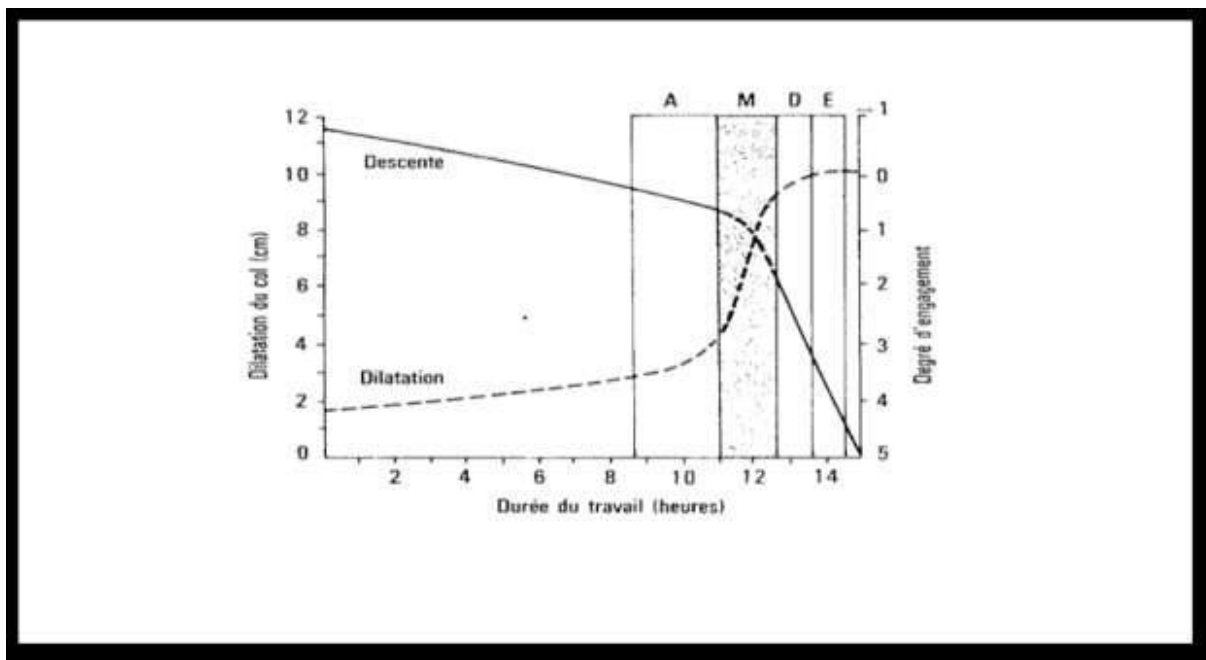


Fig. 2. Les différents temps du travail d'après FRIEDMAN (18).

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

La phase, dite de latence, correspond à l'effacement du col et à sa dilatation jusqu'à 3 centimètres. Elle dure de 8 à 10 heures pour une primipare, et de 5 à 6 heures pour une multipare. Cette phase se poursuit par la phase active, plus rapide, conduisant à la dilatation complète. Elle dure 5 heures \pm 3 heures pour une primipare et 2 heures 30 \pm 1 h 30 pour une multipare. Cette phase active se divise en deux périodes : une phase d'accélération où la vitesse de la dilatation est maximale, et une phase de décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète. Ces différentes phases sont objectivées par une courbe d'allure sigmoïde, représentant la dilatation du col (en centimètre) selon la durée du travail (en heures) (fig. 2). Cette courbe, appelée cervicographe, prendra ultérieurement le nom de partogramme

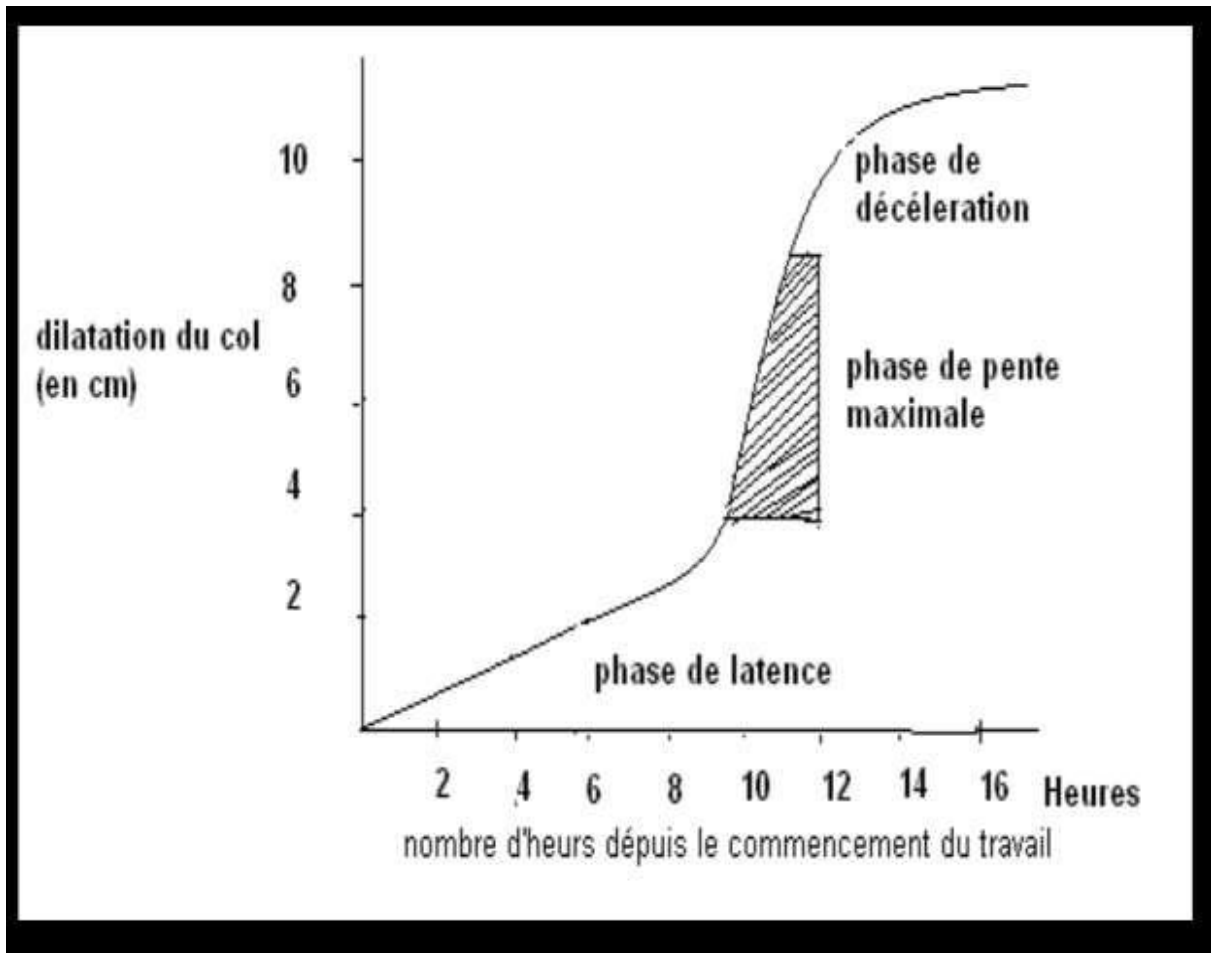


Fig. 3. Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale (18).

Cependant, l'existence de cette phase d'inertie fut ultérieurement contestée par HENDRICKS et al (19) qui ont apporté des conclusions légèrement différentes. Le ralentissement pourrait être un artefact lié au mode de présentation et en particulier aux présentations postérieures : si la phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie de travail. La dilatation du col commence souvent dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1cm à plus de 2 cm, trois jours avant le travail. Il y a peu de différence entre la primipare (1,8 cm) et la multipare (2,2 cm). A la dilatation de fin de grossesse succède une dilatation du pré travail, tout à fait au début du travail : 2,5 cm chez la nullipare et 3,5 cm chez la multipare. En effet, HENDRICKS rejoint FRIEDMAN sur

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

Dans le cas contraire, une correction adaptée à la cause doit être appliquée. LACOMME, en 1960, (20) utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend, outre la dilatation cervicale et la progression fœtale dans la cavité pelvienne, des éléments de surveillance materno-fœtale. Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble de modifications observées, lors des examens successifs. PHILOPOTT (21) en Rhodésie en 1972, cherche à établir des consignes précises de conduite du travail, destinées au personnel peu nombreux et moins qualifié des centres maternels de santé. Son objectif est de dépister précocement les disproportions fœtaux-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers monde. Ces anomalies du travail sont mises en évidence sur le partogramme, par l'intermédiaire de deux lignes croisant la ligne de dilatation cervicale. Une première d'alerte a pour but de signaler aux professionnels les anomalies du travail. La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la première mais décalée de 4 heures sur le partogramme, impose une intervention immédiate (fig. 3)

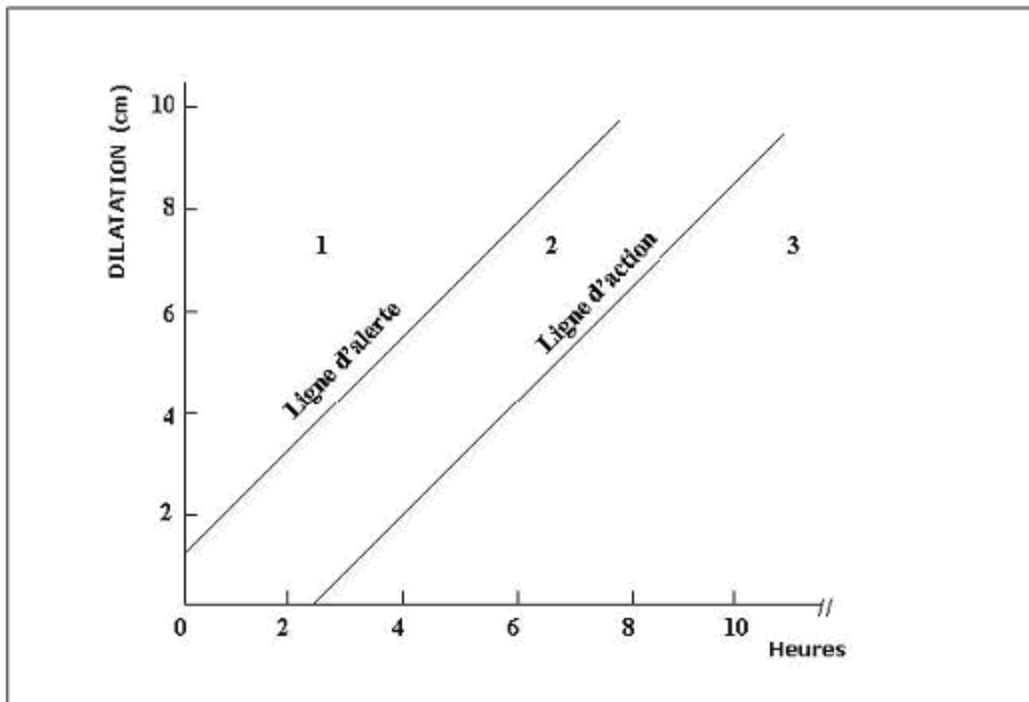


Fig.4. partogramme à deux lignes pour la primipare (19).

Ces travaux de PhilloPott, ont largement inspiré l’OMS pour mettre en place son programme de santé maternelle. Ce modèle de partogramme est aujourd’hui très répandu dans les pays du tiers monde. O’Driscoll, (22) à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l’unique ligne d’alerte se superpose à la dilatation de référence de 1 cm par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

3. Partogramme modifié de l’OMS :

a. Principe : Mis en œuvre dans les pays développés, il est promu par l’OMS à la suite d’un séminaire de l’Unité de Santé Maternelle et Infantile tenu à Genève du 06 au 08 avril 1988. Le modèle de l’OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plupart des travaux publiés sur le partogramme et sur leur conception. Il correspond par certains côtés à un compromis synthétisé et simplifié

qui empreinte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur (19). Il est fondé sur plusieurs principes.

b. Les éléments de surveillance du fœtus : Le rythme cardiaque (à l'auscultation), l'aspect du liquide amniotique (à l'inspection), l'absence ou non de déformation crânienne (au toucher vaginal). c. les éléments de surveillance de la mère :

Le pouls maternel, la tension artérielle (TA), La température (à surveiller toutes les heures si la parturiente présente une hyperthermie. Par contre quelle que soit la température initiale, celle-ci doit être reprise toutes les 4 heures), l'albumine dans les urines, le comportement.

d. Remplissage du partogramme :

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

LA : marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque touché vaginale.

I : membranes intactes

C : LA clair

M : LA méconial

S : LA sanguinolent



F : LA fétide

RAM : rupture artificiel des membranes

RSM : rupture spontanée des membranes

- Modelage de la tête :
- 1=os du crâne apposé
- 2=chevauchement réductible des os
- 3=chevauchement irréductible des os
- Contractions utérines : appréciées toutes les 30 minutes ; palper le nombre de CU en 10 minutes et mesurer leur durée en secondes :

Inférieure à 20 secondes = 

Entre 20 et 40 secondes = 


Plus de 40 secondes =

- Ocytocine : En cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion en gouttes par minutes toutes les 30 minutes.
- Pouls : compter le pouls toutes les 30 minutes et marquer par un point (.)
- TA : prendre toutes les 4 heures et marquer par une flèche.
- Température : la prendre toutes les 2 heures et marquer
- Protéinurie, Acétonurie, Glycosurie et volume des urines : marquer à chaque émission d'urines.

Fig.5.PARTOGRAMME DE L'OMS :

Nom	Geste	Parité	Numéro de l'hôpital
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heures
Bruits du cœur fetal			
Liquide amniotique Chevauchement			
Col (cm) [Tracer un X]			
Descente de la tête [Tracer un O]			
Contractions par 10 minutes			
Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute			
Médicaments prescrits et liquides IV			
Pouls et TA			
Temp en C°			
Urine { protéinurie cétone volume			



e. Règles d'OR :

Avant de commencer le partogramme, vérifier qu'il n'y a aucune complication de la grossesse et/ou du travail nécessitant une intervention immédiate. Le tracé de la dilatation commence quand la parturiente est en phase active du travail (dilatation égale ou supérieure à 4cm). En phase active la dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure. La 1ère croix de la dilatation doit être portée sur la ligne d'alerte, noter ensuite l'heure et les autres paramètres sur la même verticale ou dans la case juste à droite. Lorsque les croix de la dilatation sont sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci : la dilatation progresse normalement. Lorsque les croix de la dilatation sont dans la zone 2, attention vous devez réévaluer votre parturiente (les 3 « p »), danger à l'horizon. Lorsque les croix sont sur la ligne d'action ou dans la zone 3, le danger est là, une action doit être prise en urgence. La dilatation du col est importante mais n'est pas le seul élément du partogramme, tenez compte des autres paramètres et menez une action dès qu'il y a une anomalie. La dilatation stationnaire est le reflet d'une anomalie que l'on doit rechercher et prendre en charge. Ce n'est pas une cause mais une conséquence, l'évaluation des « 3 P » permet de trouver la cause.

LES « 3P » Dans le mécanisme de l'accouchement vont intervenir :

- Un mobile représenté par le fœtus : le passager
- Une force motrice représentée par les contractions utérines : la puissance contractile
- Des obstacles à franchir représentés par le col utérin et le bassin : le passage.

Le mécanisme de l'accouchement ne sera possible que si:

- Le mobile est normal en forme et en volume et s'adapte au canal pelvien
- La contraction utérine est efficace
- Le col se laisse dilater

□ Le canal pelvien est de forme et de dimensions normales

4. PARTOGRAMME DU MALI :

a. 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. En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement. Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mis au point à la maternité du quartier Mali en collaboration avec université de Rochester (New York, Etat Unis) fut introduite dans les maternités de 1er échelon de Bamako. En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité' maternelle et infantile. L'une des approches de ce programme a été l'introduction du partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme. Une révision des outils de travail s'imposait donc.

b. Principes :

□ Durée :

- phase de latence : du début du travail (0 cm) à 3cm, sa durée maximum est de 8heures.

- Phase active : de 4cm à 10cm, sa durée maximum est de 6heures.

- Phase expulsive : de 10cm à l'expulsion, sa durée maximum est de 45mm. Le travail d'accouchement normal ne doit pas atteindre 14 heures.

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

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

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

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

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

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

c. Remplissage :

Renseignements généraux sur la parturiente

□ Le partographe regroupe les éléments indispensables à la surveillance d'une parturiente

□ Les éléments de surveillance du fœtus.

□ Les éléments de surveillance de la dynamique du travail de l'accouchement.

□ Les éléments de surveillance de la mère.

□ Ces éléments doivent être répétés pendant le travail.

□ Les éléments de surveillance du fœtus. Le rythme cardiaque (à l'auscultation)
L'aspect du liquide amniotique (à l'inspection) L'absence ou non de déformation crânienne au toucher vaginal.

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

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

*I= membranes intactes

*c= LA clair

*M= LA méconial

*S= LA sanguinolent

*RAM : rupture artificiel des membranes

*RSM : rupture spontanée des membranes

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

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

Dilatation du col :

Évaluer à chaque TV et marquer par une croix.

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

Dilatation du col :

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

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

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

L'engagement apprécie la descente.

Médicaments administrés :

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

Fig.6 : Partogramme du Mali

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / ZONE SANITAIRE
 Région / District de : _____ Cercle / Zone sanitaire de : _____
 Commune de : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
 Nom de la Femme : _____ Adresse : _____
 Quartier : _____ Antécédents : _____
 Entrée à la maternité Date : ____ / ____ / 20____ Hôpital : _____ h _____ Min _____
 Motif : _____
 Début du travail Date : ____ / ____ / 20____ Heures : _____ h _____ min _____

Risque	Normal	Alerte	Ref/Evacuation
Taille	Pas > 150 cm		< 150 cm
Hémorragie	NON		OUI
A terme	OUI	28-32 SA	
CPN	Non	NON	Gross à risque
Césarienne dernier accouché	NON		OUI
Présentation	Sommet	Sigéface	Epaule/iori
Dernier enfant	Vivant	Mort-né	

Ser examen	Valeur	Normal	Alerte	Ref/Evacuation
TA		< 14/11	entre 14/11 et 16/12	> 16/11
Poids		< 100	> 100	
T		< 37 °	38°	> 38°
HU		< 30 cm	30 cm	> 30 cm
BCF		120-180/mn	50-120/mn > 180/mn	> 180/mn
Contractions		11/5 mn	< 11/5 mn	> 11/2 mn (on début de travail)
PDE		intacte ou presque LI	Liq. ténu	Rompue 12H

Autres facteur de risque

Phase active

Phase de latence

Accouchement				APGAR					
				1 mn		5 mn			
				1	2	3	1	2	3
Nom de l'accouché(e) : _____				Poids/BC*					
Date : ____ / ____ / 20____				Heure : h ____ min ____		Heure : h ____ min ____			
Normal				Alerte		Référence			
Expulsion < 45 mn				Dysloque		Expulsion > 45 mn			
Traitement / Soins						TOTAL			

Heures																			
TA																			
BCF																			
Contraction Fréquence																			
PDE																			
Engagement																			
Poids																			
Température																			
Traitement																			

* BC : Battement cardiaque

DELIVRANCE DATE: _____ HEURE: _____

Type: Naturelle Active Artificielle Révision utérine

PLACENTA: Complet Incomplet Adhérent Poids

Référence/Evacué: Oui → Si Oui, Motif et structure vers laquelle se fait la référence/évaluation _____
 Non

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT (LA MINUTE QUI SUIT) APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				30° et plus Hyperthermie = 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec trogne acétonique				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															

N = Nouveau né

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

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT

NOM DE L'AGENT															
Paramètres	Valeurs			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36°5 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				30° et plus Hyperthermie = 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec trogne acétonique				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Multimétrie				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour téter			
Traitement/Soins															
Taie															
Prémétrie Crânién															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT

Temps après accouchement	Paramètres	1 heure			2 heures		
		Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement		Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécrétion		Oui	Utérus mou	Non	Oui	Utérus mou	Non
Poids		moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA		moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	>14/9
Température		37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement							

RESULTATS DE LA MERE	Résultats N 1	MIF	Résultats N 2	MIF	Résultats N 3	MIF
Vivante <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Mort-né <input type="checkbox"/>
Référence <input type="checkbox"/>	Référence <input type="checkbox"/>		Référence <input type="checkbox"/>		Référence <input type="checkbox"/>	
Date: / / 20	Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min	Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause: _____	Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	
Decédée <input type="checkbox"/>	Decède <input type="checkbox"/>		Decède <input type="checkbox"/>		Decède <input type="checkbox"/>	
Date: / / 20	Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: h min	Heure: h min		Heure: h min		Heure: h min	
Cause: _____	Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	

Administration de la Vitamine A à la mère: Oui Non

5. DIFFERENCE ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES (celui préconisé par l'OMS et celui utilisé au Mali) :

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

□ Plus simple d'utilisation :

- Bruit du cœur fœtal : Pour le contrôle du rythme cardiaque fœtal, notre partogramme présente une seule ligne de carreaux où l'on peut mettre tous les chiffres.

Le partogramme de l'OMS, par contre, a huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que les BCF allant de 100 à 180 bat/min.

- Toucher vaginal : Le partogramme de l'OMS préconise un toucher chaque heure dans la phase de latence. Le nôtre prévoit un toucher vaginal toutes les deux heures dans la phase de latence.

- Rythme des contractions utérines et Tension Artérielle :

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

□ Plus riche en renseignement Nous pouvons recueillir, dans notre partogramme des renseignements sur la provenance des parturientes (région, cercle, ou commune). Cela n'existe pas dans le partogramme de l'OMS ; il y a là tout juste le numéro de l'hôpital.

- Les risques à l'entrée de la parturiente : Il n'existe pas dans le partogramme de l'OMS de chapitre réservé à cet effet. Il est à noter que dans d'autres chapitres

importants, manquent dans le partogramme préconisé par l’OMS (chapitre du suivi des nouveaux nés, la mère dans les premières heures après l’accouchement et celui de la délivrance).

L’information, l’éducation et la communication en santé (IEC) :

C’est un ensemble de moyens et de méthodes utilisés pour informer et sensibiliser le ou les groupes de populations, appelés groupes cibles, sur certains phénomènes et événements de santé, en vue d’obtenir un changement durable des attitudes ou des comportements.

❖ La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d’arriver à l’équilibre le plus favorable de risques et bénéfices.

Selon l’OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu’elles sont sans risque, d’un coup abordable pour la société en question, et susceptible d’avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition. C’est l’aptitude d’un produit ou d’un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximum la perception de l’offre et en minimisant les défauts ou les erreurs (14): ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

L’évaluation :

L’évaluation est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d’action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

❖ **La qualité**

La qualité est l'état caractéristique d'un service ou d'une activité par rapport aux normes, critères ou attentes préétablis. Dans notre étude, nous considérons la qualité comme la mesure dans laquelle les ressources disponibles et les services offerts répondent à des normes préétablies.

Le temps d'attente

C'est la durée que met une femme enceinte dans la file d'attente avant d'être reçue par l'agent de santé.

La norme

C'est un énoncé qui fixe une performance souhaitable ou possible, lequel sert de référence pour évaluer les gestes et pratiques.

C'est un "repère" qui correspond au niveau souhaité d'excellence et qui sert à évaluer les résultats. En tant que telles, les normes deviennent des modèles à imiter et peuvent ne servir de points de comparaison.

Les utilisatrices :

Il s'agit des femmes enceintes qui fréquentent les maternités pour le suivi de leurs grossesses

La mortalité maternelle :

Le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (12).

❖ **Le taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 1000000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100000 femmes en âge de procréer (12).

La satisfaction des utilisatrices :

Il s'agit d'un jugement de valeur que portent les utilisatrices (femmes enceintes) sur les prestations de la consultation prénatale qu'elles ont reçues de la part des agents de santé.

IV- MÉTHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Dioïla, Kolokani, et Koulikoro dans la région de Koulikoro.

La région de Koulikoro a été choisie à cause de ses indicateurs élevés de mortalité et de morbidité périnatales ; ces districts ont aussi été choisis pour des raisons administratives et logistiques ; la Croix Rouge Malienne a une forte présence dans la zone à cause des projets impliquant le renforcement des capacités des Agents de Santé Communautaires et des volontaires des activités relatives à la SMNE.

La Région de Koulikoro est la deuxième région la plus occidentale du Mali. Elle couvre une superficie de 90,120 km² avec une population estimée en 2009 à 2 418 305 et une densité de 26.83 habitants par km². Le taux de naissance du Mali est estimé à 42.91 pour 1000 habitants (Banque Mondiale 2015) et la région de Koulikoro a un taux de mortalité périnatale estimé à 30 pour 1000 des naissances avec 49% des naissances survenant au niveau des Ccsom (CRC HHS 2016).

La région de Koulikoro est divisée en sept cercles: Kati, Kangaba, Koulikoro, Kolokani, Nara, Banamba et Dioïla.

Tableau 1: Profil des Districts de l'Etude

Districts	Totale Population	Total No. de Ménages	Urbain	Rural	Femmes 15-49 ans	Total CSCo ms	***To tal ASCs	**Nombr e Total de Naissance s Médicalis ées 2016
Dioïla	488,937	75,028	-	488,937	101,150	24	118	8058
Koulikoro	210,611	33,068	41,602	169,009	44,390	21	75	5987
Banamba	191,005	28,278	-	191,005	37,850	18	76	6510
Kolokani	232,500	32,619	-	232,500	49,910	22	70	8486
Total	1,123,053	168,993	41,602	1,081,451	233, 300	85	339	29041

*4eme Recensement Général de la Population et de l'Habitat General du Mali (RGPH), Novembre 2011

** Ministère de la Santé, Mali

2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale pour évaluer la qualité des soins de santé maternels à travers l'utilisation du partographe dans les centres de santé communautaires des districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro. Cette enquête a permis de collecter les données des partographes disponibles dans les centres de santé communautaires dans les districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro.

Les centres de santé communautaire(Cscm) sont des établissements de santé de premier niveau dans la pyramide sanitaire du Mali. Ils ont la vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et fournir le paquet

minimum d'activités (PMA). A cet effet, ils sont chargés : de fournir des prestations curatives, d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI, d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication), de développer des activités de soins préventifs (vaccination, santé maternelle infantile, planning familial, éducation pour la santé).

3. Période d'étude :

L'étude a concerné les parturientes qui ont été reçues dans les centres de santé communautaire qui ont bénéficié le partographe alors de l'accouchement du 1^{er} au 30 en janvier 2019 dans les quatre districts sanitaires.

4. Population d'étude :

Les femmes ayant accouchés au centre de santé communautaire des quatre districts sanitaires pendant la période d'étude

5. Les critères d'inclusion :

Tous les Cscm dispensant des soins obstétricaux avec au moins un prestataire de soins de santé formé à la prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement, aux soins essentiels aux nouveau-nés et à la consultation post natale dans les districts sanitaires de Koulikoro, Kolokani, Banamba et [Dioila](#) dans la région de Koulikoro ont été inclus dans cette étude.

6. Les critères de non inclusion

-Les femmes qui ont accouché hors des centres de santé communautaires;
Les femmes non consentantes ;

Les femmes qui ont été admises pour un avortement précoce ou tardif.
Tout prestataire non consentant ou absent au centre de santé communautaires au moment de la collecte des données.

7. Échantillonnage :

Nous avons estimé à une moyenne de 32 accouchements par mois et par Cscm. Ainsi dans les 84 Cscm au niveau des quatre districts sanitaires, nous nous attendions à avoir 2688 accouchements si et seulement si à chaque accouchement, un partographe a été utilisé. Pour collecter des informations dans au moins 90 % des accouchements assistés, nous avons eu besoin d'avoir 2419 accouchements avec partographe.

8. Collecte des données :

8.1. Technique de collecte des données :

La collecte des données a concerné les données des accouchements effectués au Cscm où un partographe a été utilisé. Les informations contenues dans ces partographe disponibles au niveau des Cscm au moment de la visite (phases de l'accouchement, l'issue de la grossesse, références maternelles et néonatales, facteurs de risques de comorbidité) en janvier 2019 ont été collectées par l'utilisation d'un outil de collecte électronique de données (ODK installé sur une tablette électronique de type Samsung). Les informations collectées ont été envoyées dans un serveur puis extraites sous forme de fichier Excel. Les données ont été nettoyées pour éliminer les doublons, les enregistrements avec des données manquantes.

8.2. Variables et méthodes d'exploration :

Nous avons pris en compte les :

- Variable concernant le niveau de protection de la grossesse : réalisation de CPN.
- Variables concernant la qualité de l'utilisation du partogramme : Nom et qualification du prestataire ayant tenu le partogramme, notation des paramètres cliniques maternelles (Taille, tension artérielle, température, hauteur utérine), fœtale (type de présentation,) et du nouveau-né (, taille, poids).

- Variables concernant les facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail : antécédents obstétricaux (antécédent de césarienne), taille, etc.

-Variables concernant les priorités en matière de prévention du risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale : résultat de l'analyse de la qualité de surveillance de la grossesse par le personnel et des femmes enceintes, résultat de l'analyse de la qualité de l'utilisation du partogramme, résultat de l'analyse des valeurs intrinsèques, résultat de l'identification des facteurs de risque chez les parturientes ayant présenté une anomalie au cours du travail, résultat de l'analyse des facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

9. Traitement et Analyse des données :

Les données ont été analysées par le logiciel STATA version 15.0 et présentées sous forme de tableaux de fréquence et des tableaux croisés. Le test de Khi 2 a été utilisé pour la comparaison de proportions

10. Considérations éthiques et de déontologie :

Après avoir eu l'approbation du comité d'éthique, les autorisations du ministère de la santé, de la direction régionale de la santé de Koulikoro et des différents districts sanitaires ont été nécessaires pour l'enrôlement des Cscm dispensant des soins obstétricaux et le consentement du Directeur.

Consentement éclairé des patientes :

- Les femmes ont été incluses seulement après l'obtention du consentement éclairé, traduit en langue locale pour une meilleure compréhension du protocole.

Dans les cas où la femme n'était pas en mesure de donner son consentement (travail avancé, problème mental ou non consciente cliniquement) nous avons attendu la fin de l'accouchement dans le premier cas et dans les autres cas, nous avons demandé le consentement de l'accompagnateur. Le consentement

expliquerait le but de l'étude, les risques et bénéfices et aussi la possibilité de retrait volontaire de la participante à tout moment sans porter préjudice à sa prise en charge conformément aux procédures des services de santé de la reproduction élaborées par le ministère de la santé au Mali. Le refus d'une femme de participer à l'étude n'a entraîné aucune conséquence néfaste lors de sa prise en charge.

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

-Confidentialité : La confidentialité et l'anonymat ont été respecté dans notre étude.

V- RESULTATS :

Notre étude s'est déroulée en janvier 2019 dans les quatre districts sanitaires à savoir : koulikoro, Banamba, Dioila et kolokani dans la région de koulikoro. Nous avons mené une étude transversale avec des questions pour évaluer l'utilisation du partographe dans les centres de santé communautaires des quatre districts. Il ressort de notre étude que dans les Cscm des quatre districts sanitaires la moitié des accouchements ont été effectués par les matrones, le taux de remplissage du partographe complètement rempli a représenté 43,02%; 72,10% des cas les parthographe étaient complètement remplis à l'admission et au moment de la surveillance du travail; 75,86 % des cas les partographe étaient complètement remplis au moment de la dilatation; 75,24% des cas les partographe complètement remplis juste après la naissance et 71,16% des cas les partographe étaient complètement remplis. Les facteurs fréquemment rencontrés sont : 93,42% des cas les femmes avaient une taille supérieure 150cm, les femmes avaient un antécédent d'hémorragie 46,82% des cas, les femmes avaient un antécédent de césarienne 37,62% des cas et la CPN a été évaluée dans 89,34% des cas. Environ 84% des cas les accouchements ont été des accouchements actifs par la gestion active de la troisième phase du travail.

Figure 1 : répartition des Cscm enquêtés par district sanitaire.

Cette figure nous prouve qu'un peu plus du tiers des Cscm enquêtés provenaient du district sanitaire de Koulikoro, un peu moins du tiers des Cscm provenaient du district sanitaire de Dioila, moins du quart provenaient de Koulikoro et moins d'un sixième provenaient du district sanitaire de Koulikoro

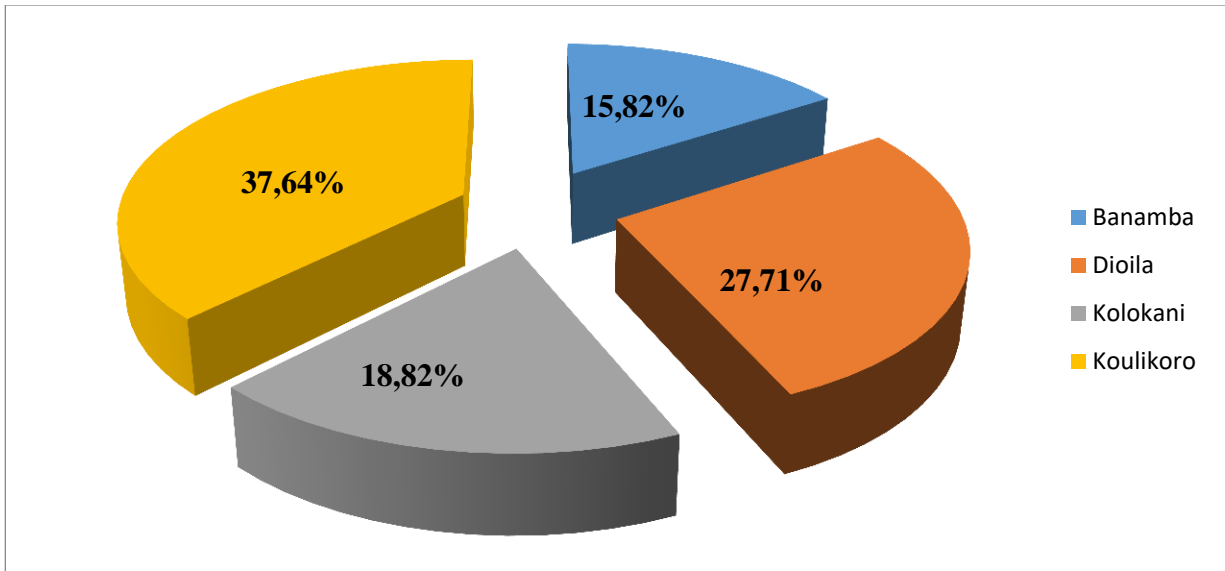


Figure 2 : répartition des partographes par district sanitaire.

Cette figure nous dénote que dans notre échantillon, plus du tiers des partographes provenaient du district sanitaire de Koulikoro, un peu plus du quart des partographes provenaient du district sanitaire de Dioila. Environ un peu plus d'un sixième provenait du district sanitaire de Kolokani et un peu moins du district sanitaire de Banamba.

1. Le profil des prestataires

Tableau 2 : Répartition des participants selon le prestataire ayant assisté à l'accouchement dans les Cscm des quatre districts sanitaires Koulikoro, Dioila, Banamba et Kolokani.

Personnel assiste accouchement	n	%
Matrone	485	50,68
Infirmière-obstétricienne	327	34,17
Sage-femme	125	13,06
Infirmière	4	0,42
Autre	15	1,57
Infirmière auxiliaire	1	0,10
Total	957	100

❖ Autres : élèves, et Médecins

Dans les Cscm des quatre districts sanitaires (Koulikoro, Dioila, Banamba et Kolokani) la moitié des accouchements ont été effectués par les matrones et dans un peu plus du tiers des cas par les infirmières obstétriciennes.

Dans moins du quart des cas les accouchements sont effectués par les sages-femmes.

2. Fréquence de complétude du partographe :

Tableau 3 : Qualité de remplissage du partograhe dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Qualité de remplissage	N	%
Partographe		
Complètement rempli	416	43,02
Partiellement rempli	541	55,95
Non rempli	10	1,03
A l'admission et au moment de la surveillance du travail		
Complètement rempli	690	72,10
Non rempli	223	23,30
Partiellement rempli	44	4,60
Au moment de la dilatation du col		
Complètement rempli	726	75,86
Non rempli	224	23,41
Partiellement rempli	7	0,73
Juste après la naissance		
Complètement rempli	720	75,24
Partiellement rempli	217	22,68
Non rempli	20	2,09
Fiche de surveillance du post partum		
Complètement rempli	681	71,16
Partiellement rempli	216	22,27
Non rempli	60	6,27

Ce tableau nous renseigne qu'un peu plus de la moitié des partographe étaient partiellement remplis. Moins de trois quarts des partographe à l'admission et au

moment de la surveillance étaient complètement remplis. Dans environ trois quarts des cas, le partogramme était complètement rempli et non rempli dans moins d'un quart au moment de la dilatation du col. Dans trois quarts des cas, la partie du partographe juste après la naissance était complètement remplie et moins d'un quart, la partie juste après la naissance des partographe était non remplie. Moins de trois quarts des fiches de surveillance du post partum étaient complètement remplies.

Tableau 4 : *Qualité de remplissage du partographe par district sanitaire : Koulikoro, Dioila, Banamba et Kolokani.*

Partographe	koulikoro		Banamba		Dioila		Kolokani	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Complètement rempli	209	57,42	153	100	15	5,60	39	21,42
Partiellement rempli	153	42,03	0	0	253	94,40	135	74,18
Non rempli	2	0,55	0	0	0	0	8	4,40
Total	364	100	153	100	268	100	182	100

Ce tableau nous montre qu'un peu plus de la moitié des partographe étaient complètement remplis à Koulikoro, cent pour cent des partographe étaient complètement remplis à Banamba ; environ la totalité des partographe étaient partiellement remplis à Dioila et trois quarts des partographe étaient partiellement remplis à Kolokani.

Tableau 5 : Répartition en fonction de l'évaluation de la qualité de remplissage des paramètres de la fiche de surveillance du post partum dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Partographe	Complètement rempli		Partiellement rempli		Non rempli	
	n	%	n	%	n	%
Globe de sécurité	838	93,42	3	0,34	56	6,24
Saignement vaginal	835	93,09	57	6,35	2	0,22
Température	840	93,65	55	6,13	2	0,22
Pression artérielle	838	93,42	57	6,36	2	0,22
Pouls	837	93,31	56	6,24	4	0,45

Ce tableau nous renseigne qu'environ 93% des paramètres de la fiche de surveillance du post partum étaient complètement remplis dans les quatre districts.

Tableau 6 : Répartition selon la phase d'utilisation du partogramme dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Phase démarrage du partogramme	n	%
Phase active $\geq 4\text{cm}$	709	98,34
Non précisé	9	1,25
Phase latence $\leq 3\text{cm}$	3	0,42
Total	721	100

Ce tableau nous illustre que la majorité des partogrammes ont été ouverts pendant la phase active du travail d'accouchement et une faible proportion des partogrammes ont été utilisés à la phase de latence.

Tableau 7 : Répartition en fonction des facteurs de risque avant l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Taille	n	%
> 150cm	894	93,42
≤150cm	4	0,42
Non évalué	59	6,16
Terme de la grossesse évalué		
Oui	898	93,83
28 – 32 SA	2	0,21
Non évaluée	57	5,96
Hémorragie		
Non	455	47,54
Oui	448	46,82
Non évalué	54	5,64
Césarienne		
Non	541	56,53
Oui	360	37,62
Non évalué	58	5,85
CPN		
Non	27	2,82
Oui	855	89,34
Non évalué	75	7,84

La taille des femmes est évaluée dans les districts sanitaires au moment du travail d'accouchement et la majorité des femmes avait une taille supérieure à 150cm. Ce tableau nous illustre que 93,83% des femmes venues au Cscm pour travail d'accouchement étaient à terme de la grossesse.

Ce tableau nous dénote aussi qu'un peu moins de la moitié des femmes avaient des antécédents d'hémorragie comme un facteur de risque, qu'un peu plus de la moitié des femmes n'avaient pas d'antécédent de césarienne au dernier accouchement et plus d'un quart des femmes avaient un antécédent de césarienne au dernier accouchement.

L'évaluation de la CPN réalisée pendant le travail d'accouchement dans les quatre districts sanitaires illustre que 89,34% des femmes avaient réalisé une CPN pendant la grossesse.

Tableau 8 : Répartition selon le nombre de CPN dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Nombre CPN	n	%
Au plus 3	475	55,56
Au moins 4	267	31,23
Pas de CPN	81	9,47
Non évaluée	32	3,74
Total	855	100

Ce tableau illustre que 31, 23% des femmes ont effectué au moins 4 consultations prénatales de la dernière grossesse.

Tableau 9 : Répartition en fonction de l'évaluation de la présentation du fœtus dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

présentation avant accouchement	n	%
Sommet	898	93,84
Non évalué	58	6,06
Siege	1	0,10
Total	957	100

Ce tableau montre que dans 93.84% des cas la présentation était une présentation du sommet.

Tableau 10 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'évaluation du poids du nouveau-né après accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Nouveau-né	n	%
Poids du nouveau-né		
Oui évalué	928	96,97
Non évalué	29	3,03
Mesure du poids		
Normal	905	93,59
Petit poids	62	6,41

Ce tableau montre que le poids du nouveau-né était évalué dans 96.97% des cas après la naissance, le poids du nouveau-né était normal dans 93.59% des cas après la naissance.

3. Pronostic materno-fœtal :

Tableau 11 : Répartition en fonction du pronostic maternel et néonatal après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Pronostic maternel et néonatal	N	%
Pronostic maternel		
Accouché et envoyé à la maison	846	99,53
Accouché et référé	4	0,47
Pronostic du nouveau-né		
Né et envoyé à la maison	844	99,18
Décédé pendant accouchement	4	0,47
Né et référé	3	0,35

Ce tableau illustre que 99.53% des cas les femmes ont accouché et envoyé à la maison, que 99.18 % des cas les nouveau-nés n'ont pas présenté de complications.

Tableau 12 : Répartition des mères selon le saignement anormal et la maîtrise du saignement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Mère saigne anormalement	n	%
Oui	34	4,59
Total	740	100
Saignement mère maîtrisé	n	%
Oui	713	96,35
Total	740	100

Ce tableau montre que dans 95.41% des cas les mères n'ont pas présenté un saignement anormal et dans 96.35% des cas le saignement était maîtrisé chez la mère.

Tableau 13 : Relation entre saignement anormal et la maîtrise saignement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Femme saigne anormalement	Saignement maîtrisé chez mère		Total
	Non	Oui	
Non	24(3,40)	682 (96,60)	706
Oui	3(8,82)	31 (91,18)	34
Total	27	713	740

Pearson chi2(1) =2.7147 p=0.099

Ce tableau illustre que chez les femmes qui saignaient anormalement, ce saignement avait été maîtrisé dans 91%.

4. Fréquence d'utilisation de l'ocytocine et antibiotique :

Tableau 14 : Répartition selon l'utilisation d'ocytocine pendant accouchement et d'antibiotique après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Utilisation médicamenteuse	n	%
utilisation d'ocytocine		
Oui	897	96,56
Non	32	3,44
Antibiothérapie après accouchement		
Oui	1	0,14
Non	739	99,86

Ce tableau nous dénote que l'ocytocine était utilisée dans 96.56% des cas pendant accouchement dans les quatre districts sanitaires et dans 99.86 % des cas l'antibiotique n'est pas utilisé après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires.

Tableau 15 : Répartition en fonction de l'évacuation des femmes et des nouveaux nés dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Évacuation	n	%
Femme évacuée		
Non	731	99,59
Oui	3	0,41
Nouveau-né évacué		
Oui	1	0.14
Non	739	99.86

Ce tableau montre que 99.59%des cas les femmes n'ont pas été évacuées dans les quatre districts sanitaires et dans 99.86% des cas il n'y a pas eu d'évacuation du nouveau-né.

Tableau 16 : Répartition des femmes en fonction du type de délivrance selon la fiche de partographe dans les quatre districts sanitaires Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani.

Type accouchement	n	%
Active	813	84,95
Naturel	79	8,25
Non précisé	50	5,22
Artificiel	13	1,36
Révision utérine	2	0,21
Total	957	100

Ce tableau nous renseigne que 89.64 % des accouchements ont été des accouchements actifs par la gestion active de la troisième phase du travail(GATPA) et 8,25% des accouchements étaient des accouchements naturels dans les quatre districts sanitaires.

Tableau 17 : Répartition selon l'utilisation du formulaire pour le suivi du travail d'accouchement dans les districts sanitaires.

Formulaire utilisé	Koulikoro		Banamba		Dioila		Kolokani	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Oui	330	98,8	152	99,35	268	100	157	99,37
Non	4	1,20	1	0,65	0	0	1	0,63
Total	334	100	153	100	268	100	158	100

Le formulaire pour le suivi du travail est utilisé presque dans 100% des cas pendant le travail d'accouchement dans les quatre districts sanitaires.

VI- DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Notre étude s'est déroulée en janvier 2019 dans les districts sanitaires de Koulikoro, Banamba, Dioila et Kolokani dans la région de Koulikoro.

Nous avons mené une étude transversale des partogrammes disponibles pour apprécier la qualité du service offert par les prestataires dans les centres de santé communautaires des quatre districts.

Qualification du personnel ayant assisté à l'accouchement :

Les données de la littérature montrent des résultats quant à l'assistance de l'accouchement, l'étude réalisée par Samassekou G en 2008 au Cscm de Kalaban Coura trouvait que la moitié des accouchements a été assistée par les matrones et par les sages-femmes (23).

L'étude réalisée par Diouf S et ses collaborateurs au Sénégal en 1999 ont trouvé que les accouchements étaient assistés par les matrones dans 66,50% (7).

L'étude de Diarra M en 1994 en milieu urbain, dans le centre de référence de la commune V du district de Bamako a trouvé que plus de trois quarts des accouchements ont été assistés par les sages-femmes (24) et celle de Coulibaly en 2001 dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du district de Bamako, a trouvé qu'un peu moins de trois quarts des accouchements avaient été effectués par les matrones (1).

Les résultats de notre étude ont révélé que dans les Cscm des quatre districts sanitaires (Koulikoro, Dioila, Banamba et Kolokani), la moitié des accouchements ont été assistés par les matrones.

Nos résultats étaient comparables à ceux de Samassekou G(23) et inférieurs à ceux de Diouf S au Sénégal, de Diarra M dans la maternité du Centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako et de Coulibaly M en 2001

dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du district de Bamako (7) (24) (1) . La différence entre les résultats de notre étude et ceux de Diouf S au Sénégal, de Diarra M pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'était déroulée dans les milieux ruraux.

Les facteurs pendant la grossesse chez les participantes :

Les facteurs évalués dans les partographes sont : les antécédents de césarienne, d'hémorragie, la taille parturientes, évaluation de la consultation prénatale lors du dernier accouchement et le terme de la grossesse.

Des antécédents de césarienne ont été retrouvés chez 5,45% des participants dans l'étude réalisée par Camara S au centre de santé de référence de la commune V en 2007 (25) et chez 0,90% des participantes dans celle réalisée par Dembélé au centre de Commune II de Bamako en 2000 (26). Notre étude a révélé que plus d'un quart des femmes ont un antécédent de césarienne au dernier accouchement. Les résultats de notre étude étaient supérieurs à ceux trouvés par Camara S (25) et par Dembélé (27) .

Les résultats de notre étude ont montré qu'un peu moins de la moitié des femmes ont des antécédents d'hémorragie comme un facteur de risque au dernier accouchement.

Lors de notre revue de littérature, nous avons remarqué que l'antécédent d'hémorragie n'est pas évalué comme un facteur de risque mais elle est recherchée parmi les complications obstétricales et les facteurs de risque fréquemment recherchés sont : l'hypertension, le diabète, la drépanocytose et l'antécédent de césarienne.

Notre étude a trouvé qu'à l'évaluation de la taille des participantes au moment du travail d'accouchement que la majorité des participantes avaient une taille supérieure à 150cm et seulement 0,42% des participantes avaient une taille inférieure à 150 cm.

La proportion de femmes présentant une petite taille dans notre étude était inférieure à celle retrouvée par Talibo A et de Camara S dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (27) (25).

Les services de soins de santé sont importants pour la survie et le bien-être de la mère, des nouveau-nés et des enfants.

L'évaluation de la réalisation de la consultation prénatale (CPN) pendant le travail d'accouchement dans les quatre districts sanitaires illustre que 89,34% des femmes avaient réalisées au moins une CPN pendant la grossesse. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Samake D (16) qui était (41,6%) au CSRéf de la CVI du district de Bamako en 2016 et de celui trouvé à l'enquête démographique et de santé de 2018 (EDS-Mali) (28) qui était de 80% mais presque similaire à ceux de Camara. S (25) et de Bagayoko.Y K (29) qui ont trouvé respectivement 83% au CSRéf de la Commune V en 2007, et 79,7% au CSRéf de la Commune VI en 2009.

La différence de taux dans notre étude avec les études de Samaké , Camara et Bagayoko.Y pourrait s'expliquer par le fait que ces études ont été réalisées dans les milieux urbains, dans le district de Bamako alors que la nôtre s'était déroulée dans la majorité des cas en milieu rural.

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali-2018 (28), les consultations prénatales sont réalisées par des sages-femmes et des infirmières dans la majorité des cas.

Utilisation du partographe et du partogramme :

L'utilisation des supports est un élément déterminant dans la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et permet de déceler rapidement des anomalies dans le déroulement du travail d'accouchement.

Les données de la littérature restent divergentes sur la proportion d'utilisation du partographe.

Sanogo. A et autre ont trouvé que 50% des parturientes avaient un partographe dans la commune V (30) et Koné M. (31) qui a rapporté un taux d'utilisation de 48% dans le Cscm de Garantiguibougou en 2007. Les résultats de l'étude de Konaté A sur l'évaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou dans le district de Bamako, ont trouvé que 29,10% des accouchements ont été effectués sans l'utilisation du partogramme .(32)

Dans notre étude nous avons utilisé des données des femmes qui ont bénéficié de partographe lors del'accouchement.

Selon l'étude réalisée par Camara S 81,15% des partogrammes étaient correctement remplis et 18,85% des partogrammes étaient incorrectement remplis à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2007 (25).

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des partographe étaient complètement remplis dans le district sanitaire de Koulikoro, cent pour cent des partographe étaient complètement remplis à Banamba ; environ 5% à Dioila et moins d'un quart à Kolokani.

La proportion des partographe complètement remplis a été de 7,62% dans l'étude de Samake D (16) au Csréf de la CVI du district de Bamako en 2016 et de 2% dans celle de Abdoul Arou (33) au CSRèf de Niono dans la région de Ségou en 2018. Cette divergence dans le remplissage 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. Siby A. S a trouvé dans son étude sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement du centre de santé de référence de Kangaba que 20% des partogrammes ont été remplis au cours de l'accouchement,

64% ont été remplis après l'accouchement et que 21,60% des partogrammes n'ont pas été remplis . (34)

Samake D et collaborateurs ont trouvé dans l'étude réalisée sur l'évaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé référence de la commune VI du district de Bamako que 92,38% des partogrammes ont été remplis tout au long de l'accouchement (16). Notre taux de remplissage du partographe partiellement rempli (55.95%) est inférieur à celui de Abdoul Arou (33) qui a trouvé 98% au Csréf de Niono dans la région de Ségou en 2018 et à celui Samake D (16) qui a trouvé 95,5 % au Csréf de la CVI du district de Bamako en 2016 et supérieur à celui Kante.M (35) qui a trouvé 16,85 % pour 712 partogrammes remplis dans les maternités publiques à Bamako en 1999.

La surveillance du post partum immédiat :

La surveillance du post partum immédiat est une composante essentielle de l'évaluation de l'état de santé de la mère et du nouveau-né après l'accouchement. Elle est réalisée au niveau des Cscm par l'utilisation de la fiche de surveillance du post partum. Cette fiche de surveillance comporte des paramètres suivants :

Pour la mère : les saignements vaginaux, le globe de sécurité, la température, tension artérielle, le pouls.

Notre étude nous renseigne qu'environ 93% des paramètres de la fiche de surveillance du post partum pour la mère étaient complètement remplis dans les quatre districts et seulement environ dans 6% des cas les paramètres étaient incomplètement remplis. Ce taux est inférieur à celui Samake D (16) qui a trouvé 100% au Csréf de la CVI du district de Bamako en 2016.

Pour le nouveau-né : la coloration, la température, le saignement ombilical, la respiration et l'allaitement maternel.

L'utilisation de cette fiche de surveillance du post partum peut permettre de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les résultats de notre ont montré que moins de

trois quarts de ces fiches de surveillance du post partum étaient complètement remplis.

Présentation du fœtus :

Environ 93,84% des cas, la présentation était une présentation du sommet. La présentation du siège a représenté 0,10% des cas et 6,06% des cas la présentation n'a pas été évaluée.

Notre résultat est similaire à celui de Abdoul Zamilou Arou (33) qui a trouvé que dans 94,5% des cas la présentation était du sommet au Csréf de Niono dans la région de Ségou en 2018.

Pronostic maternel et néonatal :

Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de notre étude comme ce fut le cas lors de celle réalisée par Samake D(16) au Csréf de la CVI du district de Bamako en 2016 et celle réalisée par Abdoul Arou (33) au Csréf de Niono dans la région de Ségou en 2018.

Type d'accouchement :

Au cours de notre étude la majorité des accouchements ont été des accouchements actifs par la gestion active de la troisième phase du travail(GATPA) et 8,25% des accouchements étaient des accouchements naturels dans les quatre districts sanitaires.

Nous avons enregistré 1,43 % (13 cas) des accouchements dystociques (accouchement par ventouse ou forceps).

Notre taux de dystocie est supérieur à celui de Bamba (15) qui a trouvé 0,13 % et comparable à celui de Camara S (25) qui a trouvé 2% au Csréf CV dans le district de Bamako.

Les parturientes ayant accouché par la voie basse sans aucune intervention instrumentale (ventouse et/ou forceps) représentent 98,35 %. Ce taux est supérieur

à celui de Camara S (25) qui a trouvé 80,55% au Csréf CV dans le district de Bamako.

Le poids du nouveau-né :

Dans notre étude 93,59 % des nouveau-nés ont un poids normal à la naissance (poids entre 2500 – 4000 kg). Ce taux est supérieur à celui de Camara S (25) qui a trouvé 83,86% au Csréf CV du district de Bamako.

Les médicaments utilisés :

Nous avons noté que dans 99.86 % des cas l'antibiotique n'a pas été utilisé après l'accouchement dans les quatre districts sanitaires.

L'ocytocine était utilisée dans 96.56% des cas pendant l'accouchement dans les quatre districts.

Limités de l :

Cependant nos résultats possèdent des limites : nous n'avons pas pu déterminer la fréquence d'utilisation du partographe parce que nous avons utilisé des données des partographes disponibles lors de nos passages et nous ne pouvons pas certifier avec exactitude et complétude que les partographes utilisés sont remplis pendant l'accouchement.

VII- CONCLUSION

Il ressort de notre étude que dans les Cscm des quatre districts sanitaires que les matrones représentaient majoritairement des prestataires de soins de santé maternelle. Ensuite suivent les infirmières obstétriciennes et les sages-femmes.

Le taux de remplissage du partographe complètement rempli a représenté 43,02% ; 72,10% des cas les parthographes étaient complètement remplis à l'admission et au moment de la surveillance du travail.

Les facteurs les plus fréquemment retrouvés étaient les antécédents d'hémorragie et de césarienne pendant la grossesse.

VIII- RECOMMANDATIONS :

❖ Au Directeur régional de la santé :

- Organiser des séances de formation continue et de mise à jour du niveau du personnel pour un meilleur remplissage du partogramme.
- Recruter les prestataires qualifiés

❖ Aux prestataires des maternités :

- Utiliser un partogramme pour chaque parturiente dès l'admission
- Remplir correctement et complètement le partographe.
- Évacuer les parturientes dans le besoin
- Tenir correctement les dossiers obstétricaux.

❖ A la population :

- Suivre le calendrier de la consultation prénatale de façon régulière.
- Se rendre au centre de santé le plus proche dès les premiers signes du travail d'accouchement
- Réaliser régulièrement les CPN (au moins 4.).
- Suivre les conseils donnés par le personnel de santé.
- Accoucher dans un service spécialisé de gynéco obstétrique lorsqu'on a un antécédent médical (HTA, Diabète, Hémoglobinopathies) ou chirurgical (Césariennes).

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :

1. Coulibaly M. Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires Des communes V et VI du district de Bamako [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2001.
2. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Paris; P71 p.
3. Merger R, Levy J, Melchior J. Diagramme de l'accouchement. In: Précis d'obstétrique. [livre]. [Paris];
4. OMS. Réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre. Rapport de l'atelier sur le suivi technique du Forum « vision 2010 ». [Bamako]; 2003.
5. OMS. Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle. 1992.
6. OMS. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack. [Bureau Afrique]; 1997.
7. Diouf S, Camara B, Diallo A. Etat de santé des mères en district rural sénégalais (Khombole [Revue Med AfriqueNoire]. [Sénégal]; 1999.
8. Azandegbe, Testa J, MAkoutode M. Evaluation de l'utilisation de partogramme au Benin. Cotonou. [Cotonou Bénin]: Institut régional de la santé publique Route des Esclaves; 2014.
9. Obinchemti E, Thomas, Ngong N, Evaristus, Takang. Use of the Partogram in the Bamenda. Douala. [Douala];
10. Cerpod. Impact de la planification familiale sur la vie des femmes : résultat d'une étude réalisée dans le district de Bamako. [Bamako,Mali]; 1999.
11. OMS/UNICEF. Estimation révisée pour 1990 de la mortalité nouvelle méthodologie. Avril1996.
12. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie. Enquête Démographique et de Santé-(EDS-V)- du Mali 2006, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. [Mali];

13. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées. Enquête Démographique et de Santé-(EDS-V)- du Mali-2012-2013. [Mali];
14. Yaro k. Etude comparative de la qualité des soins au sein de la maternité entre CSCOM et service socio sanitaire de commune au niveau de la Commune VI du District de Bamako. [Thèse médecine]. [Bamako]: FMPOS; 1997.
15. Bamba M. Étude antiepidémiologique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3872 cas. [Thèse Médecine]. [Bamako]; 1998.
16. Samaké D. Évaluation de l'utilisation du partographe au centre de santé de référence de la CVI de Bamako. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2016.
17. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali. Manuel de Référence : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence. [Mali]; 2016.
18. Friedman E. The graphic analysis of labor. Am J ObstetGynecol1954 68. :p.1568-75.
19. OMS.Programme Santé Maternelle et Maternité Sans risque. Division de la santé familiale. La prévention des anomalies dans la durée du travail. Guide Pratique FHE/MSM938. 93.8.
20. Stephane Saint-Leger. Le partogramme : principes et méthodes. Disponible sur: « <http://documentation.Ledamed.org/IMG/html/doc.10889.html> (consulté le 22/12/05).
21. Lewin D, Sadoul G. « La mesure objective et continue de la dilatation du col ; description et premier résultat ». J Gynécol Obstet Biol Reprod1978, 7., :63-71.
22. O'Driscoll K, Meagher D. Duration of labour. In Active management of labour. The Dublin Experience. London:BaillièreTindall; 1986.
23. Samassekou G. Évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Kalaban coura « ASACOKAL » de la commune V du District de BAMAKO. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2007.

24. Diarra M. Qualité des soins à la maternité du Centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2005.
25. Camara S. Évaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2007.
26. Dembelé D. Évaluation de l'utilisation du partogramme dans le CSREF CII de BKO. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2000.
27. Talibo A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification et la prévention des facteurs de morbidités maternelles évitables. Dans les centres de santé de district de Bamako. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 1998.
28. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées. Enquête démographique et de santé – (EDS Mali) 2018. Mortalité maternelle. [Mali]; 2018.
29. Bagayoko YK. Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2009.
30. Sanogo A. Évaluation 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 Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2007.
31. Koné M. Évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le Cscm de Garantigoubougou. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2007.
32. Konaté A. Évaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou (CSCOM- ASACODA) [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2008.
33. Zamilou MA. Évaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence de Niono dans le district de Ségou. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2018.
34. Siby A S. Évaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement du centre de santé de référence de Kangaba. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2009.

35. Kanté M. Étude clinique et épidémiologie de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques. [Thèse Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 1999.

ANNEXE

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : Tapily

PRENOM : Hamidou Souleymane

TITRE DE LA THÈSE : Qualité des services de santé maternelle dans la région de Koulikoro.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

PAYS DE SOUTENANCE : Mali

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

SECTEUR D'INTÉRÊT : Gynécologie- obstétrique et Santé publique

RÉSUMÉ :

Cette étude a pour but d'évaluer la qualité des soins de santé maternels à travers l'utilisation du partographe dans les centres de santé communautaires(CSCOM) des districts sanitaires de Banamba, Dioila, Kolokani et Koulikoro dans la région de Koulikoro.

Nous avons réalisé étude transversale dans tous les Cscm dispensant des soins obstétricaux et au moins un prestataire de soins de santé formé à la Prise en Charge Active de la Troisième Phase de l'Accouchement, aux Soins essentiels aux nouveau-nés et à la consultation post natale ont été inclus dans notre étude. Nous avons estimé à une moyenne de 32 accouchements par mois et par Cscm. Le test de Khi 2 a été utilisé pour la comparaison de proportions.

Il ressort de notre étude que dans les Cscm des quatre districts sanitaires la moitié des accouchements ont été effectués par les matrones et 34,17% par les infirmières obstétriciennes.

Le partographe considéré comme complètement remplis a représenté 43,02%, la majorité des femmes avaient une taille supérieure à 150cm, , les femmes avaient des antécédents d'hémorragie 46,82% des cas, et 37,62% des femmes avaient un antécédent de césarienne.

Le pronostic maternel-fœtal 99.53% des femmes ont accouché et envoyé à la maison, dans 99.18% des cas les nouveau-nés n'ont pas présenté de complications. Par ailleurs il n'y a pas eu décès maternel.

Nous pourrions dire que la qualité des services est peu satisfaisante dans les quatre districts sanitaire de la région de Koulikoro.

Mots clés : Évaluation, Utilisation, Partographe, Koulikoro.

Summarizes:

The purpose of this study is to assess the quality of maternal health care through the use of community health centres (CSCOM) in the health districts of Banamba, Dioila, Kolokani and Koulikoro in the Koulikoro region. We conducted descriptive cross-sectional study in all Cscom providing and with at least one health care provider trained in maternal and maternal care neonatal studies were included in our study. We were waiting to have the number of deliveries 32 per month and by Cscom. The Khi 2 test was used to compare proportions.

Our study shows that in the Cscoms of the four health districts half of the deliveries were performed by matrons and [34.17%](#) by obstetrician nurses; the partographer considered to be fully filled accounted for [43.02%](#), the majority of women were taller than [150cm](#), women had a history of haemorrhage [46.82%](#) of cases, and [37.62%](#) of women had a history of caesarean section; The maternal-fetal prognosis [99.53%](#) of women gave birth and sent home, in [99.18%](#) newborns did not have complications. Moreover, there were no deaths Maternal.

We can say that the quality of services is unsatisfactory in the four districts Koulikoro region.

Keywords: Evaluation, Utilisation, Partograph, Koulikoro.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

SECTION II			
TRAVAIL, ACCOUCHEMENT, et SOINS POSTPARTUM			
DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT, DANS LE CENTRE DE SANTE OÙ LES DONNÉES SUR LES SOINS OBSTETRICAUX ET NÉONATALS SE TROUVENT ET NOTEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES POUR TOUTES LES NAISSANCES AU CSCom			
A L'admission et surveillance du travail			p.1
M1. Est-ce que le partogramme est rempli ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2 (→M68)		
M2. Est-ce que la section 1 du partogramme est remplie ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2(→M14)		p.1
M3. Est-ce que la parturiente a été évacuée?	Oui.....1 Non.....2		p.1
M4. Remplissage du	Oui.....1		p.1

Partogramme commencé?	Non.....2 (→M10)		
M5. / Si le remplissage du Partogramme a été démarré, quand?	phase de Latence ≤ 3cm 1 phase Active ≥ 4cm..... 2		p.1
M6. La mère a-t-elle besoin de prendre les Antibiotiques?	Oui, déjà administrés1 (Si 1 sélectionnez la raison à partir du menu déroulant : La température de la mère est ≥ 38°C et TDR négatif ; ou, Écoulement vaginal malodorante; ou, Rupture des membranes > 12 heures) Non..... ...2		p.1
M7. La mère a-t-elle besoin de commencer le Sulfate de magnésium ?	Oui, déjà administré1 (Si 1 sélectionnez la raison à partir du menu déroulant : Pré-éclampsie sévère OU Éclampsie) Non.....2		p.1
2. À dilation complète/accouchement (ou avant la Césarienne)			
M8. / Est-ce que la section 2 du partogramme est remplie ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2(→M17)		p.2

M9. La mère a-t-elle besoin de commencer des Antibiotiques ?	Oui, déjà administrés1 (Si 1 sélectionnez la raison à partir du menu déroulant : La température de la mère est \geq 38'C et TDR négatif ; ou, Écoulement vaginal malodorante ; ou, Rupture des membranes > 12 heures ; ou Travail prolongé de plus de 12 heures ; ou Césarienne) Non.....2		p.2
M10. La mère a-t-elle besoin de commencer : Sulfate de magnésium ?	Oui, déjà administrés1 (Si 1 sélectionnez la raison à partir menu déroulant : Pré-éclampsie sévère OU éclampsie) Non.....2		p.2
3. AFTER BIRTH/APRES LA NAISSANCE			p.3
M11. Est-ce que la section 3 du partogramme est remplie ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2 (→M26)		p.3
M12. Est-ce que la Mère saigne anormalement ?	Oui.....1 Non.....2		p.3
M13. La mère a-t-	Oui, déjà administrés1		p.3

elle besoin de commencer les Antibiotiques ?	(Si 1 sélectionnez la raison à partir du menu déroulant : La température de la mère est \geq 38'C et TDR négatif ; ou, Pertes vaginal malodorante) Non.....2		
M14. La mère a-t-elle besoin de commencer le Sulfate de magnésium ?	Oui, déjà administré1 (Si 1 sélectionnez la raison à partir du menu déroulant : Pré-éclampsie sévère OU Éclampsie) Non.....2		p.3
4. Avant la Sortie (après l'accouchement)			
M15. Est-ce que la section 4 du partogramme est remplie ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement..... ...3 Non.....2 (→M32)		p.4
M16. Est-ce que le saignement de la Mère est maîtrisé ?	Oui..... 1 Non..... 2		p.4
Post-partum surveillance Follow-up Sheet / Fiche de surveillance du post-partum			p.5

M17. Est-ce que la fiche de surveillance du post-partum du partogramme est remplie ?	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2 (→M42)		p.5
M18. Est-ce que les paramètres suivant ont été saisis pour la mère : <i>Sélectionné tous qui s'applique</i> <i>Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure suivi de trois lectures toutes les heures</i>	Globe de sécurité.....A Saignement vaginalB Tension artérielle.....C Pouls.....D Température..... ..E (Menu déroulant pour chaque critère) Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non..... ...2		p.5
M19. Saignement vaginal	Minime.....A Moyen.....B Abondant.....C		p.5
M20. Globe de sécurité	Bien formé (dur).....A Mal formé (mou).....B		p.5
M21. Pouls	Moins de		p.5

	100.....A Entre 100 et 140.....B Plus de 140.....C		
M22. Tension artérielle (TA)	Moins de 140/90.....A 140/90.....B >140/90.....C		p.5
M23. Température	37.5°.....A 38°.....B Plus de 38°.....C		p.5
Fiche de partogramme			
M24 Formulaire de partogramme utilisé	Oui, au complet.....1 Oui, partiellement.....3 Non.....2 (→M67)		p.6
M25. Formulaire de partogramme utilisé pour tracer le progrès du travail	Oui..... 1 Non..... 2		p.6

<p>M26.</p> <p>L'accouchement s'est fait avec l'aide de</p>	<p>Docteur -----</p> <p>---- 1</p> <p>Infirmière -----</p> <p>--- 2</p> <p>Sage-femme -----</p> <p>--- 3</p> <p>Infirmière obstétricienne -----</p> <p>---- 4</p> <p>Infirmière auxiliaire -----</p> <p>---- 5</p> <p>Matrones -----</p> <p>---- 6</p> <p>Autre _____</p> <p>96</p> <p style="text-align: center;"><i>(préciser)</i></p>		<p>p.6</p>
<p>M27. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : Taille</p>	<p>Plus de</p> <p>150cm.....1</p> <p><150cm.....</p> <p>.....2</p> <p>Non</p> <p>évaluer.....9</p> <p>9</p>		<p>p.6</p>
<p>M28. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été</p>	<p>Yes/Oui.....</p> <p>..... 1</p> <p>No/</p>		<p>p.6</p>

évalués : Hémorragie	Non..... 2 Non évaluer..... 99		
M29. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : A terme	Oui..... 1 28-32 SA.....2 Non évaluer.....9 9		p.6
M30. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : CPN	Oui..... 1 Nombre _____ Non..... 2 Haut Risque 3 Non évaluer.....99		p.6
M31. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : Césarienne au dernier	Oui..... 1 Non..... 2 Non évaluer.....99		p.6

accouchement			
M32. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : Présentation	Sommet.....1 Siège2 Épaule3 Front4 Non évaluer.....99		p.6
M33. Est-ce-que les facteurs de risques suivant ont été évalués : état du dernier enfant	Vivant.....1 Mort-né..... 2 Non évaluer.....99		p.6
M34. Maladies / comorbidités Noter tout ce qui est listé	Hypertension ----- A Éclampsie/Pré-Éclampsie ----- ----- B VIH ----- ----- C Paludisme ----- D Diabète ----- E		p.6

		Infections ----- F Autre _____ X (préciser)		
M35. Type d'accouchement		Naturelle.....1 Active (GAPTA).....2 Artificielle..... ...3 (forceps, extraction sous vide) / utérine.....4 Révision		p.6
M36. Évacuation		Oui.....1 Non.....2 (→M65)		p.6
VEUILLEZ NOTER SI LES INTERVENTIONS SUIVANTES ONT ÉTÉ EFFECTUÉES RÉGULIÈREMENT PAR UN PERSONNEL MEDICAL DANS LE CADRE DE LEUR TRAVAIL PENDANT CET ACCOUCHEMENT.				
M37. VÉRIFIEZ LE PARTOGRAMME ET INDIQUER SI L'UNE DES INTERVENTIONS SUIVANTES ONT ÉTÉ ENREGISTRÉES SUR LE PARTOGRAMME				

[a]- Le poids de la patiente a-t-il été enregistré?	Oui.....1 Non..... ...2		
[g] Poids du nouveau-né vérifié après la naissance Si oui, quel était le poids	Oui.....1 Non..... ...2 Poids : _____ Kg		

SECTION III

**A UTILISER SEULEMENT SI LES DONNÉES N'ONT PAS ÉTÉ
ENREGISTRÉES A PARTIR DU PARTOGRAMME**

**SI UN PARTOGRAMME N'A PAS été UTILISÉ, VÉRIFIER LE
DOSSIER DU CSM DU PATIENT /FICHER/DHIS2, POUR VOIR SI
L'UNE DES INTERVENTIONS SUIVANTES EST DOCUMENTÉE**

<p>[H] Poids du nouveau-né vérifié après la naissance Si oui, quel était le poids ?</p>	<p>Nouveau-né pesé Poids en Kg_____</p> <p>96 <i>préciser</i></p>	<p align="center">1</p>	<p align="center">2</p>		
<p align="center">Soins postnatal</p>		<p align="center">Oui</p>	<p align="center">Non</p>		
<p>M38. Résultat de Santé de la mère après l'accouchement dans le CSCom. SÉLECTIONNEZ UN OPTION</p>	<p>Accouchée et envoyée à la maison ----- ----- 1 (→M72)</p> <p>Accouchée et référée ----- 2 - (→M71)</p> <p>Accouchée et décédée ----- 3 - (→M70)</p> <p>Décédée pendant l'accouchement ----- ----- 4 (→M70)</p>				
<p>M39. Santé du nouveau-né après l'accouchement au</p>	<p>Né et envoyé à la maison -----1 (→Fin de la surveillance)</p> <p>Référé après la naissance ---- 2 (→M74)</p>				

<p>CSCom.</p> <p>SÉLECTIONNEZ UN OPTION</p>	<p>Décédé après une naissance vivante ----- ----- 3 (→M73)</p> <p>Décédé pendant l'accouchement ----- ----- 4 (→M73)</p>		
---	--	--	--

SECTION IV
RÉFÉRENCE PERINATALE et SOINS

**DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU SE TROUVENT LES DONNÉES
RELATIVES A LA REFERENCE ET SOINS PERINATAL ET
ENREGISTREZ LES INFORMATIONS SUIVANTES POUR TOUS LES
NOUVEAU-NÉS RÉFÉRÉS AU CSCom ÂGES DE 7 JOURS OU
"MOINS "**

<p>N1- CODE CSCom de la patiente (femme): Code: _____</p>	<p>N2- Code dans l'étude de la patiente (femme): Code: _____</p>
<p>N3. Date de naissance du nouveau-né ____ / ____ / 20 ____ ____ Jour, / Mois, / Année</p>	<p>N4. Sexe du nouveau-né Mâle -----1 Femelle -----2</p>
<p>N5. Enregistrer l'âge des nouveau-nés en jour Le jour de la référence au CSCom OU a. Le jour de la visite du CSCom (autoréférence)</p>	<p>Le jour de la référence du CSCom _____ Jours (<i>préciser</i>) OU Le jour de la visite du CSCom _____ Jours (<i>préciser</i>) < 1 jour ----- - 1 1 jour ----- 2</p>

	2 jours ----- 3 3 jours ----- 4 4 jours ----- 5 5 jours ----- 6 6 jours ----- 7 7 jours ----- 8 >7 jours ----- 9
CONTINUER AVEC LE QUESTIONNAIRE UNIQUEMENT SI L'AGE DU NOUVEAU-NÉ ÉTAIT DE 7 JOURS OU MOINS, LE JOUR DE LA RÉFÉRENCE AU CSCom	
N6. Qui a référé le nouveau-né au CSCom?	ASC ----- -----1 Relais ----- ----- 2 CRM Bénévole ----- 3 Matrones ----- - 4 Autre _____ 96 <i>(préciser)</i>
N7. Quel était le problème pour lequel le nouveau-né a été amené / référé au CSCom? Enregistrer toutes les déclarations	Difficulté à respirer / Resserrement de la poitrine A Convulsions ----- B Refus de se nourrir ----- C Peau froide et / ou peau bleue ---- D

faites	Rougeur et enflure autour de l'ombilic ---- ----- E Saignement de partout ----- F Perte de conscience ----- G Faible poids à la naissance ----- H Autre _____ X <p style="text-align: center;"><i>(préciser)</i></p>
N8. Quel était le problème pour lequel le nouveau-né a été traité au CSCCom (diagnostic)?	Diagnostic _____ X <p style="text-align: center;"><i>(préciser)</i></p>
N9. Quel était le traitement donné au nouveau-né ? Enregistrer toutes les déclarations faites	Enveloppé dans une couverture ----- ----- A Mis sous un réchauffeur /une lampe chauffante ----- B Oxygène fourni ----- C Inhalation de vapeur ----- D Tube inséré dans le nez ----- E Injection administrée _____ F <p style="text-align: center;"><i>(préciser)</i></p> Médicaments administrés par voie orale _____ G <p style="text-align: center;"><i>(préciser)</i></p> _____ H

	<p>Application locale / application sur l'ombilic <i>(préciser)</i></p> <p>Autre _____ X <i>(préciser)</i></p>
<p>N10. Qu'est-ce qui est arrivé à (NOM) après avoir été examiné et avoir reçu un traitement au CSCom?</p>	<p>Traité et envoyé à la maison ----- ----- 1</p> <p>Traité et référé à un ASC ----- ----- 2</p> <p>Admis au CSCom ----- 3</p> <p>Référé à un CSRef ----- 4</p> <p>Décédé ----- ----- 5</p> <p>Autre _____</p> <p>96 <i>(préciser)</i></p>
<p>FIN DU QUESTIONNAIRE</p>	

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure.