

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ATP</b>	: Adénosine triphosphate
<b>BDCF</b>	: Bruits du cœur foetal
<b>Bpm</b>	: Battements par minute
<b>CHNP</b>	: Centre hospitalier National de Pikine
<b>CSGK</b>	: Centre de santé Gaspard Kamara
<b>CSNC</b>	: Centre de santé Nabil Choucair
<b>CSCOM</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CNCOF</b>	: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>CU</b>	: Contraction utérine
<b>DES</b>	: Diplôme d'études spécialisées
<b>DI</b>	: Déroit inférieur
<b>DS</b>	: Déroit supérieur
<b>FIGO</b>	: Fédération Internationale des Gynécologues- Obstétriciens
<b>FISF</b>	: Fédération Internationale des Sages-Femmes
<b>GAROG</b>	: Groupe Africain de Recherche en Obstétrique et en Gynécologie
<b>HPD</b>	: Hôpital Principal de Dakar
<b>HU</b>	: Hauteur utérine
<b>IEC</b>	: Information, Education et Communication
<b>KPa</b>	: Kilowatt Pascal
<b>Min</b>	: Minutes
<b>OIDA</b>	: Occipito-iliaque droite antérieure

<b>OIDP</b>	: Occipito- iliaque droite postérieure
<b>OIGA</b>	: Occipito-iliaque gauche antérieure
<b>OIGP</b>	: Occipito-iliaque gauche postérieure
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OP</b>	: Occipito-pubienne
<b>PDE</b>	: Poche des eaux
<b>PMI</b>	: Protection Maternelle et Infantile
<b>PRP</b>	: Promonto retro-pubien
<b>PSP</b>	: Promonto sus-pubien
<b>RAM</b>	: Rupture artificielle des membranes
<b>RCF</b>	: Rythme cardiaque fœtal
<b>RMM</b>	: Rapport mortalité maternelle
<b>S I</b>	: Segment inférieur
<b>SA</b>	: Semaines d'aménorrhée
<b>UM</b>	: Unité Montévidéo

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b>	: Eléments constitutifs du bassin osseux.....	6
<b>Figure 2</b>	: Ampliation du périnée au cours du dégagement .....	8
<b>Figure 3</b>	: Situation géographique des quatre maternités sur la presqu'île de Dakar.....	21
<b>Figure 4</b>	: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge .....	25
<b>Figure 5</b>	: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial .....	26
<b>Figure 6</b>	: Répartition des parturientes selon la gestité .....	26
<b>Figure 7</b>	: Répartition des parturientes selon la parité.....	27
<b>Figure 8</b>	: Taux d'application du changement de position en fonction des structures.....	28
<b>Figure 9</b>	: Taux de consommation de boisson dans les structures .....	28
<b>Figure 10</b>	: Utilisation de la perfusion oxytocine en fonction des structures	29
<b>Figure 11</b>	: Taux d'utilisation du partogramme selon les structures.....	30
<b>Figure 12</b>	: Taux d'utilisation de la position dorsale selon les structures .....	30
<b>Figure 13</b>	: Taux d'épisiotomie chez les primipares selon les structures.....	31
<b>Figure 14</b>	: Pratique des expressions abdominales selon les structures .....	32
<b>Figure 15</b>	: Répartition des structures selon le massage du périnée.....	32
<b>Figure 16</b>	: Répartition des parturientes selon l'examen du placenta .....	33
<b>Figure 17</b>	: Pratique du contact peau à peau selon les structures .....	34
<b>Figure 18</b>	: Répartition des parturientes selon la mise au sein précoce dans les structures .....	34
<b>Figure 19</b>	: Appréciation de la propreté de la salle d'accouchement par les parturientes .....	36
<b>Figure 20</b>	: Appréciation de la qualité de l'accueil par les parturientes.....	37
<b>Figure 23</b>	: Appréciation de l'attitude des prestataires.....	37
<b>Figure 24</b>	: Appréciation de la qualité des soins par les parturientes.....	38

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b>	: Soins tout au long de l'accouchement .....	12
<b>Tableau II</b>	: Première phase du travail.....	13
<b>Tableau III</b>	: Deuxième phase du travail.....	16
<b>Tableau IV</b>	: Troisième phase du travail.....	17
<b>Tableau V</b>	: Soins du nouveau-né.....	18
<b>Tableau VI</b>	: Soins de la femme après accouchement .....	19
<b>Tableau VII</b>	: Infrastructures, équipement et ressources humaines des cinq maternités .....	22
<b>Tableau VIII</b>	: Répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement .....	25
<b>Tableau IX</b>	: Pratiques recommandées.....	35
<b>Tableau X</b>	: Pratiques non recommandées .....	36

# PLAN

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL ET LA QUALITE DES SOINS</b> .....	4
1. RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL .....	5
1.1. Définitions .....	5
1.2. Eléments en présence .....	5
2. CONCEPT DE QUALITE DE L'ACCOUCHEMENT .....	10
2.1. Définitions .....	10
2.2. Normes de l'OMS.....	11
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL</b> .....	20
1. CADRE D'ETUDE.....	21
2. MATERIEL ET METHODE .....	23
2.1. Critères d'inclusion .....	23
2.2. Critères de non inclusion .....	23
2.3. Collecte et analyse des données .....	23
2.4. Limites de l'étude .....	24
3. RESULTATS .....	25
3.1. Effectif.....	25
3.2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes.....	25
3.3. Histoire de la grossesse .....	27
3.4. Données cliniques observationnelles.....	27
3.5. Données qualitatives.....	36
4. DISCUSSION .....	39
4.1. Profil des parturientes.....	39
4.2. Qualité des soins.....	39
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	40
<b>REFERENCE</b> .....	40

# **INTRODUCTION**

La mortalité maternelle et néonatale constitue un problème majeur de Santé publique dans la plupart des pays en développement. En 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont décédées suite à des complications imputables à la grossesse et à l'accouchement. Bien que le nombre de décès maternels ait décliné de 45% (523000 décès maternels) dans le monde depuis 1990, l'Afrique continue à enregistrer les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés au monde [25].

Au Sénégal, la situation de la santé maternelle et périnatale demeure encore préoccupante. Les résultats de l'enquête d'évaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Sénégal durant la période de 2012-2013, révèlent que le Sénégal est loin d'atteindre les Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement qui visent à réduire la mortalité maternelle de trois quarts et la mortalité infantile de deux tiers [23]. Le rapport de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 236 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période 0-6 ans avant l'EDS Continue 2017. [2]

La stratégie actuelle de lutte contre la mortalité maternelle et infantile repose essentiellement sur trois piliers qui sont la planification Familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié (sage-femme, infirmier, médecin) et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Au Sénégal, 73% des accouchements ont lieu dans les structures sanitaires [1].

La quasi-totalité des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance dans les 5 dernières années ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié (97%). Près de six femmes sur dix ont effectué au moins quatre visites prénatales (57%) et dans 64 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu à moins de quatre mois de grossesse. [2]

En 2015 l'OMS a élaboré des recommandations dans la prise en charge de l'accouchement normal [25].

Notre travail a été mené dans le but d'évaluer la qualité de la prise en charge des accouchements dans quatre (4) maternités de référence de la région de Dakar en utilisant les recommandations de l'OMS de 2015.

Nos objectifs étaient de :

- déterminer le taux d'application des pratiques recommandées par l'OMS au cours de l'accouchement normal ;
- préciser le taux d'utilisation des pratiques non recommandées au cours de l'accouchement normal ;
- apprécier l'opinion des parturientes sur la prise en charge de l'accouchement ;
- recueillir les suggestions des parturientes pour l'amélioration de la prise en charge de l'accouchement ;
- formuler des recommandations pour améliorer la qualité des accouchements réalisés dans nos maternités

Notre travail s'articule autour de deux parties :

- une première partie où nous ferons un rappel sur le déroulement de l'accouchement et le concept de qualité de soins;
- une deuxième partie où nous présenterons notre méthodologie et nos résultats avant de terminer par une conclusion et des recommandations.

**PREMIERE PARTIE :**  
**RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL ET**  
**LA QUALITE DES SOINS**

# **1. RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL**

## **1.1. Définitions**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids du fœtus est supérieur ou égal à 500g selon l'OMS [17, 18, 19, 22].

## **1.2. Eléments en présence**

### **1.2.1. Utérus**

C'est un organe pelvien creux, destiné à contenir l'œuf fécondé jusqu'à sa maturation et à l'expulser hors des voies génitales maternelles. Il se subdivise en trois parties : le corps, le col et l'isthme. L'utérus gravide est caractérisé vers la fin de la grossesse par l'existence du segment inférieur qui correspond à une élongation de l'isthme.

Pendant le travail, l'utérus est animé de contractions utérines qui ont des caractères particuliers : elles sont totales et synergiques, régulières, involontaires et spontanées, douloureuses, intermittentes, progressive en intensité et en durée, efficiente.

Ces contractions utérines transmises au col par l'intermédiaire du segment inférieur et la poche des eaux sont responsables de l'effacement et de la dilatation du col.

### **1.2.2. Mobile fœtal**

#### **❖ Tête fœtale**

Les dimensions de la tête fœtale s'apprécient par l'étude de ses diamètres.

#### **➤ Diamètres antéro-postérieurs**

- Le diamètre occipito-mentonnier qui mesure 13 cm ;
- Le diamètre occipito-frontal, qui va de l'occiput à la racine du nez et qui mesure 12 cm ;
- Sous occipito-bregmatique, qui va de la base de l'écaïlle occipitale au milieu de la fontanelle antérieure et qui mesure 9,5 cm ;
- Sous occipito-frontal qui va de l'écaïlle occipitale au point le plus saillant du front et qui mesure 11 cm ;
- Syncipito-mentonnier qui va du menton au point le plus saillant de l'occiput et qui mesure 13 cm.

➤ **Diamètre vertical**

- Le diamètre sous mento-bregmatique, qui va de la racine du cou au centre de la grande fontanelle et qui mesure 9,5 cm.

➤ **Diamètres transversaux**

- Le diamètre bi-pariétal qui sépare les deux bosses pariétales mesure 9,5 cm ;
- Le diamètre bi-temporal qui sépare les deux fosses temporales mesure 8 cm.

❖ **Cou fœtal**

La grande mobilité du cou permet à la tête fœtale de faire des mouvements de flexion-extension et d'inclinaison latérale.

❖ **Tronc fœtal**

➤ **Au niveau du thorax**

Le diamètre bi-acromial allant d'un acromion à l'autre mesure 12 cm et est facilement réductible à 9,5 cm.

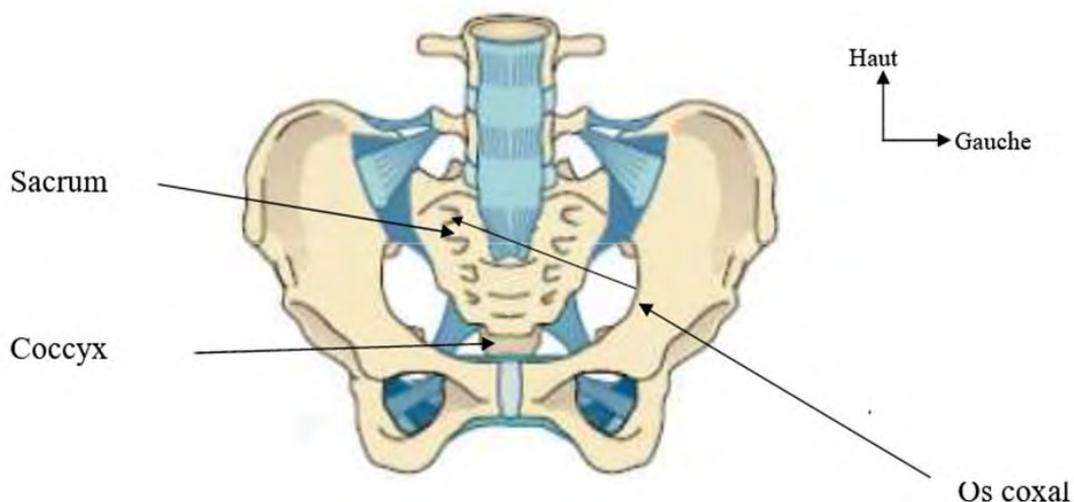
➤ **Au niveau du bassin**

Le diamètre bi-trochantérien qui mesure 9 cm.

**1.2.3. Filière pelvienne**

**1.2.3.1. Bassin osseux**

C'est la ceinture pelvienne formée par l'union des quatre os : le sacrum et le coccyx en arrière, les deux os iliaques latéralement et en avant.



**Figure 1:** Eléments constitutifs du bassin osseux

Le petit bassin présente à décrire trois parties : le détroit supérieur, le détroit inférieur et l'excavation pelvienne.

### ❖ **Le détroit supérieur sépare le petit bassin du grand bassin.**

Il a une forme de cœur de carte à jouer limité en arrière par le promontoire, latéralement par les lignes innominées et en avant par le bord supérieur de la symphyse pelvienne. C'est à ce niveau que s'effectue l'engagement.

Il présente plusieurs diamètres.

#### ➤ **Antéropostérieurs**

Ils sont représentés par :

- le diamètre promonto-sous pubien qui mesure 12 cm.
- le diamètre promonto-rétro-pubien qui mesure 10,5 cm.

#### ➤ **Transversaux**

Ils sont représentés par :

- le diamètre transverse maximal qui mesure 13,5 cm.
- le diamètre transverse médian (TM) mesure 12 cm.

#### ➤ **Obliques**

Ils sont représentés par :

- les diamètres obliques droit ou gauche qui mesurent 12,5 cm.
- le diamètre sacro-cotyloïdien droit ou gauche qui mesure 12 cm.

La somme des diamètres TM et PRP permet d'apprécier l'indice de Magnin qui, lorsqu'il est supérieur ou égal à 23, est un élément de bon pronostic pour l'accouchement naturel.

### ❖ **Excavation pelvienne**

Elle a la forme d'un cylindre coudé. C'est à ce niveau que s'effectuent la descente et la rotation. Elle présente à décrire un seul diamètre utile qui est le bi-sciatique ou bi-épineux qui mesure normalement 10,8 cm.

### ❖ **Détroit inférieur**

Il a la forme d'un losange au niveau duquel s'effectue le dégagement limité par le coccyx en arrière, les 2 tubérosités ischiatiques latéralement et le bord inférieur de la symphyse pubienne en avant.

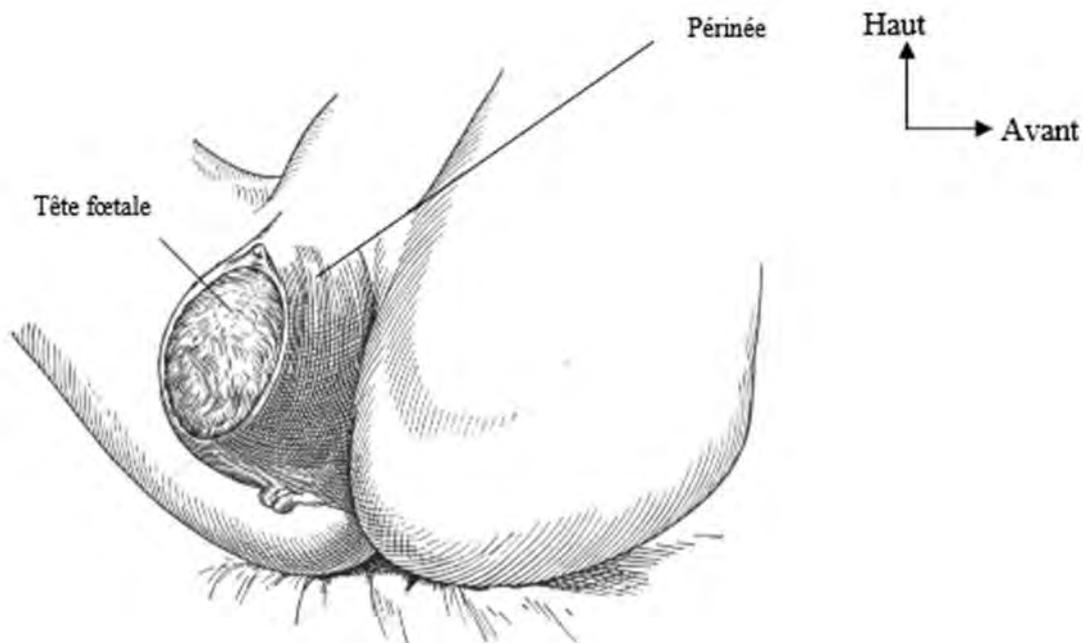
Les diamètres utiles sont représentés par :

- le diamètre sous sacro-sous pubien qui mesure 11,5 cm ;

- le diamètre sous coccy-sous pubien qui mesure 9,5 cm ;
- le diamètre transverse bi-ischiatique qui mesure 10,5 cm.

### 1.2.3.2. Bassin mou

Il est représenté par le vagin et le diaphragme pelvi-périnéal constitué d'un hamac musculo-tendineux avec un plan profond (fibres du muscle releveur de l'anus, des muscles ischio-coccygiens et du grand ligament sacro-sciatique) et un plan superficiel. C'est pendant la phase de dégagement que le périnée est sollicité expliquant son ampliation.



**Figure 2 :** Ampliation du périnée au cours du dégagement [17, 18].

### 1.2.4. Déroulement du travail [17, 18, 19, 22]

Le déroulement du travail comprend trois périodes qui sont:

- l'effacement et la dilatation du col ;
- l'expulsion du fœtus ;
- l'expulsion des annexes et des membranes ou délivrance.

#### 1.2.4.1. Phase d'effacement et de dilatation du col

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences et elle se termine lorsque la dilatation du col est complète.

L'ouverture du col n'est possible que si trois conditions coexistent :

- le col qui doit être mature ;

- le segment inférieur qui doit être bien amplifié autour du pôle inférieur de l'œuf ;
- le myomètre qui doit se contracter.

#### ❖ **Ouverture du col**

Pendant le travail, le col est le premier et le plus difficile des obstacles à vaincre, d'où la longueur de la phase de dilatation, malgré une modification préalable de sa structure par la maturation.

#### **1.2.4.2. Phase expulsive [17, 18, 19, 22]**

Cette phase correspond à la période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l'enfant par les voies naturelles. Elle comprend trois étapes successives :

- l'engagement de la présentation ;
- la descente et la rotation ;
- le dégagement.

#### **1.2.4.3. Délivrance : troisième phase du travail**

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus et est contrôlée par la GATPA. Les différentes étapes de la GATPA sont :

- vérifier l'absence d'un deuxième fœtus ;
- injecter 10 UI d'ocytocine ;
- enrôler le cordon autour de la pince ;
- attendre une contraction ;
- exercer une traction continue sur le cordon tout en refoulant l'utérus vers le haut ;
- masser l'utérus après la sortie du placenta ;
- examiner le placenta ;
- examiner la filière génitale.

#### **1.2.4.4. Surveillance du travail**

##### **1.2.4.4.1. Surveillance clinique du travail**

Cette surveillance se fait avec le partogramme :

- le partogramme sert de système d'alarme précoce pour déceler au plus tôt les disproportions céphalo-pelviennes [25] ;

- le partogramme permet de surveiller l'état fœtal, l'état maternel et de noter toute administration médicamenteuse ; en particulier une perfusion d'ocytocine.

Les paramètres qui doivent être évalués sont les suivants :

- les caractères des contractions utérines ;
- le rythme cardiaque fœtal en dehors d'une contraction utérine et pendant une minute. Il doit normalement être compris entre 110 et 160bpm ;
- la poche des eaux et le liquide amniotique : quand elle est intacte, elle est plate au début, moyennement bombante puis bombante à dilatation complète. Quand elle est rompue, il faut préciser la coloration du liquide amniotique qui peut être claire, jaunâtre, hématisé ou teinté de méconium ;
- la dilatation du col utérin ;
- la progression de la présentation dans la filière génitale : mobile, amorcée, fixée ou engagée ; le modelage du crâne fœtal pour diagnostiquer l'apparition d'un chevauchement important des os du crâne ou d'une bosse séro-sanguine ;
- les constantes maternelles.
- Un travail normal est caractérisé par la régularité dans la courbe de la dilatation et dans l'assouplissement du col, l'absence de souffrance fœtale, la descente régulière de la tête fœtale qui se fixe en occipito-pubien à dilatation complète et l'absence de détérioration de l'état maternel.

#### **1.2.4.4.2. Surveillance paraclinique**

Elle se fait par les examens ci-dessous :

- ERCF,
- tocométrie,
- pH du sang fœtal au scalp,
- dosage des lactates,
- oxymétrie.

## **2. CONCEPT DE QUALITE DE L'ACCOUCHEMENT**

### **2.1. Définitions**

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 coût abordable

pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la réduction de la mortalité, de la morbidité et de la malnutrition.

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs, au maximum la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs [15] ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables, utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités [3].

Selon Donabedian [9], la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques. « Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfices ».

L'accouchement réalisé par un personnel qualifié est pour l'OMS une des meilleures stratégies pour réduire la mortalité maternelle afin d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement numéro 5 qui est de réduire de 3/4 la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Ce personnel qualifié est représenté par les médecins, infirmiers et sages-femmes.

L'OMS définit la sage-femme comme une personne qui surveille, soigne et conseille les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Ainsi, son rôle est de :

- dispenser en continu des soins de qualité : respecter les règles d'hygiène, agir en toute sécurité et être à l'écoute des femmes ;
- reconnaître et prendre en charge les complications pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ;
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les parturientes dont l'état l'exige [25].

## **2.2. Normes de l'OMS**

Dans le cadre de la promotion des soins maternels humanisés, l'Organisation Mondiale de la Santé a formulé un certain nombre de recommandations pour la prise en charge de l'accouchement.

Les soins maternels humanisés prennent en compte les droits de la femme au cours de l'accouchement et sont précisés dans les tableaux I, II, III, IV et V.

### 2.2.1. Soins tout au long de l'accouchement

Les soins tout au long de l'accouchement sont retracés dans le Tableau I.

**Tableau I : Soins tout au long de l'accouchement**

Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
<b>Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance</b>		
Soins maternels respectueux	1. Des soins de maternité respectueux – cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement – sont recommandés.	Recommandé
Communication efficace	2. La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée.	Recommandé
Accompagnement pendant l'accouchement et la naissance	3. Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance.	Recommandé
Continuité des soins	4. Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien. <sup>a</sup>	Recommandation spécifique au contexte

## 2.2.2. Première phase du travail

Les soins à la première phase de l'accouchement sont dans le tableau suivant.

**Tableau II : Première phase du travail**

Première phase du travail		
Option de soins	Recommandation	Catégorie de recommandation
Définition des phases de latence et active du travail	<p>5. L'utilisation des définitions suivantes des premières phases de latence et active du travail est recommandée pour la pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants.</li> <li>— La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants.</li> </ul>	Recommandé
Durée de la première phase du travail	<p>6. Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.</p>	Recommandé
Progression de la première phase du travail	<p>6. Pour les femmes enceintes avec un début de travail spontané, le rythme de dilatation du col de l'utérus d'1 cm/heure au cours de la phase active (représenté par la ligne d'alerte du partogramme) n'identifie pas correctement les femmes présentant des risques d'issue défavorable pour l'accouchement et n'est donc pas recommandé à cette fin.</p>	Non recommandé
	<p>8. Un rythme de dilatation d'1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale.</p>	Non recommandé

	9. Le travail peut ne pas s'accélérer naturellement avant qu'un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm soit atteint. Par conséquent, l'utilisation d'interventions médicales pour accélérer le travail et l'accouchement (comme l'administration d'ocytocine ou la césarienne) avant ce seuil n'est pas recommandée si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.	Non recommandé
Pratique d'admission en salle de travail	10. Pour les femmes enceintes en bonne santé présentant un travail spontané, une politique d'attente du début de la première phase active pour l'admission en salle d'accouchement est recommandée seulement dans un contexte de recherche rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)
Examen clinique du bassin à l'admission	11. L'examen clinique du bassin à l'admission pour le travail n'est pas recommandé pour les femmes enceintes en bonne santé.	Non recommandé
Examen de routine de l'état du fœtus lors de l'admission pour le travail	12. La cardiocographie de routine n'est pas recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement pour les femmes en bonne santé présentant un travail spontané.	Non recommandé
	13. L'auscultation à l'aide d'un appareil à ultrasons Doppler ou d'un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour l'examen du fœtus lors de l'admission pour l'accouchement.	Recommandé
Rasage du périnée/ du pubis	14. Le rasage de routine du périnée/du pubis n'est pas recommandé avant un accouchement par voie basse. <sup>a</sup>	Non recommandé
Lavement à l'admission	15. L'administration d'un lavement pour réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandée. <sup>b</sup>	Non recommandé
Toucher vaginal	16. Un Un toucher vaginal toutes les quatre heures est recommandé pour l'évaluation systématique de la phase active du premier stade du travail d'accouchement chez les femmes à faible risque obstétrical. <sup>b</sup>	Recommandé
Cardiocographie continue pendant l'accouchement	17. La cardiocographie continue n'est pas recommandée pour l'évaluation de l'état du fœtus chez les femmes enceintes en bonne santé expérimentant un travail spontané.	Non recommandé
Auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus pendant le travail	18. L'auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus avec un appareil à ultrasons Doppler ou un stéthoscope fœtal Pinard est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé pendant l'accouchement.	Recommandé
Analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur	19. L'analgésie péridurale est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Opiacés pour le soulagement de la douleur	20. Des opiacés parentéraux, comme le fentanyl, la diamorphine ou la péthidine, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé

Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur	21. Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Techniques manuelles pour la gestion de la douleur	22. Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.	Recommandé
Soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé	23. Le soulagement de la douleur pour prévenir le travail prolongé et réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandé. <sup>a</sup>	Non recommandé
Liquides et nourriture par voie orale	24. Chez les femmes à faible risque obstétrical, la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée. <sup>a</sup>	Recommandé
Mobilité maternelle et position	25. Il est recommandé d'encourager la mobilité et une position verticale pendant le travail chez les femmes à faible risque obstétrical. <sup>a</sup>	Recommandé
Préparation vaginal	26. La préparation vaginale de routine à la chlorhexidine pendant le travail n'est pas recommandée dans le but de prévenir les morbidités infectieuses. <sup>b</sup>	Non recommandé
Gestion active de l'accouchement	27. Un ensemble de soins pour la gestion active du travail à fin d'empêcher sa prolongation n'est pas recommandé. <sup>a</sup>	Non recommandé
Amniotomie de routine	28. Le recours à l'amniotomie seule pour prévenir la prolongation du travail n'est pas recommandé. <sup>b</sup>	Non recommandé
Amniotomie et ocytocine précoces	29. Le recours à l'amniotomie précoce avec une accélération précoce du travail par ocytocine pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandé. <sup>b</sup>	Non recommandé
Ocytocine pour les femmes sous analgésie épidurale	30. L'utilisation de l'ocytocine pour prévenir le travail prolongé chez les femmes sous analgésie épidurale analgésique n'est pas recommandée. <sup>b</sup>	Non recommandé
Antispasmodiques	31. L'utilisation d'antispasmodiques pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandée. <sup>b</sup>	Non recommandé
Fluides par voie intraveineuse pour prévenir le travail prolongé	32. L'utilisation de fluides par voie intraveineuse dans le but de réduire la durée du travail n'est pas recommandée. <sup>b</sup>	Non recommandé

### 2.2.3. Deuxième phase du travail

Les soins à la deuxième phase de l'accouchement sont dans le tableau suivant.

**Tableau III : Deuxième phase du travail**

Deuxième phase du travail		
Définition et durée de la deuxième phase du travail	33. L'utilisation de la définition suivante et de la durée de la deuxième phase du travail est recommandée dans la pratique. — La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion. — Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures.	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sans analgésie épidurale)	34. Pour les femmes sans analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Position de naissance (pour les femmes sous analgésie épidurale)	35. Pour les femmes avec analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.	Recommandé
Méthode de poussée	36. Les femmes dans la phase d'expulsion de la deuxième phase du travail devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser.	Recommandé
Méthode de poussée (pour les femmes sous analgésie épidurale)	37. Pour les femmes avec analgésie péridurale dans la deuxième phase du travail, il est recommandé de retarder la poussée pendant une ou deux heures après la dilatation complète ou jusqu'à ce que la femme retrouve le besoin de pousser dans un contexte où les ressources sont disponibles pour une durée prolongée de la deuxième phase et où l'hypoxie périnatale peut être correctement évaluée et gérée.	Recommandation spécifique à un contexte
Techniques de prévention du traumatisme du périnée	38. Pour les femmes dans la deuxième phase du travail, les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles.	Recommandé
Indication de l'épisiotomie	39. L'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément.	Non recommandé
Expression abdominale	40. L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant la deuxième phase du travail n'est pas recommandée.	Non recommandé

## 2.2.4. Troisième phase du travail

Les soins à la troisième phase de l'accouchement sont dans le tableau suivant.

**Tableau IV : Troisième phase du travail**

Troisième phase du travail		
Utérotoniques prophylactiques	41. L'utilisation d'utérotoniques pour la prévention d'hémorragie du post partum (HPP) pendant la troisième phase du travail est recommandée pour toutes les naissances. <sup>a</sup>	Recommandé
	42. L'ocytocine (10 IU, IM/IV) est le médicament utérotonique recommandé pour la prévention de l'hémorragie du post partum (HPP). <sup>a</sup>	Recommandé
	43. Dans les contextes où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (ergométrine/ méthylergométrine, ou l'association à d'ocytocine et d'ergométrine) ou de misoprostol oral (600 µg) est recommandée. <sup>a</sup>	Recommandé
Clampage tardif du cordon ombilical	44. Le clampage tardif du cordon ombilical (pas avant la 1 <sup>ère</sup> minute après la naissance) est recommandé pour une meilleure santé de la mère et du nourrisson ainsi que pour la nutrition. <sup>b</sup>	Recommandé
Traction contrôlée du cordon (TCC)	45. Dans les contextes où du personnel qualifié pour les accouchements est disponibles, la traction contrôlée du cordon (TCC) est recommandée pour les naissances si le prestataire de santé et la parturiente prennent en considération l'importance d'une légère diminution de la perte de sang et d'une légère diminution de la durée de la troisième phase du travail. <sup>a</sup>	Recommandé
Massage utérin	46. Le massage utérin soutenu n'est pas recommandé en tant qu'intervention visant à empêcher l'hémorragie post partum (HPP) chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique. <sup>a</sup>	Non recommandé

### 2.2.5. Soins du nouveau-né

Les soins à apporter au nouveau-né sont dans le tableau suivant.

**Tableau V : Soins du nouveau-né**

Soins du nouveau-né		
Aspiration nasale ou orale de routine	47. Pour les nouveau-nés avec du liquide amniotique clair qui respirent spontanément après la naissance, l'aspiration de la bouche et du nez ne devrait pas être réalisée. <sup>c</sup>	Non recommandé
Contact peau-à-peau	48. Les nouveau-nés sans complications devraient être gardés en contact peau-à-peau (CPP) avec leur mère pendant la première heure après la naissance afin de prévenir l'hypothermie et d'encourager l'allaitement. <sup>d</sup>	Recommandé
Allaitement	49. Tous les nouveau-nés, y compris les enfants à faible poids de naissance (FPN) qui sont capables d'allaiter, devraient être mis au sein le plus rapidement possible après la naissance dès qu'ils sont cliniquement stables, et que la mère et l'enfant sont prêts. <sup>e</sup>	Recommandé
Prophylaxie de la maladie hémorragique par la vitamine K	50. Tous les nouveau-nés devraient recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire après la naissance (c'est à dire après la première heure durant laquelle l'enfant devrait être en contact peau-à-peau avec la mère et l'allaitement devrait être initié). <sup>a</sup>	Recommandé
Bain et autres soins post-naissance immédiats du nouveau-né	51. Le bain devrait être reporté au moins 24 heures après la naissance. Si cela n'est pas possible pour des raisons culturelles, le bain devrait être reporté au moins six heures. Il est recommandé de vêtir l'enfant correctement en fonction de la température ambiante. Cela signifie une ou deux couches de vêtements de plus que les adultes, ainsi que des bonnets/capuchons. La mère et l'enfant ne devraient pas être séparés et devraient rester dans la même pièce 24 heures sur 24.	Recommandé

### 2.2.5. Soins de la femme après accouchement

Les soins à apporter à la femme après accouchement sont dans le tableau suivant.

**Tableau VI : Soins de la femme après accouchement**

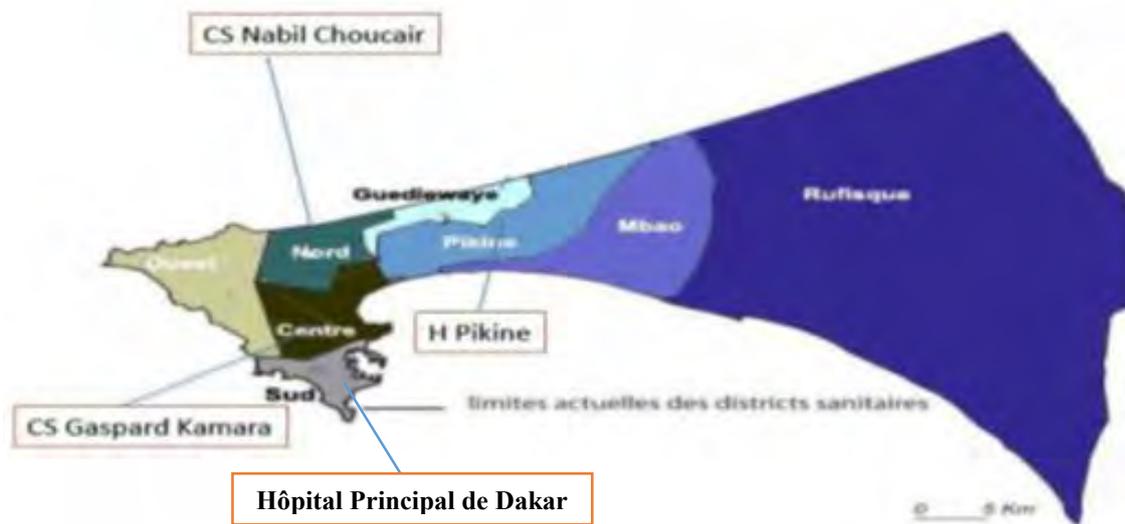
Soins de la femme après l'accouchement		
Surveillance de la tonicité utérine	52. La surveillance de la tonicité utérine dans le post partum pour l'identification précoce de l'atonie utérine est recommandée pour toutes les femmes. <sup>b</sup>	Recommandé
Antibiotiques pour naissance sans complications	53. L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications. <sup>c</sup>	Non recommandé
Antibiothérapie prophylactique de routine pour l'épisiotomie	54. L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu une épisiotomie. <sup>c</sup>	Non recommandé
Surveillance maternelle postpartum de routine	55. Toutes les femmes dans le postpartum devraient avoir un examen régulier de routine du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et de la fréquence cardiaque pendant les premières 24 heures à compter de la première heure après la naissance. La tension artérielle devrait être mesurée peu de temps après la naissance. Si elle est normale, la deuxième mesure de pression artérielle devrait être prise dans les six heures suivantes. Le résidu post-mictionnel devrait être mesuré dans les six heures. <sup>d</sup>	Recommandé
Sortie de l'hôpital après une naissance sans complications	56. Après une naissance sans complications dans un établissement de santé, les mères en bonne santé et leur nouveau-né devraient recevoir des soins dans l'établissement pendant au moins 24 heures après la naissance. <sup>a,d</sup>	Recommandé

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL**

## 1. CADRE D'ETUDE

Notre étude avait pour cadre quatre (4) maternités de la région de Dakar au Sénégal.

Il s'agissait des structures suivantes comme rapporté à la figure 3.



**Figure 3 :** Situation géographique des quatre maternités sur la presqu'île de Dakar

Il s'agissait comme indiquées (figure 3) des maternités suivantes :

- Hôpital Principal de Dakar (HPD)
- Centre de santé Nabil Choucair (CSNC)
- Centre de santé Gaspard Kamara (CSGK)
- Centre hospitalier de Pikine (CHNP)

**Tableau VII : Infrastructures, équipement et ressources humaines des cinq maternités**

	<b>Centre de santé Gaspard Kamara</b>	<b>Hôpital Principal de Dakar</b>	<b>Centre de santé Nabil Choucair</b>	<b>Hôpital de Pikine</b>
<b>Situation géographique</b>	District centre de la région de Dakar. La maternité a été créée en 1992.	District Sud de la région de Dakar. L'hôpital a été créé 1884	District Nord de la région de Dakar. Le centre a été créé en 1992	structure de référence située dans la ville de Pikine .Il a été inauguré le 26 Décembre 2006.
<b>Infrastructures et Equipements de la Maternité</b>	-1 salle de Tri -1salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchements -1salle d'aspiration avec une table gynécologique. -1 bloc opératoire -1 salle de planning familial -Des salles d'hospitalisation d'une capacité de 30 lits	-1 salle de tri -1salle d'accouchement avec 4 tables -1 salle de travail avec 4 lits -6 cabines individuelles 1 catégorie -5 cabines individuelles -19 chambres individuelles -1 vestiaire pour personnel -1 nurserie - 2 salles gardes pour sage-femmes -1 salle d'échographie - 1 salle de soins pour patientes externes	-1salle d'accouchement avec 4 tables et 3 lits en salle de travail -2 lits en grossesse pathologique -4 lits en suite de couches -10 lits en post-opératoire -1 bloc opératoire -3 lits en salle de réveil	-1 salle de tri avec un bureau -2salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchements -4 lits en grossesse pathologiques -8 lits en post-opératoire -20 lits en hospitalisation -Un bloc opératoire fonctionnel avec 3 salles
<b>Ressources Humaines au moment de l'étude</b>	-Trois gyneco-obstetriciens -Un médecin anesthésiste -Deux techniciens anesthésistes -Un major de bloc -Trois infirmiers en salle de réveil -Six aides opérateurs et trois -24 Sages-femmes d'état un infirmier d'état en grossesse pathologique	-Trois gynéco-obstétriciens -Des médecins inscrits au DES -Une surveillante des soins -8 aides-infirmières -Une maitresse sage-femme -26 sages-femmes réparties dans différents secteurs -6 filles de salle -1 secrétaire -1 major administratif -1 maitre d'hôtel -7 agents de service hospitaliers	- Un assistant - Deux gynéco-obstétriciens -Des médecins inscrits au DES -Une maitresse sage-femme -13 sages-femmes -1 infirmière d'état en post-op -3 infirmières brevetées -1 major de bloc -3 aides opérateur -1 médecin anesthésiste -6 techniciens anesthésistes	-Deux professeurs titulaires -1 assistants -2 interne -2 gyneco-obstetriciens -Des médecins inscrits au DES -3 médecins anesthésistes -4 techniciens anesthésistes -3 aides opérateur -13sages-femmes

## **2. MATERIEL ET METHODE**

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique menée sur une période de huit (08) mois, du 1<sup>er</sup> Octobre 2019 au 31 Mai 2020 dans quatre (4) maternités de référence de la région de Dakar. Elle entrainait dans le cadre d'une étude du mémoire pour l'obtention du diplôme de gynéco-obstétricien.

### **2.1. Critères d'inclusion**

Etaient incluses dans notre étude toutes celles qui présentaient les caractéristiques suivantes :

- être porteuse d'une grossesse mono-fœtale intra-utérine évolutive à terme ;
- être entrée spontanément en travail ;
- être en phase active du travail (dilatation du col supérieure ou égale à 4 cm) ;
- un fœtus en présentation du sommet ;
- ne pas présenter de complications obstétricales exigeant une césarienne en urgence ;
- avoir donné un consentement éclairé.

### **2.2. Critères de non inclusion**

Nous avons exclu de notre étude toutes les parturientes chez lesquelles était noté :

- une dystocie mécanique ou dynamique ;
- une grossesse gémellaire ;
- une extraction instrumentale ;
- une chorioamniotite ;
- une mort fœtale in utero, ou
- une absence de consentement ou l'impossibilité de donner un consentement éclairé

### **2.3. Collecte et analyse des données**

La collecte des données a été faite à partir de plusieurs questionnaires (cf. annexe).

L'étude comportait deux volets :

- un premier volet observationnel pendant lequel tous les actes de prestations ont été notés ;
- Dans un deuxième temps, les parturientes ont été soumises à une interview à l'aide d'un questionnaire semi-structuré avec questions ouvertes et

fermées lors d'un entretien individuel, après consentement éclairé ,afin de recueillir leur opinion sur la prise en charge du travail, sur la qualité des soins dispensés, ainsi que sur l'attitude et la compétence du prestataire.

La saisie et l'analyse statistique étaient réalisées grâce au logiciel SPSS version 20.0.

#### **2.4. Limites de l'étude**

- refus de certains prestataires d'être observés ;
- accueil désagréable de certains prestataires.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Effectif

Nous avons pu observer 200 accouchements normaux et interviewés les 200 parturientes (accouchées) dans le post-partum immédiat.

Dans notre étude il y a eu aucun refus de participer à l'étude

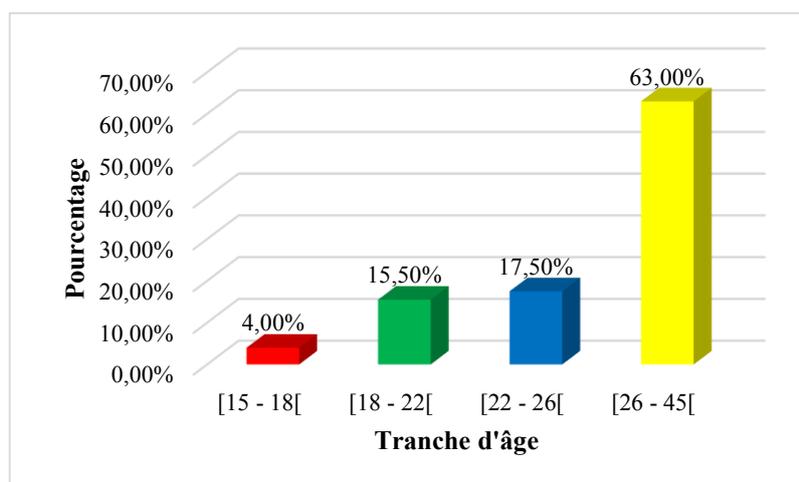
**Tableau VIII:** Répartition des parturientes selon le lieu d'accouchement

Structure	Effectif	Pourcentage (%)
Hôpital Principal de Dakar	99	49,5
CS Gaspard Kamara	38	19
C.S Nabil Choucair	36	18
Hôpital Pikine	27	13,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Près de la moitié des accouchements (49,5 %) avaient été observés au niveau du l'Hôpital Principal de Dakar.

#### 3.2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

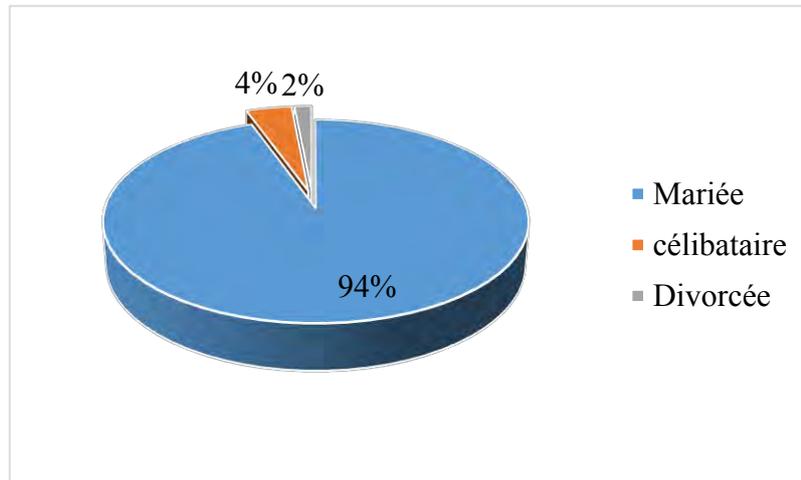
##### 3.2.1. Age



**Figure 4 :** Répartition des parturientes selon la tranche d'âge (n = 200)

L'âge moyen des parturientes était de 28 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. La tranche d'âge allant de 26 à 45 ans était la plus représentée. Sept parturientes soit 4% étaient des adolescentes.

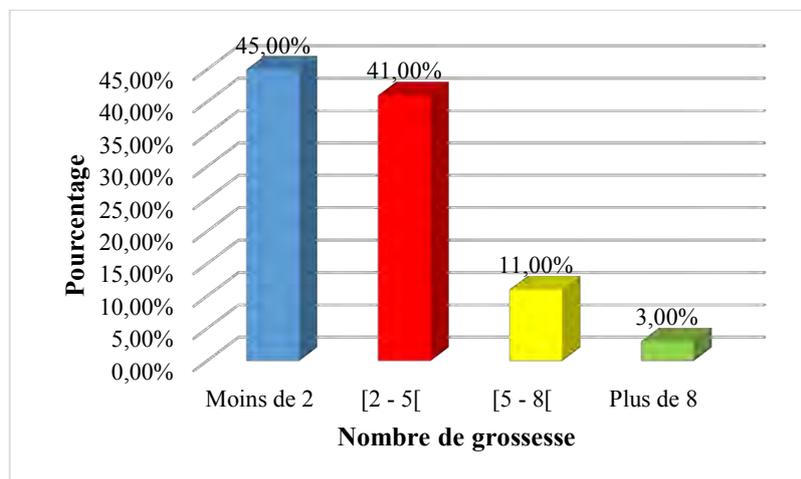
### 3.2.2. Situation matrimoniale



**Figure 5 :** Répartition des parturientes selon le statut matrimonial (n=200)

Les parturientes étaient mariées dans la majorité des cas (94%). Le ménage était monogame dans 46,5% de cas.

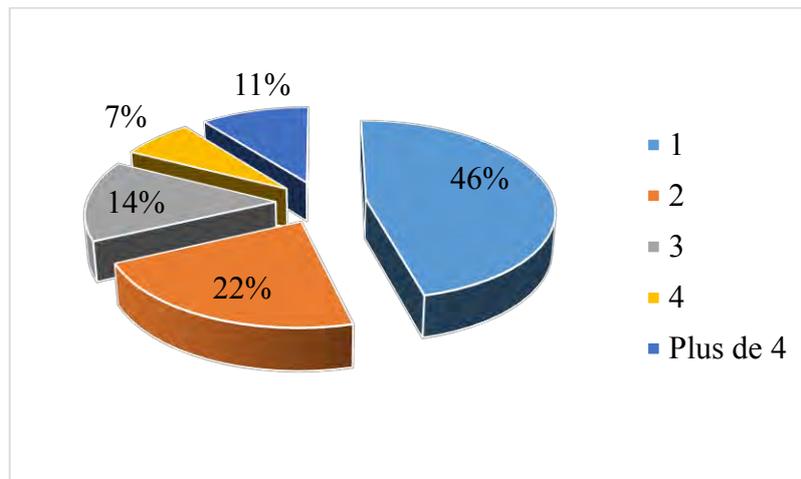
### 3.2.3. Gestité



**Figure 6 :** Répartition des parturientes selon la gestité (n=200)

La gestité moyenne était de 2 grossesses avec des extrêmes de 1 à 9. Les primigestes étaient au nombre de 90 (45 %).

### 3.2.4. Parité



**Figure 7 :** Répartition des parturientes selon la parité (n=200)

La parité moyenne était de 2 enfants avec des extrêmes de 1 à 7. Les primipares représentaient 46 % de l'effectif.

### 3.3. Histoire de la grossesse

#### 3.3.1. Préparation à l'accouchement

Aucune des parturientes n'avait établi un plan d'accouchement individuel pendant la grossesse.

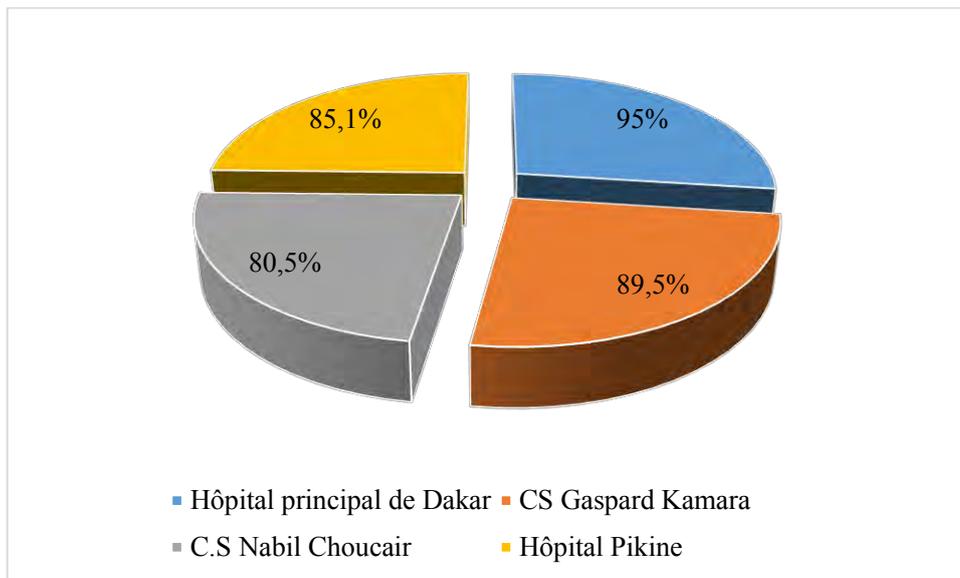
### 3.4. Données cliniques observationnelles

#### 3.4.1. Au cours de la phase de dilatation

##### ➤ Présence d'un accompagnant

Dans la totalité des cas, aucun accompagnant n'avait été autorisé en salle de travail avec les parturientes.

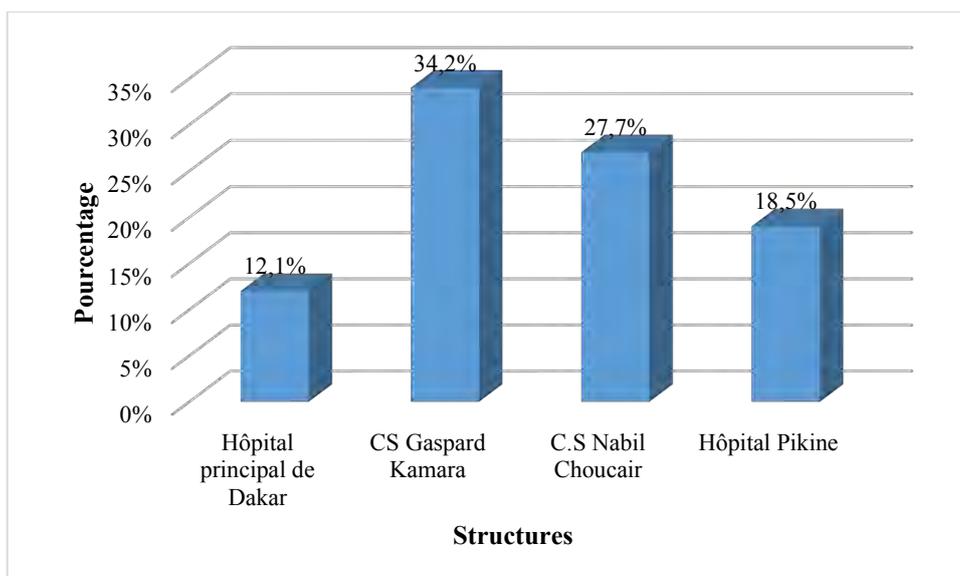
➤ **Pratique du changement de position de la parturiente**



**Figure 8 :** Taux d'application du changement de position en fonction des structures

Nous avons noté que le changement de la position de la parturiente (du décubitus dorsal en décubitus latéral, ainsi que la déambulation) était encouragé dans la plupart des structures comme l'illustre la figure 8 avec un taux d'application moyen était de 87,5% et celle-ci était fortement recommandée à l'hôpital principal de Dakar.

➤ **Prise de boissons au cours du travail**



**Figure 9 :** Taux de consommation de boisson dans les structures

Nous avons constaté la prise de boissons au cours de la parturition était autorisée dans 34,2% de cas. Le taux moyen d'application était de 23,1% au CSGK avec un taux de 34,2%.

➤ **Pratique du rasage vulvaire**

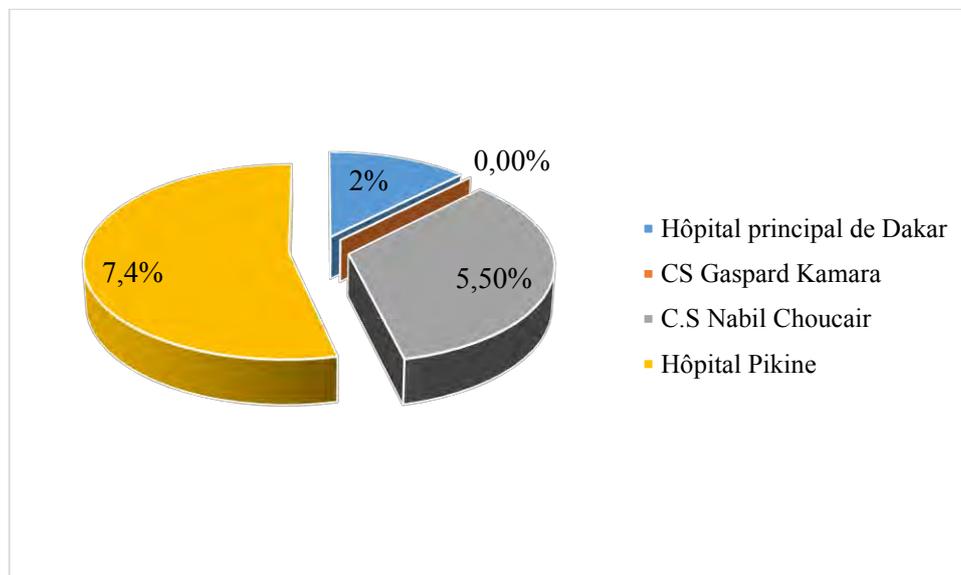
Le rasage vulvaire n'avait été effectué chez aucune patiente.

➤ **Pose de voie veineuse**

Presque la totalité des parturientes (196 soit 98%) avait bénéficié d'une voie veineuse et avec une perfusion de sérum glucosé 5%.

➤ **Usage de l'ocytocine**

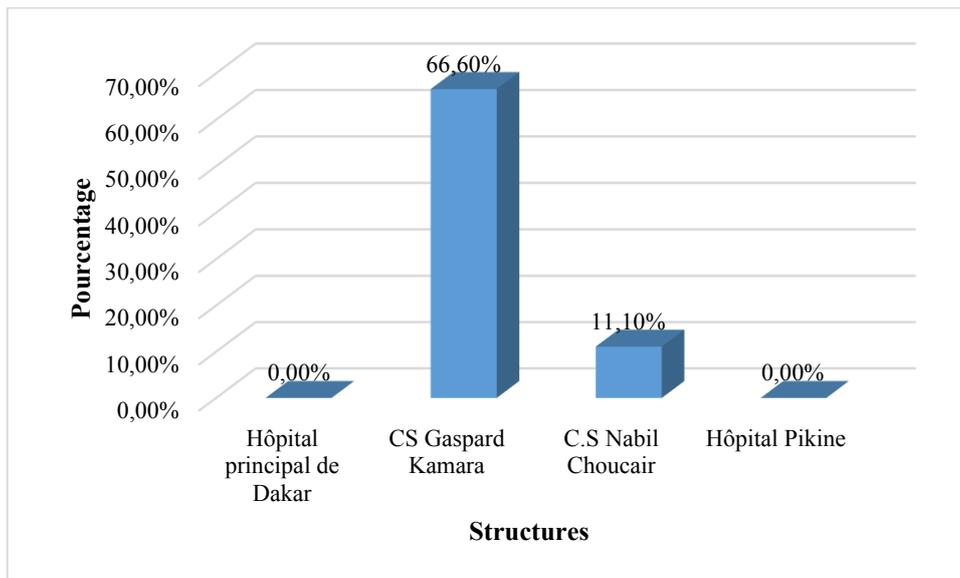
Le recours à la direction du travail avec de l'ocytocine était utilisée dans 7,3% des cas dans la plupart des structures. Seul le HPD avait atteint un taux de 20,8%.



**Figure 10 :** Utilisation de la perfusion ocytocine en fonction des structures

Le recours à la direction du travail avec de l'ocytocine était utilisée dans en moyenne 3,7% des cas dans la plupart des structures. Seule le l'hôpital de Pikine avait atteint un taux de 7,4%.

### ➤ Utilisation du partogramme



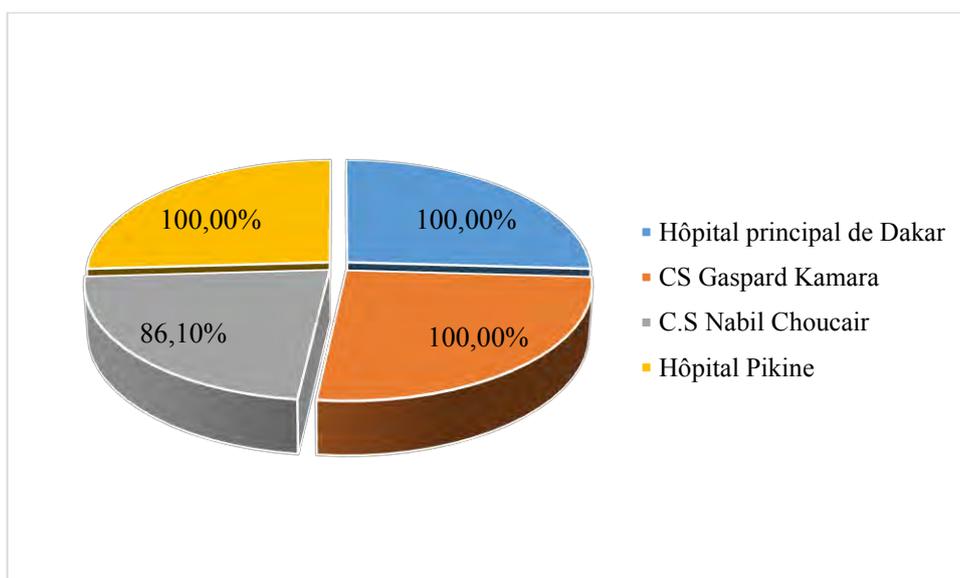
**Figure 11 :** Taux d'utilisation du partogramme selon les structures (n=200)

L'utilisation du partogramme au cours de la surveillance du travail n'était pas systématique chez toutes les parturientes comme l'illustre la figure 11. Le taux moyen d'utilisation était de 19,4%.

Il n'avait été rempli pour aucune parturiente au Centre Hospitalier de Pikine et à l'hôpital Principal de Dakar.

### 3.4.2. Prise en charge de la phase expulsive

#### ➤ Position de la parturiente au moment de l'expulsion

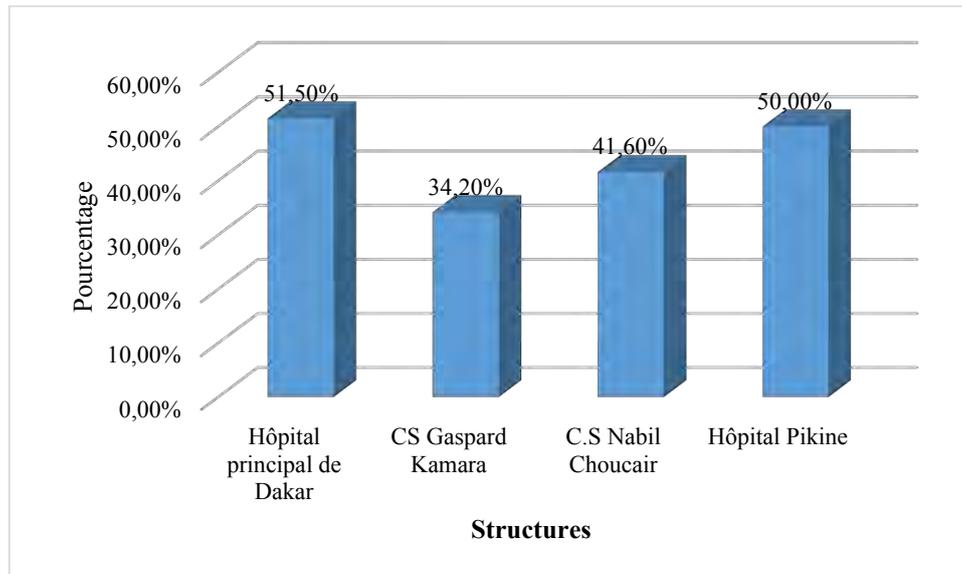


**Figure 12 :** Taux d'utilisation de la position dorsale selon les structures

Au cours de la phase expulsive, c'est la position dorsale qui était systématiquement utilisée au CH de Pikine (100%) et au Centre de Santé Gaspard Kamara (100%). Les prestataires y avaient recours dans 96,5% des accouchements en moyenne.

Seulement 5 patientes (13,9%) au Centre de Santé Nabil Choucair avaient eu la possibilité d'adopter une autre position que dorsale.

### ➤ Pratique de l'épisiotomie chez les primipares



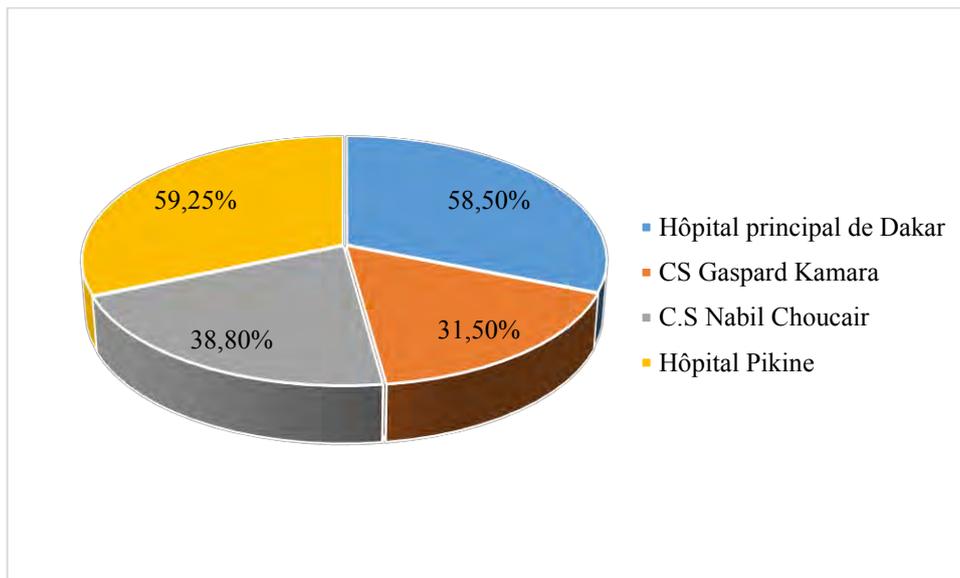
**Figure 13 :** Taux d'épisiotomie chez les primipares selon les structures

Le taux moyen d'épisiotomie était de 44,3% chez les primipares. A l'hôpital principal de Dakar, une épisiotomie était réalisée chez plus de la moitié (51,5%) des primipares.

### ➤ Disponibilité de matériel à usage unique

L'utilisation de matériel à usage unique était constatée dans la grande majorité des cas (99,5%).

➤ **Pratique des expressions abdominales**

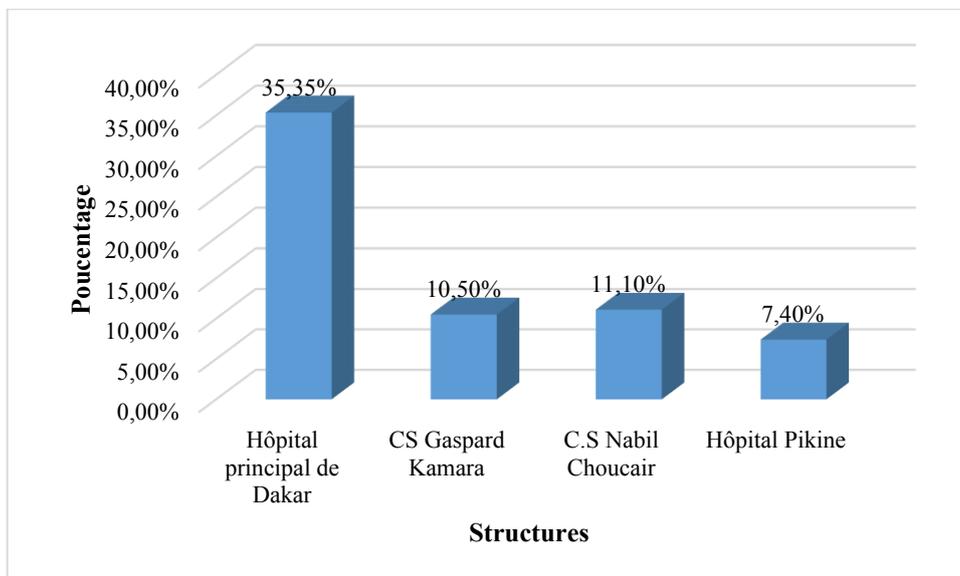


**Figure 14 :** Pratique des expressions abdominales selon les structures

Les prestataires avaient recours à des expressions abdominales dans près de la moitié des accouchements (47%).

Cette pratique était observée surtout au HPD (59,25%) et au CH de Pikine (58,5%).

➤ **Pratique du massage du périnée**



**Figure 15 :** Répartition des structures selon le massage du périnée (n=200)

Le massage du périnée était observé en moyenne dans 16% des accouchements.

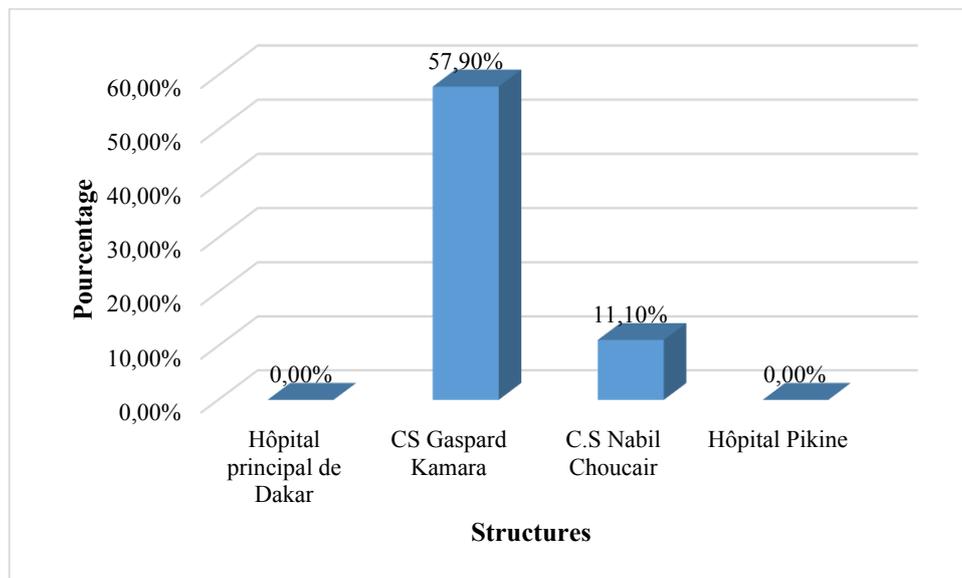
Le HPD (35,3%) étaient la structure dans laquelle les prestataires avaient le plus recours à cette pratique.

### 3.4.3. Prise en charge de la délivrance

#### ➤ Réalisation de la GATPA

Toutes les parturientes avaient bénéficié d'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).

#### ➤ Examen du placenta



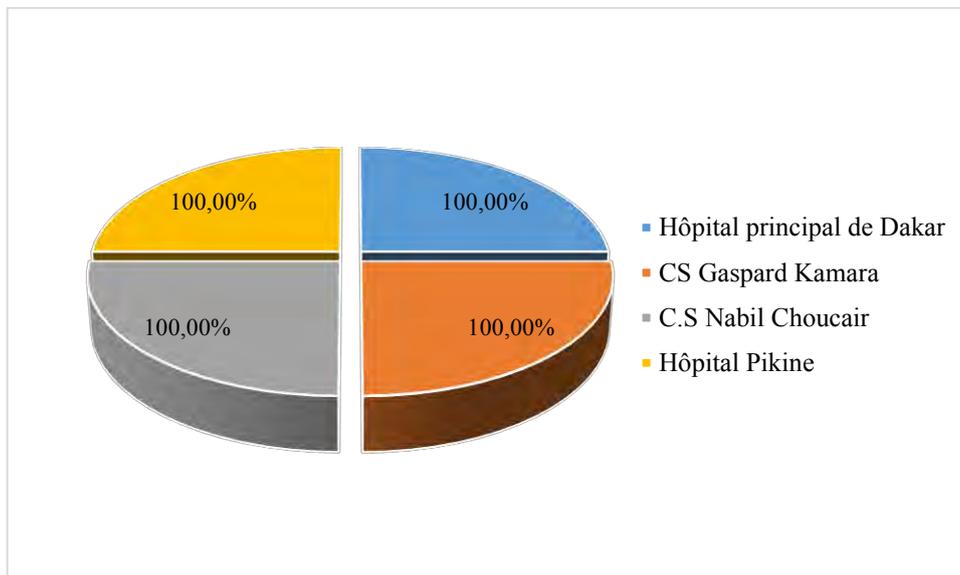
**Figure 16 :** Répartition des parturientes selon l'examen du placenta (n=200)

L'examen du placenta était en moyenne réalisé dans 17,5% des cas.

C'est au CSGK (57,9%) qu'il était le plus souvent réalisé comme l'illustre la figure 16.

### 3.4.4. Données observationnelles au cours du post-partum immédiat

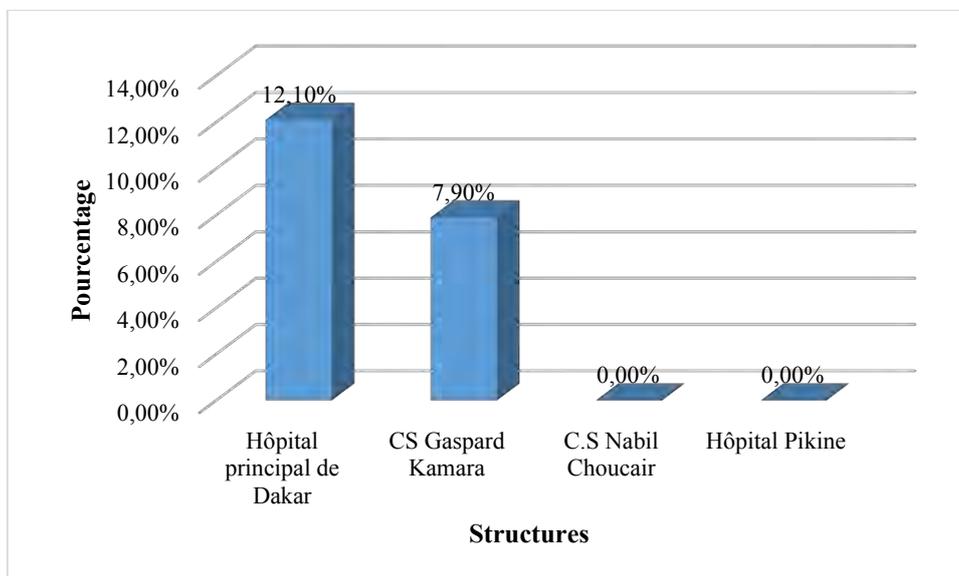
#### ➤ Réalisation du contact peau à peau



**Figure 17 :** Pratique du contact peau à peau selon les structures

La pratique du contact peau à peau de la mère avec le nouveau-né était effective dans la totalité des cas (100%).

#### ➤ Réalisation de la mise au sein précoce



**Figure 18 :** Répartition des parturientes selon la mise au sein précoce dans les structures

La pratique de la mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance de l'enfant était effective dans seulement 5% des cas en moyenne. Elle était inexistante au CSNC et au CH de Pikine comme l'illustre la figure 18.

### 3.4.5. Evolution dans le post-partum

#### ➤ Morbidité maternelle

Deux complications maternelles étaient notées dans 4 structures ( 4 %). Ils s'agissaient dans tous les cas d'une hémorragie du post-partum par atonie utérine ayant bien évolué sous traitement utérotonique.

#### ➤ Morbidité et mortalité néonatales

Nous avons enregistré un décès néonatale survenu au CSNC.

Trois nouveau-nés ( 1,5%) étaient transférés en unité de réanimation .

### 3.4.6. Application des directives de l'OMS dans les structures

**Tableau IX : Pratiques recommandées**

	<b>HPD</b>	<b>CSGK</b>	<b>CSNC</b>	<b>Pikine</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Accompagnante	0	0	0	0
Boissons/repas	12,1	34,2	27,7	18,5
Mobilité encouragée	95,5	89,3	89,2	81,8
Partogramme	0	66,6	11,1	0
Matériel à usage unique	94,4	100	100	100
GATPA	100	100	100	100
Examen placenta	0	57,9	11,1	0
Peau à peau	100	100	100	100
Mise au sein précoce	12,1	7,9	0	0

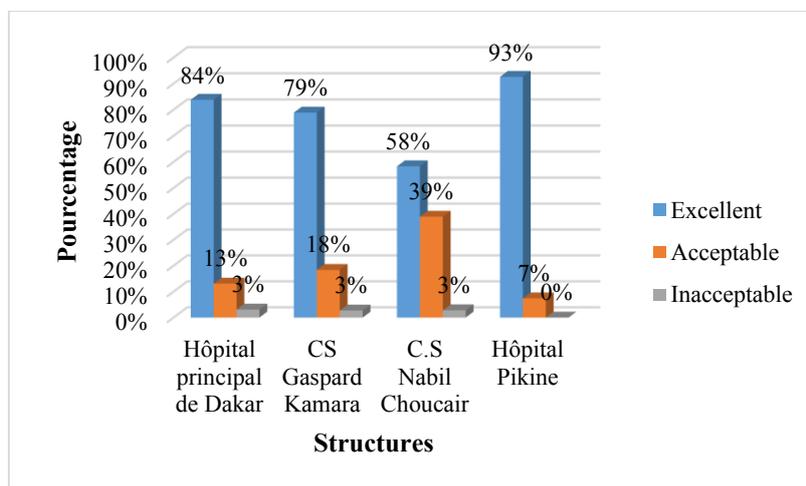
**Tableau X : Pratiques non recommandées**

	<b>HPD</b>	<b>CSGK</b>	<b>CSNC</b>	<b>Pikine</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Massage du périnée	35,35	10,5	11,1	7,4
Position dorsale systématique	100	100	86,1	100
Rasage vulvaire	0	0	0	0
Voie veineuse/perfusion	97,8	100	94,6	98
Perfusion ocytocine	2	0	5,5	7,4
Expressions abdominales	58,5	31,5	38,8	59,25
Épisiotomie/primipares	51,5	34,2	41,6	50

### 3.5. Données qualitatives

L'interview des parturientes dans le post-partum avait permis de recueillir certaines données qualitatives concernant la propreté de locaux, la qualité de l'accueil et de la prise en charge, mais également leur suggestion pour l'amélioration de la qualité des soins.

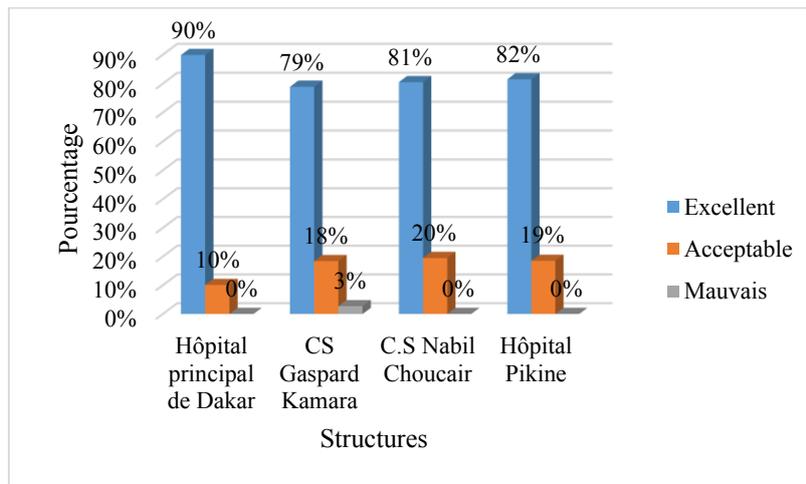
#### 3.5.1. Propreté de la salle d'accouchement



**Figure 19 :** Appréciation de la propreté de la salle d'accouchement par les parturientes (n=200)

Dans notre échantillon, 159 parturientes (79,5%) estimaient que la propreté de la salle d'accouchement était excellente.

### 3.5.2. Qualité de l'accueil



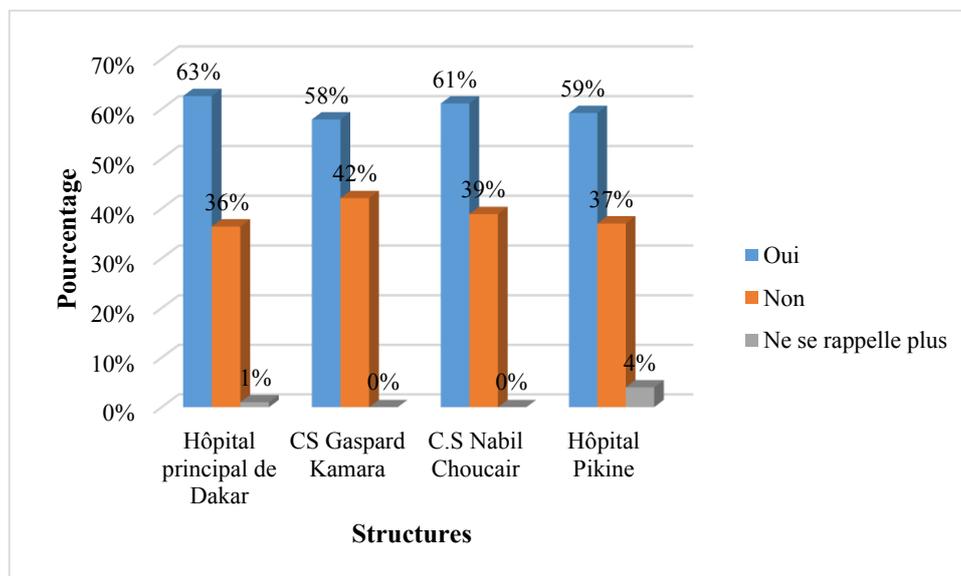
**Figure 20 :** Appréciation de la qualité de l'accueil par les parturientes

La majorité des parturientes avait trouvé que l'accueil en salle d'accouchement était excellent.

Une seule parturiente déclarait avoir trouvé l'accueil très mauvais.

### 3.5.3. Renseignement fournis par le prestataire

L'interview s'intéressait également aux informations et explications fournies par les prestataires au moment de l'admission et au cours du travail.



**Figure 21 :** Appréciation de l'attitude des prestataires (n=200)

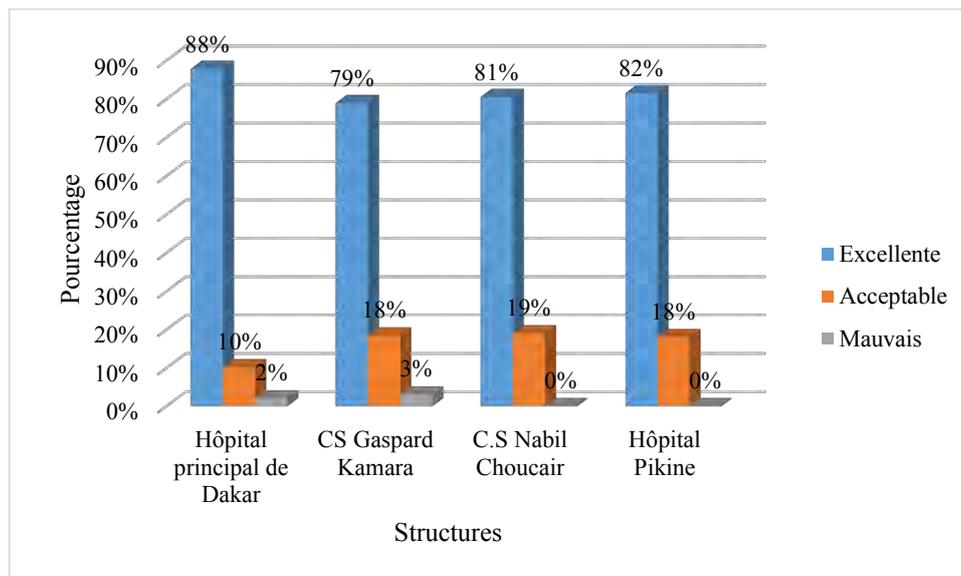
Comme le montre la figure 21 la majorité des parturientes (61%) déclarait avoir reçu des explications claires relatives à leur état et aux soins administrés.

Dans 38%, les patientes déplorait le manque de communication des prestataires.

### 3.5.4. Qualité des soins

Au cours de l'interview du post-partum, les parturientes avaient précisé ce qu'elles avaient le plus ou le moins apprécié lors de l'accouchement, globalement, les parturientes avaient en majorité (84%) estime que la qualité des soins prodigués avait été excellente.

Seulement 3 parturientes (1,5%) trouvaient que la qualité des soins était mauvaise.



**Figure 22 :** Appréciation de la qualité des soins par les parturientes

Concernant la qualité des soins reçus, la majorité des parturientes était très satisfaite après leur accouchement.

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Profil des parturientes**

Le profil de la parturiente était celui d'une paucipare âgée en moyenne de 28 ans, mariée, ménagère, scolarisée au niveau primaire. Ce profil correspond à celui de la période de fécondité maximale au Sénégal qui se situe entre 20 et 29 ans [1].

Dans une étude faite par Kassambara au Mali, l'âge moyen était de 25,5 ans avec une majorité de parturientes qui n'étaient pas scolarisées [14].

L'étude du profil socio-démographique dans notre série retrouvait que 118(59%) étaient des ménagères. Nos données sont comparables à celle d'une étude menée au Mali retrouvait 71,7% de femmes au foyer [14].

### **4.2. Qualité des soins**

#### **4.2.1. Surveillance prénatale**

Le tiers (1/3) des parturientes (32,5%) ont effectué plus 4 consultations prénatales, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS [10, 25].

Nos parturientes avaient réalisé moins de consultations prénatales que celles qui avaient accouché au Mali dans le district VI de la commune de Bamako ou les parturientes qui avaient réalisé au moins quatre consultations prénatales représentaient 33,7% [14].

#### **4.3.2. Prise en charge de l'accouchement et du post-partum selon les directives de l'OMS**

##### **4.3.2.1. Utilisation des pratiques recommandées**

Dans le cadre de l'accouchement humanisé, les principales pratiques recommandées par l'OMS au cours de l'accouchement sont la présence d'un(e) accompagnant(e), l'encouragement à changer de position, l'hydratation de la patiente par l'absorption de boissons et l'utilisation de matériel à usage unique [25].

##### **❖ Changement de position au cours du travail**

Pour certains auteurs, une femme était dite « mobilisée » si elle a au moins un changement de position en phase de latence et/ou un bain et/ou une déambulation avec au moins trois changements de position en phase active, entre décubitus dorsal ou latéral (aménagé ou non), position à quatre pattes, assise aménagée ou non, position debout, accroupie ou suspendue [20].

Dans nos pays en développement, les femmes sont de plus en plus nombreuses à accoucher dans des établissements de soins généralement en position dorsale imposée par l'obstétrique moderne [21]. Le décubitus dorsal a été adopté surtout pour le confort de l'accoucheur, sans tenir compte de la physiologie de l'accouchement. En effet, des études ont prouvé que la position dorsale classique entraîne une mauvaise transmission des forces de poussée, un étirement périnéal maximum dans le sens antéro-postérieur, un réflexe expulsif diminué ou tardif à l'origine d'un allongement de la phase expulsive.

Dans notre série, 99% des parturientes ont été encouragées à bouger au cours de la première phase du travail. Il s'agissait essentiellement de la position verticale avec déambulation et de la position latérale non aménagée.

#### ❖ **Ingestion de boissons au cours du travail**

Dans notre étude, le taux le plus élevé (34,2%) était retrouvé au Centre de Santé Gaspard Kamara qui a l'avantage d'être équipé d'une salle d'accouchement en style libre. Nous avons constaté que la majorité des sages-femmes étendaient les restrictions liquidiennes à la période de latence, ce qui allonge considérablement la période de jeûne. En effet, depuis les travaux de Mendelson en 1946, les équipes obstétricales imposaient un jeûne strict à toute femme en travail afin de diminuer le risque d'inhalation bronchique en cas d'anesthésie générale. Le syndrome de Mendelson ou syndrome d'inhalation bronchique, se définit comme le passage dans les bronches de liquide gastrique entraînant une inflammation grave [16]. Le degré de gravité de l'inhalation dépend principalement du volume et du pH du contenu gastrique. A l'heure actuelle, il est prouvé que, contrairement à ce qui était retenu sur l'effet bénéfique du jeûne strict dans la prévention du syndrome de Mendelson, l'ingestion de liquides clairs accélère la vidange gastrique et diminue l'acidité gastrique. Par ailleurs, le jeûne accélère la production de cétones, pouvant entraîner, en cas de dépassement de la capacité de tamponnement, une acidose métabolique [16].

Ainsi, cette règle est aujourd'hui remise en question par la plupart des sociétés savantes (Organisation Mondiale de la Santé, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, American Society of Anesthesiologists...) et on assiste à une réintroduction progressive des apports oraux liquidiens pendant le travail. En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé classe le fait de proposer des boissons (eau, jus de fruit sans pulpe, boissons gazeuses, thé clair, café noir, boissons pour sportifs...) pendant le travail dans la catégorie des pratiques à encourager en

l'absence de certains facteurs de risque (diabète, obésité et possibilité de césarienne) [10, 25].

#### ❖ **Présence d'un(e) accompagnant(e)**

Dans notre échantillon, aucun n'accompagnant n'avait été autorisé en salle d'accouchement. De nombreux tabous socio-culturels, concernant notamment la présence du conjoint, perdurent dans nos sociétés. Pourtant les effets bénéfiques de la présence d'un accompagnant, par le soutien continu qu'il apporte, sur la réduction des besoins en analgésiques et la réduction des extractions instrumentales sont prouvés. L'application effective de cette recommandation de l'OMS nécessite une formation des prestataires et des modifications dans la configuration de nos salles d'accouchements afin que l'intimité des parturientes soit préservée.

#### ❖ **Utilisation du partogramme**

Seulement 39 parturientes, soit 19,4%, avaient bénéficié d'une surveillance du travail à l'aide du partogramme.

L'utilité de cet outil d'aide de décision n'est plus à démontrer. L'OMS le considère comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le travail [10, 25].

Le partogramme constitue un moyen de surveillance du travail simple, peu onéreux et qui présente un bon rapport coût-efficacité.

Des études menées dans des centres de santé de référence de Bamako avaient montré que l'utilisation systématique du partogramme était associée une réduction du taux de la mortalité néonatale de 21‰ à 16‰, une réduction de la mortinatalité de 33‰ à 17,3‰ et une réduction du taux de décès maternels de 206,6 à 131 pour 100 000 naissances vivantes [3, 13].

#### ❖ **Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)**

La GATPA est la seule directive de l'OMS dans cette catégorie qui était appliquée dans tous les accouchements. Cette technique est également recommandée par la plupart des sociétés savantes (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique, Confédération Internationale des Sages-Femmes, Société Africaine des Gynécologues Obstétriciens...) pour la prévention de l'hémorragie du post-partum par atonie utérine. Elle comporte trois étapes essentielles qui sont : l'administration d'un utérotonique dans la première minute qui suit l'expulsion du fœtus, une traction contrôlée sur le cordon ombilical puis un massage utérin.

Une étude menée dans 7 pays (Bénin, Nicaragua, Indonésie, Ethiopie, Tanzanie, Salvador et Honduras) avait montré que le recours aux utérotoniques pendant la délivrance était quasi-universel. Cependant un respect scrupuleux des différentes étapes n'était retrouvé que dans 0,5 à 32 % des accouchements observés en raison de nombreux défauts dans les pratiques. Le même constat a été fait dans notre série avec notamment un examen du placenta qui n'était réalisé que dans 23,4% des cas.

#### ❖ **Contact peau à peau et mise au sein précoce**

Nos résultats montrent que ce premier contact peau à peau de la mère avec le nouveau-né était presque systématiquement réalisé (100%). Dans une étude menée en France, un tiers (38%) des sages-femmes pratiquait le peau-à-peau [6]. Ce contact intime permet une interaction entre la mère et le nouveau-né et favorise la transition de la vie foetale à la vie extra-utérine.

Par contre la mise au sein précoce était rarement effective dans notre série (5%). Le contact précoce entre le nouveau-né et sa mère présente bien des avantages. Il facilite le démarrage de l'allaitement en utilisant au mieux les compétences et les réflexes du nouveau-né ; il permet aussi au nouveau-né de se réchauffer, il améliore son bien-être, et favorise la relation parent-enfant.

#### **4.3.2.2. Utilisation de pratiques non recommandées**

Nos résultats montrent que beaucoup de prestataires ont encore recours à des pratiques considérées comme inefficaces voire nocives.

En effet, nous avons constaté que la plupart des parturientes adoptaient une position dorsale systématique (96,5%) au moment de l'expulsion foetale. Dans la série de Lepleux [20] également, la position gynécologique restait majoritaire, qu'elle soit classique (66,8 %) ou aménagée (21,7 %) ; rares étaient celles qui avaient pu accoucher en décubitus latéral (10,8 %) ou quatre pattes (< 1 %).

Une voie veineuse avait été mise en place dans 98% des cas. Cependant l'administration d'ocytocine dans le but de diriger le travail n'avait été constatée que dans 7,3% des cas. Cette recommandation de l'OMS de ne pas mettre en place de manière systématique un cathéter veineux reste encore peu consensuelle et rarement mise en application. En effet beaucoup de praticiens la considèrent comme une mesure de sécurité dès l'admission en salle de naissance afin de ne pas retarder la réalisation d'un éventuel remplissage vasculaire en cas de nécessité.

Le massage du périnée, malgré le risque de lésions vaginales, de thrombus vulvaire et d'hémorragie du post-partum immédiat qu'il comporte, est une pratique qui perdure. Il était observé dans 16% des cas. Les prestataires doivent être sensibilisés sur le danger que représentent de telles pratiques. Par contre, la directive concernant le rasage vulvaire a été appliquée dans tous les cas par les prestataires.

Dans notre série, près de la moitié des parturientes (47%) ont subi des expressions abdominales au moment des efforts expulsifs. Il a bien été démontré que cette pratique était associée à une augmentation de la pression intra-utérine et des cas de rupture utérine sur utérus non cicatriciel lui sont imputables. La Haute Autorité de Santé en France recommande d'ailleurs, avec toutefois des niveaux de preuve très faibles, l'abandon de cette pratique [12]. L'expression utérine doit être prohibée dans nos salles d'accouchement car potentiellement dangereuse.

L'épisiotomie systématique chez les primipares. Dans notre série, le taux était de 44,3%. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande un taux inférieur à 30 % [8]. Des taux plus élevés étaient retrouvés par Moubarak avec 57,7% d'épisiotomies et 8% de déchirures périnéales chez les primipares [24].

En France, Barbier [4] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion périnéale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% contre 43 % avec  $p = 0,001$ ). De même, dans l'étude de De Tayrac [8], la primiparité était associée à un risque de déchirure périnéale du 3ème et 4ème degré.

#### **4.3.3. Degré de satisfaction et suggestions des parturientes**

La satisfaction des patients est un des indicateurs de la qualité des soins. Cependant, sa mesure après un accouchement est une évaluation complexe en pratique et elle doit tenir compte des indicateurs spécifiques de la satisfaction qui ont été mis en évidence par certains auteurs, comme la présence continue d'un même soignant pendant le travail et l'accouchement, les conditions du premier contact avec le nouveau-né, les attentes personnelles par rapport à la douleur ou le contrôle sur la prise de décision médicale ainsi qu'une implication dynamique à l'accouchement [10].

Nos parturientes, interrogées dans le post-partum, étaient satisfaites de la propreté de la salle d'accouchement (79,5%), de la qualité de l'accueil (83%) et enfin de la qualité des soins reçus (84%). Des résultats similaires ont été rapportés par Coulibaly [7] en 2001 au niveau de la Commune V de Bamako où l'accueil était

jugé satisfaisant dans 77,8% des cas. Boiré [5] avait rapporté un taux de satisfaction de 97,90% par rapport à l'accueil au niveau de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Par contre, l'étude de Kassambara [14] au niveau de la Commune VI du District de Bamako, retrouvait un taux d'insatisfaction de 61%.

En ce qui concerne la communication interpersonnelle avec les prestataires, plus de la moitié des parturientes (61%) déclaraient avoir reçu des explications sur les soins qui leur étaient prodigués. Dans la série de Fomba [11], seulement 10% des parturientes étaient informées du déroulement de l'accouchement. Le personnel médical doit apporter une aide psychologique et donner des renseignements sur l'évolution du travail car l'absence d'information constitue une source d'angoisse pour la parturiente et ses accompagnants.

Quant à l'appréciation des compétences du personnel, les parturientes se déclaraient satisfaites dans la majorité des cas (84%). Par contre, dans 5% des cas, elles n'avaient pas apprécié le comportement des prestataires.

L'utilisation de questionnaires validés, disponibles en français, tels que l'échelle WOMBLSQ4 «Women's Views of Birth Labour Satisfaction » pourrait nous permettre d'apprécier de manière plus objective le degré de satisfaction des parturientes après un accouchement [10]. Celle-ci comporte 30 items répartis en dix composantes : le support des soignants, les attentes par rapport à l'accouchement, l'évaluation à domicile en début de travail, le premier contact avec le nouveau-né, le soutien du partenaire pendant l'accouchement, l'accompagnement de la douleur, la prise en compte des douleurs après la naissance, la connaissance des soignants pendant l'accouchement, l'environnement, le contrôle du travail et de la situation.

Les suggestions émises par les parturientes reflètent les éléments qui doivent nécessairement être améliorés afin de fournir des soins de qualité aux mères et aux nouveau-nés. Il s'agissait essentiellement de l'amélioration de l'environnement et du changement de comportement des prestataires pour une application effective des soins maternels humanisés.

#### **4.3.4. L'antibiothérapie**

Nous avons remarqué que l'antibiothérapie prophylactique de routine était administrée systématiquement à toutes les femmes ayant accouchées par voie basse sans complication. Ce qui Ce qui n'est pas recommandé par l'OMS.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Une des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est l'assistance qualifiée au cours de l'accouchement. Pour que cette stratégie puisse contribuer efficacement à l'amélioration de survie de la mère et de l'enfant, l'OMS a émis des recommandations pour une prise en charge appropriée et de qualité des accouchements normaux. Ces recommandations sont classées en six catégories :

1. Soins tout au long de l'accouchement
2. Soins pendant la première phase du travail
3. Soins pendant la deuxième phase du travail
4. Soins pendant la troisième phase du travail
5. Soins du nouveau – né
6. Soins de la femme après accouchement

Afin d'évaluer le taux d'application de ces directives au sein de nos maternités, nous avons mené une étude prospective, observationnelle, multicentrique sur une période de 8 (08) mois, de début Octobre 2019 à fin Mai 2020 dans quatre (4) maternités de référence de la région de Dakar (Centre de Santé Gaspard Kamara, Centre de Santé Nabil Choucair, Hôpital Principal de Dakar, et Centre Hospitalier National de Pikine). Elle entrainait dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention de mon diplôme de gynéco-obstétricien.

Nos objectifs étaient de :

- déterminer le taux d'application des pratiques recommandées par l'OMS au cours de l'accouchement normal ;
- préciser le taux d'utilisation des pratiques non recommandées au cours de l'accouchement normal ;
- apprécier l'opinion des parturientes sur la prise en charge de l'accouchement ;
- recueillir les suggestions des parturientes pour l'amélioration de la prise en charge de l'accouchement ;
- formuler des recommandations pour améliorer la qualité des accouchements réalisés dans nos maternités.

Pour être incluses dans l'étude, les parturientes devaient être porteuses d'une grossesse mono-foetale intra-utérine évolutive à terme, être entrées spontanément en travail, être en phase active du travail avec un fœtus en présentation du sommet et ne pas présenter de complications obstétricales exigeant une césarienne en urgence.

L'étude comportait un premier volet observationnel pendant la prise en charge de l'accouchement par le prestataire, suivi d'une interview afin de recueillir l'opinion des parturientes sur la prise en charge du travail, sur la qualité des soins dispensés, ainsi que leur opinion sur l'attitude et la compétence du prestataire.

Nos résultats étaient les suivants :

Nous avons pu observer 200 accouchements. L'âge moyen des parturientes était de 28 ans. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 7. Le niveau d'instruction était primaire dans 33% des cas.

L'accouchement s'était déroulé à l'Hôpital Principal de Dakar dans 49,5% des cas, au Centre de Santé Nabil Choucair dans 18%, au Centre de Santé Gaspard Kamara dans 19%, et Centre Hospitalier de Pikine dans 13,5% des cas.

➤ **Concernant les pratiques recommandées par l'OMS :**

- aucun accompagnant n'était admis en salle d'accouchement ;
- les parturientes étaient autorisées à bouger dans 87,5% des cas ;
- les boissons étaient autorisées dans seulement 23,1% des cas ;
- un partogramme n'était réalisé que dans 19,5% des accouchements ;
- la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) était effectuée dans tous les cas mais sans examen systématique du placenta (17,5%) ;
- la technique peau à peau entre le nouveau-né et la mère était appliquée dans 10% des cas ;
- la mise au sein précoce était observée chez 5% des nouveau-nés.

➤ **Pour les pratiques non recommandées par l'OMS:**

- la mise en place d'une voie veineuse dans 98% des cas ;
- une perfusion d'ocytocine dans 7,4% des cas;
- une position dorsale au moment de l'expulsion dans 96,5%, et
- un massage du périnée dans 16% des cas.
- les prestataires avaient recours à des expressions abdominales dans près de la moitié des accouchements (47%).
- l'épisiotomie systématique chez la primipare, elle était réalisée dans 44,3% des cas dans notre étude.

L'interview réalisée après l'accouchement avait permis de recueillir les appréciations des accouchées :

- la propreté de la salle d'accouchement était jugée acceptable dans 79,5% des cas ;

- la majorité soit (83%) des parturientes estimait que l'accueil en salle d'accouchement était satisfaisant ;
- l'attitude des prestataires avait été appréciée globalement de manière favorable par 61% des parturientes. Cependant dans 38% des cas, les parturientes déploraient le manque de communication de la part du personnel ayant pris en charge l'accouchement.

Nos résultats nous amènent à formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité des accouchements normaux au niveau de nos structures sanitaires.

- **A l'endroit du Ministère de la Santé et l'Action Sociale du Sénégal**
  - Assurer la formation des prestataires sur l'accouchement humanisé;
  - Diffuser à l'échelle nationale les directives de l'OMS notamment en les insérant dans les documents de normes et protocoles en Santé de la Reproduction ;
  - Adapter les salles d'accouchement afin de permettre la présence d'un accompagnant et la mobilité de la parturiente
- **A l'endroit des prestataires**
  - Assurer une communication interpersonnelle de qualité avant, pendant et après l'accouchement ;
  - Fournir aux parturientes et à leurs conjoints des explications claires sur l'accouchement ;
  - Encourager la présence d'un accompagnant, la mobilité de la parturiente et l'hydratation au cours du travail ;
  - Utiliser systématiquement le partogramme lors de la surveillance du travail ;
- **A l'endroit de la communauté :**
  - Effectuer des consultations prénatales de qualité et avoir recours à l'accouchement assisté par un personnel qualifié au sein des structures sanitaires.

## **REFERENCE**

- 1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (Sénégal)**  
Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs multiples au Sénégal (EDS-MICS), 2010-2011.  
Calverton, Maryland, USA : ANDS et ICF International.
- 2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2018. Sénégal**  
Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017).  
*Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF*
- 3. Bamba M.**  
Etude antenne des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 3872 cas.  
Thèse Méd., Bamako, 1998. Numéro : 52
- 4. Barbier A et al.**  
La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ?  
Gynécol Obstet Fertil 2007;35:101-106.
- 5. Boiré M.**  
Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutiques de l'hôpital Gabriel Touré.  
Thèse Méd, Bamako 2000-00-M p. 69-79.
- 6. Chisa R.**  
Peau-à-peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité. Étude descriptive semi-expérimentale à propos de 50 sages-femmes et 58 couples « mère-nouveau-né » à la maternité du centre hospitalier universitaire.  
La Revue Sage-Femme 2009 ; 8, 138-144.
- 7. Coulibaly F.**  
Etude qualitative des causes de la mortalité maternelle à Bamako.  
Thèse Méd, Bamako, 1995, N°40.

- 8. De Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P.**  
Recommandations pour la pratique clinique : Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales.  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006;35 (1):1S24-1S31.
- 9. Donabedian A.**  
Exploration in assesement and monitoring, the definition of quality and approaches to it's assesement; health administration press An-Arbor. Michigan, vol 1, 1980.
- 10. Floris L, Mermillod B, Chastonay P.**  
Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement.  
Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 2010 ; 58 : 13–22.
- 11. Fomba S.**  
Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA à Magnambougou Commune VI du District.  
Thèse Méd, Bamako, 2003, Numéro : 64.
- 12. Haute Autorité de la Santé en France**  
Evaluation des pratiques professionnelles: Audit Clinique ciblé: surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme.  
Service Evaluation des Pratiques. Octobre 2006 ; p 35.
- 13. Kanté M.**  
Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partographe dans les maternités publiques.  
Thèse Méd. Bamako, 1999, Numéro : 75
- 14. Kassambara M**  
Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du District de Bamako.  
Thèse Méd, Bamako,1989, N°15, p179

- 15. Koemer MI, Montaya A.**  
L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire  
OMS, Publication offset n°105, Genève.
- 16. Kozlowski B, Gallot D, Poumeyrol D, Leymarie M C.**  
L'hydratation orale pendant le travail d'accouchement. État des lieux des  
pratiques des sages-femmes dans les maternités d'Auvergne.  
La Revue Sage-Femme 2012 ;11 : 9-15.
- 17. Lansac J, Berger C, Perrotin F, Marret H.**  
Conduite à tenir vis-à-vis d'une femme qui a accouché d'une manière  
imprévue à domicile. In obstétrique pour le praticien  
4<sup>e</sup> édition Masson, Paris, 1997, P :333-352,P :469
- 18. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.**  
Accouchement normal en présentation du sommet.  
In Pratique de l'accouchement Paris, Masson, 2001, P.53-72.
- 19. Lansac, J, Marret H, Oury J F.**  
Physiologie de la grossesse et du travail.  
In Pratique de l'accouchement, Masson, Paris, 2006 ; p16-67.
- 20. Lepleux F., Hue B., Dugué A.E., Six T., Riou C., Dreyfus M.,**  
Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations  
posturales encours de travail et d'accouchement  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013, 39- 42.
- 21. Makuch M Y.**  
Positions maternelles et mobilité au cours du premier stade du travail:  
Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er février 2010).  
Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale  
de la Santé.
- 22. Merger R, Levy J, Melchior J.**  
Précis d'obstétrique : accouchement normal.  
6<sup>e</sup> édition Masson, Paris, 2008, p :135-154, p : 597.

**23. Moubarak MO.**

Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies à propos de 200 cas.

Mémoire DES Gynécologie et obstétrique, Dakar, 2006

**24. Organisation Mondiale de la Santé**

La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme.

Partie 2: Manuel de l'utilisateur, Genève, 1994 ;35 :025-27.

**25. Organisation Mondiale de la Santé**

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide pratique.

Le partogramme. Partie IV : Principes de recherche opérationnelle.

Genève, 1994 ; 32 : 27-31.

## RESUME

**Objectif :** Evaluer la qualité des soins intra-partum dans quatre (4) maternités de référence de la région de Dakar en utilisant des référentiels internationaux (recommandation de l'OMS sous cité).

**Matériel et méthode :** Il s'agissait d'une étude multicentrique prospective, descriptive de type observationnelle menée sur une période de quatre (08) mois, du 1er Octobre 2019 au 31 Mai 2020 dans cinq (4) maternités de référence de la région de Dakar.

**Résultats :** Le profil épidémiologique de nos parturientes est celui d'une paucipare avec un âge moyen de 28 ans, une gestité moyenne de 2, une parité moyenne de 2 et elles provenaient majoritairement de l'Hôpital principal de Dakar avec un taux de 49,5%.

Les pratiques recommandées de l'OMS comme l'utilisation du partogramme, la GATPA, la mise au sein précoce, le contact peau à peau, le changement de position pendant le travail et l'examen du placenta étaient appliquées relativement dans les 4 maternités.

Lors de l'accouchement, le partogramme était utilisé dans 66,6% des cas au CS Gaspard Kamara et 11,10% des cas au CS Nabil Choucair. Le partogramme n'était pas utilisé dans les autres maternités.

La totalité des parturientes avait bénéficié de la GATPA.

Seules 10 parturientes (5%) avaient mis au sein précocement leur enfant; 194 parturientes soit 100% avaient réalisé le contact peau à peau.

La majorité des parturientes (87,5%) avait changé de position pendant le travail.

57,90% des parturientes et 11,10% admises respectivement au CS Gaspard Kamara et au CS Nabil Choucair avaient bénéficié de l'examen du placenta délivré.

Les pratiques non recommandé par l'OMS comme l'épisiotomie chez la primipare et la direction du travail par l'ocytocine ont été observé.

L'épisiotomie chez la primipare a été appliqué dans toutes les maternités : Hôpital Principal de Dakar (40,4%), CS Gaspard Kamara (36,8%), CS Nabil Choucair (43,3%) et Hôpital de Pikine (50%). Le recours à la direction du travail avec de l'ocytocine était utilisée dans 7,3% des cas. Seul le CS Gaspard Kamara n'a pas eu recours à la direction du travail avec de l'ocytocine.

**Conclusion :** En somme nous pouvions dire que par rapport aux recommandations de l'OMS de 2015 seule les composantes suivantes ont été respecté : mobilité encouragée, matériel à usage unique, réalisation de la GATPA et en fin le contact peau à peau dans les différentes structures.

**Mots-clés :** GATPA – Accouchement – Qualité - Organisation Mondiale de la Santé - Dakar - Sénégal

Président:	M.	Philippe Marc	MOREIRA	:	Professeur Titulaire
Membres:	M.	Sérigne Modou	KANE GUEYE	:	Professeur Assimilé
	Mme	Mame Diarra	NDIAYE	:	Professeur Assimilé
Directeur de Mémoire :	M.	Philippe Marc	MOREIRA	:	Professeur Titulaire
Co- directeur de Mémoire :	M.	Omar	GASSAMA	:	Maître de Conférences Titulaire

**Armand Patrick Soh**

**E-mail : soharmand@yahoo.fr**