

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



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

Année universitaire 2024 – 2025

THESE

N° :.... /

**UTILISATION DU GUIDE DE GESTION DU
TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2026 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

M. COULIBALY BAKARY

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : M. Amadou BOCOUM, Maître de conférences

DIRECTEUR : M. Alassane TRAORE, Maître de conférences

MEMBRE(S) : M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue-Obstétricien

Mme. Maïmouna KANTE, Pédiatre

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



SECRETARIAT PRINCIPAL

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim ROUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie - Virologie
20	Mr Bréhima ROUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

22	Mr Souleyennane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim 1. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio MENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation

11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
57	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie

5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr 110 Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé

3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahim KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOCJO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail

21	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH

Je remercie le bon Dieu, le tout puissant ; le Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent. Je rends Grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin. AMEN !

Au Prophète Mohammed (Paix et salut sur lui)

Que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur vous et sur tous les membres de votre famille ainsi que sur vos fidèles compagnons.

A mon grand-père et ma grande mère : feu Sounkalo Coulbaly et feu Sitan Coulibaly

J'aurais voulu partager avec vous les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Grand-père et grande mère, grâce votre sagesse et vos qualités d'être, vous nous avez transmis à travers notre père une éducation exemplaire. Repose en paix Abba et Aya.

A mon père : Nouhoum Coulibaly

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

A ma mère : Mamou Coulibaly

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

A ma mère : Aby Bouaré

C'est l'occasion pour moi de témoigner ma reconnaissance à ton égard, sois ici remerciée et félicitée. Longue vie à toi.

A mes tontons et tantes : Samba Coulibaly, Bougoudjiri Coulibaly, Sanata Coulibaly et Djénéba Dembélé.

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis que je suis très petit jusqu'à la réalisation de ce travail. J'en serai toujours reconnaissant, que la Grace de Dieu vous accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN !

A mon oncle et sa femme : Nianegué Coulibaly et Awa Doumbia

Je ne serai arrivé jusqu'ici sans vous. Vous m'avez traité comme votre propre fils. Merci pour le soutien, l'accompagnement, la disponibilité, la sympathie et surtout l'accueil que vous m'avez fait. Je vous serai toujours reconnaissant. Qu'ALLAH vous récompense.

A mes frères et sœurs : feu Abou, Aly, Yacouba, Daouda, Oumar, Issouf, Chata, Fatoumata, Bintou, Bibatou, Maimouna et Barakissa.

Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes côtés car vous êtes tout simplement formidables. Vous avez répondu présents à mes besoins. Puisse ALLAH vous donner tout le bonheur possible, qu'il exauce tous vos vœux. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN !

A mes cousins et cousines : Madou, Cheick Oumar, Modibo, Awa, Sitan, Mariam, Oumou et Batoma.

Merci de votre soutien et bonne chance à vous tous.

A ma femme : Sali Dao

Femme courageuse, dévouée, croyante et respectueuse. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de te témoigner la bonne éducation reçue de tes parents.

Merci pour ton amour, ta gentillesse, ta générosité et pour tout ce que tu fais pour moi.

Tu m'exprime confiance et amour. Je suis persuadé que tu seras pour moi l'épouse dont j'ai tant rêvé d'avoir. Que Dieu nous donne la chance d'être unis pour toujours, qu'il nous donne longue vie couronnée de bonheur, de santé avec de beaux enfants bénis. Amen !

A ma fille : Mamou Coulibaly

Ta présence dans ma vie n'a fait que combler celle-ci d'avantage. Je te souhaite tous les bonheurs du monde.

REMERCIEMENTS

Je profite de cet instant solennel pour adresser mes vifs remerciements :

A mes amis et camarades : Bakary Dembélé, Issouf S Coulibaly, Mamadou Berthé, Makandian Kamissoko, Mallé Kéita, Assim Diallo, Salif S Coulibaly, Koniba Coulibaly.

Je ne trouve pas les mots pour vous dire ce que vous représentez pour moi. Merci pour tout. Vous êtes la preuve que la famille ne se définit pas que par les liens du sang mais est plutôt une question de qui te tient la main le jour où tu en as le plus besoin. Je m'incline devant votre générosité et votre dévotion. Puisse Dieu renforcer davantage nos liens. Réussite et prospérité sont mes vœux pour chacun de nous.

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maitres de la FMOS et FAPH de Bamako, trouvez dans ce travail chers Maitres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié. Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

Au médecin chef et le personnel administratif du CSRéf de la commune VI du district de Bamako :

Merci de m'avoir accueilli dans vos services et permis la réalisation de ce travail dans votre commune. Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

Aux médecins gynécologues de la maternité du CSREF CVI :

Vous nous avez impressionnés par la qualité d'hommes de science, votre bonté et votre envie de former les autres. Chers maitres, restez toujours dans ce chemin, qu'Allah vous octroie beaucoup de succès, de santé et de prospérité. Ce travail est le fruit de votre effort éducatif.

Aux sages-femmes, infirmières et l'ensemble des équipes du bloc opératoire :

Merci à vous pour toutes les considérations et soutiens tout au long de l'élaboration de ce travail.

A tout le personnel du CSRéf de la CVI :

Merci à vous pour la bonne collaboration et pour votre humanisme durant l'élaboration de ce travail.

A tous mes collègues du CSRéf de la CVI : Moussiré Sylla, Souleymane Mallé, Bréma Irango, Kassé Sissoko, Awa Diarra, Samba Diarra, Ibrahim Koita, Assétou Sissoko, Kadia Simpara, Mohamed Yaréssi, Aminata Daou, Souleymane Diakité et Aboubacar Diakité, merci pour le chemin fait ensemble. Courage et bonne continuation à vous tous.

A mes aînés : Dr Kamaté Gninoussa, Dr Sékou Traoré, Dr Nanténin Diakité, Niangaly Amanila, Dr Sogoba Souleymane, Dr Félix Théra, Dr Guindo Abdoul Karim, Dr Kouba Mamadou, Dr Fodé Kaba Berthé, Dr Issiaka Dolo, Dr Ibrahim Traoré, Dr Assi Koné, merci pour vos conseils.

Au DTC et mon équipe de garde du CSCom de Missabougou : Dr Bagayoko Oumar et Dr Konaté et équipes, merci de m'avoir appris les bases de la médecine. J'en suis et serai reconnaissant.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Amadou BOCOUM

- Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire coelioscopie et Gynécologie ;
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;
- Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique.

Cher maitre, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce malgré vos multiples occupations. Votre humilité, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre disponibilité fait de vous un maitre exemplaire. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Pr Soumana Oumar TRAORE

- Professeur agrégé de Gynécologie-obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CSRéf de la CV ;
- Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle (District de Bamako, 2009) ;
- Certifié du programme GESTA International (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada) ;
- Leader d'opinion local pour la surveillance des décès maternels et la riposte en Commune V.

Cher maitre, votre parcours académique et hospitalier témoigne d'un engagement exceptionnel au service de la médecine. Votre rigueur, votre sens de la discipline et votre disponibilité font de vous un modèle pour nous. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Alassane TRAORE

- Maître de conférences à la FMOS ;
- Spécialiste en Gynécologie-obstétrique ;
- Chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).

Cher maître, vous nous honorez en acceptant de diriger ce travail en consacrant de votre temps si précieux pour le parfaire. Nous avons été impressionnés par la qualité de votre enseignement et votre disponibilité qui font de vous un grand maître. Nous sommes fiers et heureux d'être comptés parmi vos élèves. Vos qualités sociales enviables, votre gentillesse et modestie exemplaire jointes à vos compétences professionnelles et humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession. Qu'Allah vous donne une longue vie.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Saleck DOUMBIA

- Gynécologue-obstétricien ;
- Praticien hospitalier au CSRéf de la CV ;
- Détenteur d'un Diplôme Universitaire en VIH (FMOS) ;
- Titulaire d'un Master en Colposcopie (Algérie) ;
- Détenteur d'un Diplôme Universitaire en Epidémiologie-Biostatistique (Institut Africain de Santé Publique) ;
- Détenteur d'un Diplôme Universitaire en Sénologie.

Cher maitre, votre expertise clinique, votre parcours académique et votre disponibilité constante ont largement contribué à l'aboutissement de ce travail. Votre sens du partage et vos conseils avisés ont été pour nous un apport précieux. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Maimouna KANTE

- Médecin pédiatre ;
- Praticienne hospitalière au CSRéf de la commune V ;
- Membre de l'association Malienne de pédiatrie.

Cher maitre, c'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités scientifiques et votre enseignement nous ont impressionnés ; votre simplicité et votre disponibilité ont largement amélioré ce travail. Veuillez accepter cher maitre, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

A	: Antérieur
APGAR	: Apparence, Pouls, Grimace, Activité et Respiration
ATCD	: Antécédent
BDCF	: Bruit du cœur fœtal
C	: Clair
CPN	: Consultation prénatale
CSComs	: Centre de santé communautaires
CSRéf	: Centre de santé de référence
CU	: Contraction utérine
CVI	: Commune VI
DD	: Décubitus dorsal
EM	: En mouvement
GGTA	: Guide de gestion du travail d'accouchement
HU	: Hauteur utérine
I	: Intacte
M	: Méconium
O	: Oui
OIDA	: Occiputo-iliaque droite antérieur
OIDP	: Occiputo-iliaque droite postérieur
OIGA	: Occiputo-iliaque gauche antérieur
OIGP	: Occiputo-iliaque gauche postérieur
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OP	: Occiputo-postérieur
OS	: Occiputo-sacral
P	: Protéines
Pr	: Précoce
RCF	: Ralentissement du rythme cardiaque fœtal
S	: Sang
SA	: Semaine d'aménorrhée
SC	: Siège complet
SD	: Siège décomplet
T	: Transverse
TD	: Tardif
V	: Variable

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Identification des informations et caractéristiques du travail lors de l'admission ..	15
Tableau II: Soins de soutien	16
Tableau III: Soins du bébé	17
Tableau IV: Soins de la femme	19
Tableau V: Progression du travail	21
Tableau VI: Médicaments	22
Tableau VII: Prise de décision partagée.....	23
Tableau VIII : Chronologie de mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf	28
Tableau IX: Composition du personnel du service de Gynéco-Obstétrique de la CVI	30
Tableau X: Les variables étudiés	31
Tableau XI : Répartition des parturientes selon les données sociodémographiques.....	36
Tableau XII : Répartition des parturientes selon les données de suivi de la grossesse.....	37
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les données cliniques	37
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon l'identification et caractéristiques du travail lors de l'admission	38
Tableau XV : Répartition des parturientes selon les soins de soutien	39
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les soins du bébé	40
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon les soins de la mère	41
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la progression du travail.....	42
Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les médicaments.....	43
Tableau XX : Répartition des parturientes selon la qualité de renseignement des paramètres	43
Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la prise de décision partagée.....	43
Tableau XXII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les caractéristiques du travail à l'admission.	45
Tableau XXIII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la posture	46
Tableau XXIV : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les soins du bébé	47
Tableau XXV : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les soins de la mère	48
Tableau XXVI : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la progression du travail.....	49

Tableau XXVII : relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les médicaments	50
Tableau XXVIII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la prise de décision partagée	50

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les différents temps du travail d'après Freidman	8
Figure 2: Diagramme de Lacomme.....	9
Figure 3: Partogramme à deux lignes pour la primipare d'après Philpott	10
Figure 4: Partogramme à une ligne chez la primipare d'après O'Driscoll.....	11
Figure 5: Le partogramme de l'OMS.....	11
Figure 6: Le partogramme modifié de l'OMS ou GGTA	13
Figure 7: Les sept sections du GGTA	14
Figure 11: La carte sanitaire de la commune VI	27
Figure 12 : Répartition des nouveau-nés selon le poids.....	44

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	5
Objectif général	5
Objectifs spécifiques	5
I. GENERALITES.....	7
1.1. Rappels :.....	7
1.2. Définition :	7
1.3. Histoire du partographe :.....	7
II. METHODOLOGIE	26
2.1. Cadre et lieu d'étude :	26
2.2. Type d'étude :.....	30
2.3. Période d'étude :.....	30
2.4. Population d'étude :	30
2.5. Support des données :.....	31
2.6. Analyse des données :	33
2.7. Aspect éthique :.....	33
2.8. Définitions opérationnelles :	33
III. RESULTATS	36
3.1. Fréquence :	36
3.2. Données sociodémographiques :.....	36
3.3. Données cliniques :	37
3.4. Identification et caractéristiques du travail lors de l'admission :.....	38
3.5. Soins de soutien :.....	39
3.6. Soins du bébé :	40
3.7. Soins de la mère :	41
3.8. Progression du travail :.....	42

3.9.	Médicaments :	43
3.10.	Qualité de renseignement des paramètres :	43
3.11.	Prise de décision partagée :	43
IV.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
4.1.	Discussions méthodologiques :	52
4.2.	Données sociodémographiques :	52
	Pronostic maternel :	55
	CONCLUSION	57
	RECOMMANDATIONS :	59
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
	ANNEXES	66

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le GGTA est un outil essentiel visant à garantir des soins de qualité fondés sur des données probantes, en mettant particulièrement l'accent sur la sécurité, la prévention des interventions inutiles et la promotion de soins de soutien respectueux [1].

Principalement conçu pour les femmes enceintes à priori en bonne santé (c'est-à-dire les femmes ayant des grossesses à faible risque) et leurs bébés et dont le travail d'accouchement a commencé sur la base de l'examen initial qui permet d'évaluer le bien-être de la femme et de son bébé et de déterminer le stade du travail [2].

La collecte d'informations sur le bien-être de la femme et de son bébé ainsi que sur la progression du travail au moyen du Guide de gestion du travail d'accouchement doit commencer lorsque la femme entre dans la phase active du premier stade du travail (dilatation du col de 5 cm ou plus), quel que soit sa parité, et indépendamment de l'état des membranes [3].

Bien que le Guide de gestion du travail d'accouchement ne doive pas être utilisé pendant la phase de latence du travail, les femmes et leurs bébés doivent tout de même être surveillés et recevoir des soins et du soutien durant cette période [2].

Le Guide de gestion du travail d'accouchement a été conçu pour être utilisé pour toutes les naissances dans les établissements de santé, y compris les établissements de soins de premier niveau, secondaires et tertiaires [4].

Les femmes qui accouchent dans des établissements de niveau inférieur peuvent avoir besoin d'être transférées vers un établissement de niveau plus élevé en cas de complications. Elles doivent donc avoir la possibilité de se rendre dans un établissement approprié et avoir accès à des moyens de transport pour être transférées en toute sécurité et en temps opportun [5].

L'utilisation du Guide de gestion du travail d'accouchement peut faciliter l'identification précoce des complications potentielles ; par conséquent, il devrait faciliter les transferts en temps opportun le cas échéant [1].

Son utilisation permet de :

- guider le suivi du bien-être des femmes et des bébés et de la progression du travail ;
- aider le personnel de santé qualifié à offrir des soins de soutien tout au long du travail afin que les femmes aient une expérience positive de l'accouchement ;

- aider le personnel de santé qualifié à détecter et à traiter rapidement les complications liées au travail, en fournissant des seuils de référence pour les données à surveiller pendant le travail afin que le personnel soit alerté et prenne les mesures qui s'imposent si des observations anormales sont enregistrées ;
- prévenir les interventions inutiles pendant le travail et l'accouchement ;
- faciliter l'audit et l'amélioration de la qualité de la prise en charge du travail [2].

De 2016 à nos jours l'OMS a mis en œuvre des séries de recommandations pour l'amélioration positive de la grossesse, de l'accouchement et de la période du postpartum [6].

Depuis l'introduction de cet outil de surveillance de nombreuses études d'évaluation menées par l'OMS à travers le monde ont montré son efficacité [7].

Au Mali, une étude réalisée en 2016 au CSRéf de la commune VI sur l'utilisation du partographe a montré que, bien que 100% des femmes disposer d'un partographe, celui n'était correctement renseigné au cours de la surveillance du travail que dans 49,5% des cas. Par ailleurs, seuls 31,4% des partographes étaient ouverts dès l'admission. Les partographes incomplètement remplis représentaient 95,5% des cas [8].

Malgré ce progrès, nous constatons que dans l'utilisation de cet outil on rencontre d'énormes difficultés telles que la mauvaise qualité de remplissage ; des interruptions et même des abandons. Pourtant, sa bonne utilisation permet une meilleure prise en charge fœto-maternelle au cours du travail d'accouchement [1].

Selon l'OMS (Stratégie Mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant et de l'adolescent 2016-2020), il existe des preuves qu'un nombre important de femmes subissent au moins une intervention obstétricale pendant le travail et l'accouchement (induction du travail, accélération du travail par l'ocytocine, césarienne, accouchement par voie basse avec assistance instrumentale, épisiotomie)[9]. Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à réduire la propre capacité de la femme à donner naissance ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement [10], c'est dans ce cadre que l'OMS recommande l'utilisation du GGTA dans les maternités.

Au Mali, le Ministère de la Santé et du Développement Social du Mali a introduit le guide de gestion du travail d'accouchement afin de renforcer la qualité du suivi intrapartum, dans le but d'améliorer les soins de santé maternelle et fœtale [11].

Cette initiative s'inscrit dans une dynamique d'optimisation de la surveillance du travail et de réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale [12].

Pour la mise en application du GGTA au Mali deux régions ont été retenues comme site pilote : le district de Bamako et la région de Sikasso.

Depuis sa mise en application au Mali en 2023 aucune étude n'a été réalisée sur le GGTA au CSRéf de la commune VI pour fournir le point sur l'utilisation, le remplissage et son impact sur la santé de la mère et de l'enfant d'où cette étude.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier le Guide de gestion du travail d'accouchement dans le service de gynéco – obstétrique du Centre de Sante Référence de la Commune VI.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence d'utilisation du GGTA ;
2. Décrire la qualité de remplissage du guide de gestion du travail d'accouchement ;
3. Déterminer le pronostic Maternel et fœtal.

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. Rappels :

Le travail d'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques, qui aboutissent à l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus et ses annexes hors des voies génitales à partir de 28 semaines d'aménorrhée (SA) [13].

Il se déroule en 3 périodes :

- La première correspond à l'effacement et la dilatation du col ;
- La deuxième correspond à la sortie du fœtus (expulsion) ;
- La troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes).

L'OMS recommande l'utilisation du partographe pour surveiller toute femme en travail [11].

L'utilisation correcte du partographe permet de :

- Fournir une représentation graphique de la progression du travail, de l'état de la mère et du fœtus
- Permettre le dépistage précoce d'un travail prolongé ou d'une dystocie
- Informer sur les prises de décision au cours du travail [14].

1.2. Définition :

Le GGTA est un outil essentiel visant à garantir des soins de qualité fondés sur des données probantes, en mettant particulièrement l'accent sur la sécurité, la prévention des interventions inutiles et la promotion de soins de soutien respectueux [1].

Son utilisation permet de :

- guider le suivi du bien-être des femmes et des bébés et de la progression du travail ;
- aider le personnel de santé qualifié à offrir des soins de soutien tout au long du travail afin que les femmes aient une expérience positive de l'accouchement ;
- aider le personnel de santé qualifié à détecter et à traiter rapidement les complications liées au travail, en fournissant des seuils de référence pour les données à surveiller pendant le travail afin que le personnel soit alerté et prenne les mesures qui s'imposent si des observations anormales sont enregistrées ;
- prévenir les interventions inutiles pendant le travail et l'accouchement ;
- faciliter l'audit et l'amélioration de la qualité de la prise en charge du travail.

1.3. Histoire du partographe :

1.3.1. Historique du partographe dans le monde :

L'analyse graphique de la progression du travail s'est développée à partir de 1954, à la suite des publications de Friedman. E.A [15].

Friedman a établi le schéma d'une dilatation normale du col, après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique.

Friedman a choisi alors d'étudier les modifications de la dilatation du col utérin chez une centaine de primipares.

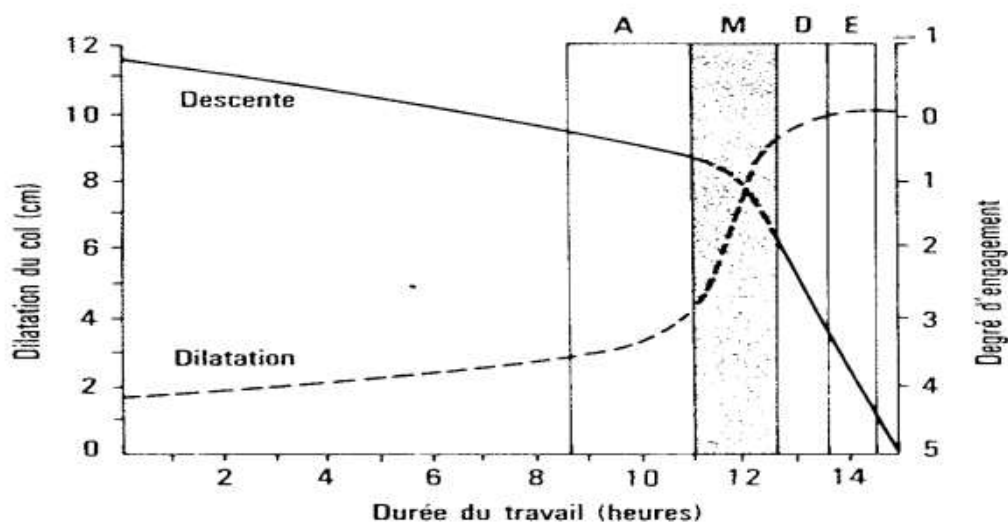


Figure 1: Les différents temps du travail d'après Friedman

Le résultat de ses travaux, il le confirmera par l'étude statistique des durées de travail à partir de 100.000 dossiers.

Friedman a alors fonctionnellement divisé le travail en deux parties. La première, dite phase de latence, elle correspond à l'effacement du col jusqu'à la dilatation de 2 à 3cm environ.

La durée est de 8 à 10 heures chez une primipare, et de 5 à 6 heures pour une multipare.

Elle est suivie d'une deuxième phase, dite active, ramenant à la dilation complète. Elle dure 5 à 6 heures plus ou moins 3 pour une primipare et 2 heures 30 plus ou moins 1 pour une multipare.

Cette phase est caractérisée par l'accélération du travail ou la vitesse de la dilatation est maximale, et une décélération (ou d'inertie) qui précède la dilatation complète.

En 1969, Hendricks et AL. [16] ont contesté l'existence de cette décélération et ont démontré que pendant la phase active du travail normal, le taux de dilatation du col chez les primigestes et chez les multi gestes varie peu et qu'il n'y a pas de phase de décélération à la fin de la première étape de la phase active du travail. Ces différentes phases sont interprétées par une courbe d'allure sigmoïde et représentant la dilatation du col (en centimètre) selon la durée du travail (en heure). Cette courbe, appelée cervicographe prendra plutard le nom de partogramme.

En 1960, Lacomme [17] utilise le terme de diagramme d'accouchement. Il s'agit d'un schéma qui comprend en plus de la dilatation cervicale, la progression du fœtus dans la cavité pelvienne et les éléments de surveillance materno-foetale. Le but de ce diagramme est d'enregistrer l'ensemble des modifications observées lors des examens successifs.

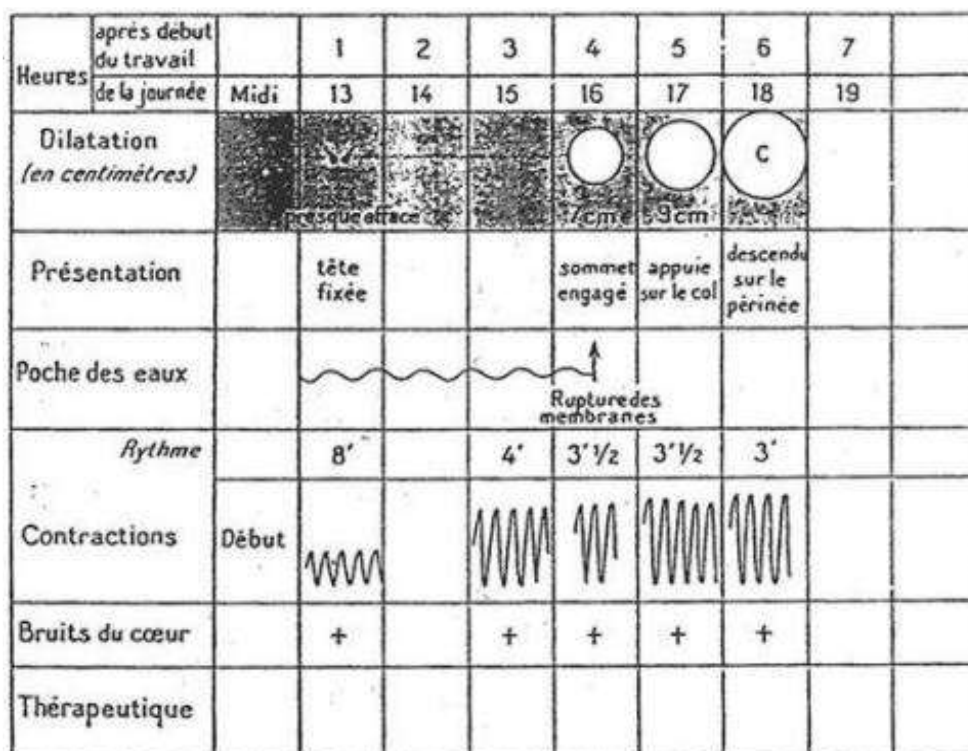


Figure 2: Diagramme de Lacomme

Dans le cadre d'études extensives sur les primigestes en Afrique

Centrale et en Afrique méridionale, Philpott [18] a construit un nomogramme de la dilatation du col.

Dans la population étudiée il a pu observer et identifier les écarts par rapport à la normale et permis d'appuyer sur une base scientifique solide toute décision d'intervention précoce visant à éviter un travail prolongé.

Depuis lors divers auteurs ont élaborés des nomogrammes similaires dans d'autres régions géographiques. Aucun de ces nomogrammes n'a permis de constater de différence sensible entre les divers groupes ethniques.

Philpott avait comme objectif de dépister précocement les disproportions foeto-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays en développement.

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 ligne ou ligne d'alerte a pour internet de signaler aux prestataires les anomalies du travail et de les faire réagir.

La deuxième ligne, dite ligne d'action, parallèle à la ligne d'alerte mais à 4 heures de distance sur le partogramme nécessite une intervention immédiate.

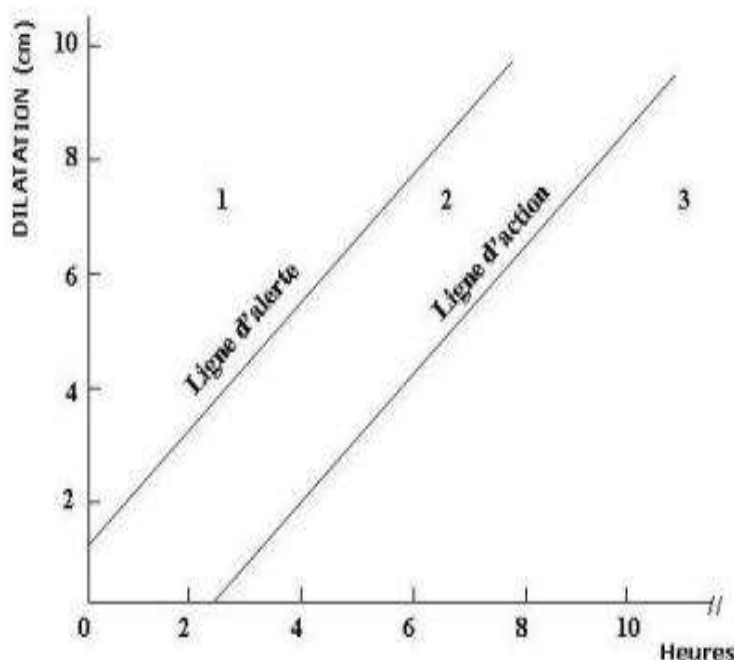


Figure 3: Partogramme à deux lignes pour la primipare d'après Philpott

O'Driscoll [19], à Dublin en 1975, propose un partogramme dont l'unique ligne d'alerte se superpose à la dilatation de référence d'un centimètre par heure (sans tenir compte de la phase de latence).

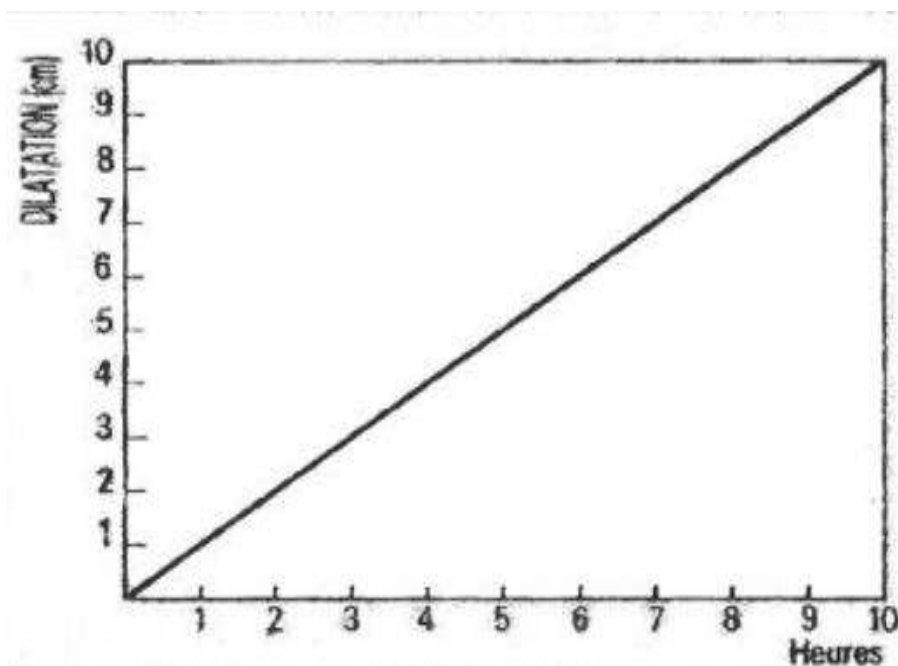
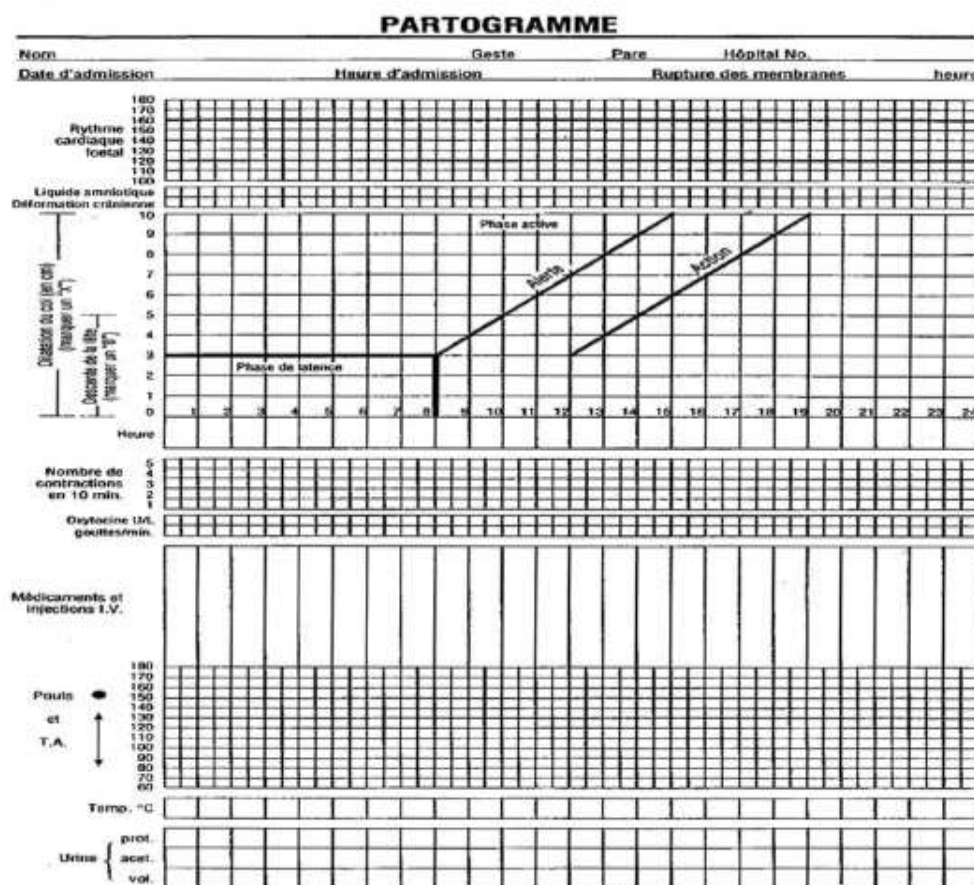


Figure 4: Partogramme à une ligne chez la primipare d'après O'Driscoll

En 1988, l'unité de santé maternelle et infantile de l'OMS élabore un modèle de partogramme en s'appuyant sur différents travaux, notamment ceux de Friedman et de Philpott. Cet outil, dont l'utilité a été particulièrement démontrée dans les pays en développement, permet de surveiller l'évolution du travail d'accouchement, de détecter précocement les anomalies et de faciliter la prise de décisions obstétricales [20].

Ce partographe de l'OMS a été récemment modifié pour en simplifier l'utilisation.

**Figure 5: Le partogramme de l'OMS**

1.3.2. Historique du partographe au Mali :

Au Mali, les premières études portant sur l'utilisation du partographe ont été menées en 1986 à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point G, actuellement CHU du Point G [21].

En 1987, fut lancée l'Initiative pour une maternité sans risque (IMS), une initiative internationale visant à réduire fortement la mortalité et la morbidité maternelles dans

le monde. Elle a été lancée lors d'une conférence internationale à Nairobi (Kenya) par plusieurs organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) [22].

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé, il a été décidé d'introduire le partographe. Les premières études relatives à son utilisation ont été réalisées au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [23].

Pendant plusieurs années, un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement a été mis en place dans une maternité de premier échelon de Bamako. Il reposait notamment sur l'utilisation d'un partographe élaboré en collaboration avec l'Université de Rochester (New York). Parallèlement, les « normes de prudence » établies par la Direction de la Santé Familiale définissaient l'ensemble des questions et des vérifications à effectuer lors d'un accouchement considéré comme normal [24].

Le personnel des maternités avait bénéficié de plusieurs formations sur ce sujet et faisait l'objet d'un suivi régulier assuré par les agents du niveau régional [25].

En 1994, la direction de la santé familiale a mis en place un programme national de périnatalité à réduire de moitié les taux encore élevés de mortalité maternelle et infantile. Parmi les stratégies adoptées, l'introduction du partographe a constitué un outil clé de prévention et de détection précoce des anomalies du travail obstétrical [26].

La maternité du centre de sante de référence de la Commune V du district de Bamako a été retenue comme site de l'étude du partographe car elle bénéficiait de la présence d'un gynécologue obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autre part, des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur les accouchements des 24 dernières heures [28].

Dans un tel contexte, il devenait possible d'envisager la mise au point d'un système de référence complet, accompagné de l'élaboration d'un support adapté au suivi de l'accouchement [1].

L'introduction du partographe dans le suivi de l'accouchement, tant à l'échelle mondiale qu'au Mali, vise à réduire au maximum les risques liés au travail et à l'accouchement, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale [29].

Dans ce travail le partogramme a subi de nombreuses modifications qui le rendirent beaucoup plus pratique. Ces transformations aboutirent au partogramme modifié de l'OMS ou le GGTA.

GUIDE DE GESTION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DE L'OMS

Nom _____ Parité _____ Debut du travail _____ Diagnostic de la phase active (Date) _____

Rupture de membranes (Date) _____ Heure _____ Facteurs de risque _____

		Temps	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
		Heures																
		ALERTE	PREMIERE PHASE ACTIVE												DEUXIEME STADE			
FEMME	Accompagnante	N																
	Antécédents	N																
	Liquides par os	N																
	Ponture	DD																
BEBE	BCF de Base	<110, >160																
	Déclatation BCF	TD																
	Liquide amniotique	M+++ S																
	Présentation	P/T																
	Bosse sternale	+++																
FEMME	Poids	<60, >120																
	TA systolique	<80, >140																
	TA diastolique	>80																
	Température °C	<35,8, >37,5																
FEMME	Urines	P++ A++																
	Contractions par 10 min	>2, <5																
FEMME	Durée des contractions	<20, >60																
	Progrès du travail																	
PROGRESION DU TRAVAIL	10																	
	9																	
	8																	
	7																	
	6																	
PROGRESION DU TRAVAIL	5																	
	4																	
	3																	
	2																	
	1																	
MEDICAMENTS	Oxytocine (UI/gouttes/min)																	
	Medicament																	
PRISE DE DECISION PARTAGEE	Liquides IV																	
	EVALUATION																	
PRISE DE DECISION PARTAGEE	PLAN DE SOINS																	
	INITIALES DU PRESENTEUR																	

INSTRUCTIONS : ENCERCLEZ TOUTES OBSERVATIONS QUI REPOSENT AUX CRITERES DANS LA COLONNE "ALERTE". ALERTER LA SAGE FEMME SENIOR OU LE MEDICIN ET NOTER L'EVALUATION FAITE ET L'ACTION DE SUITE. SI LE TRAVAIL SE PROLONGE AU-DELA DE 12H, VOUS LIEZ CONTINUER SUR UN NOUVEAU GUIDE DE GESTION DU TRAVAIL.

Abbréviations: O – Oui, N – Non, R – Refus, In – Inconnu, DD – Dénaturation, DM – En Mouvement, Pe – Péloce, TD – Tardif, V – Variable, I – Intact, C – Clair, M – Micromètre, S – Sanguinolent, A – Antérieur, P – Postérieur, T – Transverse, P+ – Présence, A+ – Absence.

Figure 6: Le partogramme modifié de l'OMS ou GGTA

1.3.3. Composantes et nomenclature du GGTA :

Le nouveau partogramme compte sept sections, adaptées de la précédente version du partogramme:

GUIDE DE GESTION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DE L'OMS

Section 1 →

Nom	Partir	Début du travail	Diagnostic de la phase active (Date)
Rupture de membranes (Date)	Heure	Secteurs de risque	

Alert column

Temps	Heure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
ALERTE ← PREMIERE PHASE ACTIVE → DEUXIEME STADE →																

Section 2 →

SOMME DE SOUS-TOTAL	Accouchement	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Avant douloureux	N															
	Après douloureux	N															
	Posture	DD															

Section 3 →

FEMME	FCT de base	<110, >160	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Déclatation	TD															
	Liquide amniotique	M+++..S															
	Prosténation	E.T															
	Repos	+++															
	Mouvement de la tête	+++															

Section 4 →

FEMME	Poids	<50, >120	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	TA systolique	<90, >140															
	TA diastolique	>90															
	Température °C	<36,8, >37,5															
	Urines	P++..A++															

Section 5 →

PROGRESSION DE TRAVAIL	Contractions par 10 min	<2, >5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Durée des contractions	<20, >40															
	Distension du col (Noter X)	10															
		9															
		8															
		7															
		6															
		5															
	Discente (Noter D)	5															
		4															
		3															
		2															
		1															
		0															

Section 6 →

MEDICAMENTS	Dystocie	E.T., quaternaire	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Médicament																
	Liquides/IV																

Section 7 →

EVALUATION	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
PLAN DE SOINS																	

ENTAILLES DU PRESENT

INSTRUCTIONS - ENCERCLER TOUTE OBSERVATION QUI REpond AUX CRITERES DANS LA COLONNE ALERTE. ALERTE LA SAIG FEMME SENIOR OU LE MEDICIN ET NOTER L'EVALUATION FANT ET L'ACTION DECISE. SI LE TRAVAIL SE PROLONGE AU-DELA DE 12H, VEUILLEZ CONTINUER SUR UN NOUVEAU GUIDO DE GESTION DU TRAVAIL.

Abbréviations : O - Ouf, N - Non, R - Refusé, In - Inconnu, DD - Déclatation Douce, DM - En Mouvement, P - Précoce, TD - Tardif, V - Variable, I - Intact, C - Côté, M - Minceur, S - Sanglante, A - Anesthésie, P - Position, T - Tension, P+ - Position, A+ - Action.

Figure 7: Les sept sections du GGTA

Pour toutes les observations, il existe un **axe de temps** horizontal pour indiquer l'heure à laquelle les données sont observées et une **colonne de référence** pour repérer tout écart par rapport aux observations normales.

Il comporte également une **section sur le deuxième stade du travail**, qui permet de consigner les observations faites.

Section 1: Identification des informations et des caractéristiques du travail lors de l'admission

Cette section doit être remplie au moyen des informations obtenues lorsque le **diagnostic de la phase active du travail est confirmé**.

Ce sont les informations sur la femme et le travail au moment de l'admission (parité, mode et moment du début du travail, début de la phase active, date et heure de rupture des membranes et facteurs de risque).

D'autres caractéristiques démographiques et données sur le travail importantes, telles que l'âge de la femme, l'âge gestationnel, les résultats des tests sérologiques, le taux d'hémoglobine, le groupe sanguin et le rhésus, la cause du transfert le cas échéant et la hauteur utérine, doivent figurer dans le dossier médical de la femme.

Tableau I: Identification des informations et caractéristiques du travail lors de l'admission

Type de début du travail	Cocher (x) spontané si le travail débute sans stimulation	Dès l'entrée de la femme
	Cocher (x) induit si le travail débute par stimulation avec un médicament	
Rupture des membranes	Noter date et heure	
Diagnostic de la phase active	Noter la date à laquelle le prestataire a diagnostiqué la phase active	

Section 2: Soins de soutien

Visé à encourager la pratique systématique de **soins de maternité respectueux** pendant le travail et l'accouchement, au moyen de la prestation et le suivi continus de soins de soutien

Les principales recommandations de l'OMS sont :

- ✓ La prestation de **soins maternels respectueux** est conforme à une approche fondée sur les droits humains
- ✓ Les femmes doivent pouvoir être **accompagnées par une personne de leur choix** tout au long du travail et de l'accouchement.

- ✓ Les techniques manuelles de relaxation, et l'analgésie péridurale sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un **soulagement de la douleur** pendant le travail, selon les préférences de la femme.
- ✓ Il est recommandé d'encourager la **mobilité et l'adoption des positions de leur choix** pendant le travail et l'accouchement, y compris les positions verticales, chez les femmes à faible risque obstétrical.
- ✓ Chez les femmes à faible risque obstétrical, **la prise de liquide et de nourriture** par voie orale pendant le travail est recommandé.

Tableau II: Soins de soutien

Accompagnant(e)	Oui=0	Chaque heure
	Non=N	
	Refusé par la femme=R	
Soulagement de la douleur	Oui=0	
	Non=N	
	La femme refuse de recevoir des médicaments ou des techniques non-pharmacologiques pour soulager la douleur = R	
Liquides per os	Oui=0	
	Non=N	
	Refusé par la femme=R	
Posture	Décubitus dorsal = DD	
	En mouvement (comprend la marche, le balancement ou toute position autre qu'allongée sur le dos, par exemple allongée sur le côté gauche, accroupie, agenouillée, debout)=EM	

Section 3: Soins du bébé

Les principales orientations de l'OMS sont :

L'examen de routine du bien-être du fœtus est constitué de :

- ✓ L'auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus avec un appareil à ultrasons Doppler ou un stéthoscope fœtal de Pinard est recommandée chez les femmes enceintes en bonne santé.
- ✓ La cardiotocographie systématique n'est pas recommandée.
- ✓ L'intervalle d'observation: toutes les 15 à 30 minutes pendant la phase active du travail, puis toutes les 5 minutes pendant le deuxième stade du travail.
- ✓ La présence d'une **bosse sérosanguine, le modelage de la tête et l'état du liquide amniotique** doivent être régulièrement surveillés pour identifier des risques d'issue défavorable à la naissance.

Tableau III: Soins du bébé

Ralentissement du rythme cardiaque fœtal (RCF)	Non = N	Le RCF toutes les 30 mn pendant le 1er stade du travail et toutes les 5 mn pendant le 2ème stade Écoutez le RCF pendant au moins 1mn. Faites ce contrôle pendant une CU et continuez pendant au moins 30 secondes après la CU. Prenez le pouls de la femme pour bien distinguer le rythme cardiaque de la femme et celui du bébé.
	Précoce = Pr	
	Tardif = TD	
	Variable = V	
Liquide amniotique	Membranes intactes = I	Toutes les 4 heures, sauf indication contraire
	Membranes rompues, liquide clair = C	
	Présence de méconium dans le liquide : indiquer = M	
	Respectivement :	

	- quantité négligeable + ; - moyenne ++ ; - méconium épais	
	Liquide teinté de sang = S	
Présentation céphalique : position	Toute position occipito-antérieure = A	Toutes les 4 heures, sauf indication contraire
	Toute position occipito-postérieure = P	
	Toute position occipito-transverse = T	
Présentation du siège	Siège complet = SC Siège décomplet = SD	
Bosse séro-sanguine	aucune = 0	Toutes les 4 heures, sauf indication contraire
	Négligeable = +	
	Moyenne = ++	
	Prononcée = +++	
Modelage de la tête	Aucun = 0	Toutes les 4 heures, sauf indication contraire
	Sutures apposées = +	
	Sutures qui se chevauchent mais chevauchement réductible = ++	
	Sutures qui se chevauchent mais chevauchement irréductible = +++	

Section 4 : Soins de la femme

La **température, la pression artérielle, le pouls et les urines** doivent être régulièrement surveillés pour identifier les risques d'issue défavorable à la naissance et pour évaluer le bien-être de la femme.

Tableau IV: Soins de la femme

Pouls		Noter la valeur trouvée	Toutes les 4heures
TA	Systolique		
	Diastolique		
Température			
Urines	Protéines	Pas de protéinurie = –	Toutes les 4 heures ou chaque fois que la femme urine pendant le travail
		Traces de protéinurie = P	
		P1+	
		P2+	
		P3+	
	Acétones	Pas d'acétonurie = –	
		A1+	
		A2+	
		A3+	

Section 5: Progression du travail

Visé à encourager la pratique systématique de la surveillance intermittente des paramètres de progression du travail. La progression du travail est notée au moyen d'observations régulières de la fréquence et de la durée des contractions, de la dilatation du col et de la descente de la tête du bébé.

Les principales recommandations de l'OMS sont :

- ✓ La phase active (du 1^{er} stade du travail) est une période qui se caractérise par des contractions utérine douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col et une dilatation du col plus rapide allant de **5 cm** à la dilatation complète pour le 1^{er} accouchement ainsi que pour les suivants ;
- ✓ En cas de début de travail spontané, le seuil de vitesse de dilatation cervicale de **1 cm/h** au cours de la phase active du 1^{er} stade du travail (représenté par la ligne d'alerte du partographe) n'est pas suffisamment précis pour identifier les femmes présentant des risques de dystocie n'est donc pas recommandé à cette fin.
- ✓ Une vitesse de dilatation de 1 cm/h au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandée pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à une vitesse < à 1 cm/h ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale.

- ✓ La durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 h pour les 1^{er} accouchements, et 10 h pour les accouchements suivants.
- ✓ Le deuxième stade du travail est la période allant de la dilatation complète du col à la naissance du bébé, pendant laquelle la femme a une envie involontaire de pousser, provoquée par des contractions utérines d'expulsion.
- ✓ Les femmes devraient être informées que la durée du deuxième stade du travail varie d'une femme à une autre. La naissance survient au bout de trois heures pour un premier accouchement alors que pour les accouchements ultérieurs, la naissance intervient dans une limite de temps de deux heures.

Tableau V: Progression du travail

Fréquence des CU	Noter la valeur trouvée	Si les CU sont de 3 à 5 par période de 10 mn, réévaluez les toutes les 30 mn pendant le 1er stade du travail, et au moins toutes les 15 mn pendant le 2ème stade
Durée des CU	Noter la valeur trouvée	Si les CU durent entre 20 et 60 secondes, réévaluez-les toutes les 30 mn pendant le 1er stade du travail et au moins toutes les 15 mn pendant le 2ème stade du travail
Dilatation du col	X	Toutes les 4 heures, sauf indication contraire. Si TV moins de 4 heures après, assurez-vous que cet examen apporte effectivement des renseignements importants qui contribueront à la prise de décision
Descente	O	Si 1er stade, évaluez toutes les 4 heures avant d'effectuer un examen vaginal, sauf indication contraire. Si 2ème stade, tenez compte du comportement de la femme, de l'efficacité de la poussée et de la position et du bien-être du bébé pour savoir quand évaluer la descente

Section 6: Médicaments

Vise à faciliter l'enregistrement systématique de tous les types de médicaments administrés pendant le travail ; il faut y noter si la femme reçoit de l'**ocytocine** et, si oui, à quelle dose, et si d'**autres médicaments** ou **liquides IV** sont administrés.

Les principales recommandations de l'OMS sont :

- ✓ Le soulagement pharmacologique de la douleur est recommandé selon les préférences de la femme
- ✓ L'utilisation d'ocytocine, d'agents antispasmodiques et de liquides intraveineux pour prévenir le retard du travail n'est pas recommandée

Tableau VI: Médicaments

Ocytocine	Non = N	
	Si « Oui », UI et gouttes/min	
Autres médicaments	Non = N	
	Si « Oui », noter nom, dose et mode d'administration des médicaments	
Liquides IV	Oui = O	
	Non = N	
		Si administration

Section 7: Prise de décision partagée

Vise à faciliter la communication constante avec la femme et la personne qui l'accompagne, ainsi que l'enregistrement systématique de toutes les évaluations et des plans de soins convenus.

Les principales recommandations de l'OMS sont :

- ✓ Les soins maternels respectueux, qui consistent à assurer à toutes les femmes un accès à des soins de santé dédiés qui préservent leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, leur garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement.
- ✓ Une communication effective entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, au moyen de méthodes simples et culturellement acceptables.

Tableau VII: Prise de décision partagée

Evaluation	Prenez note de l'évaluation clinique et toutes les constatations supplémentaires qui n'ont pas été notées auparavant, mais qui sont importantes pour le suivi du travail.	
Plan de soins	Notez le plan de soins établi à la suite de l'évaluation. Par exemple : ☐ poursuite de la surveillance de routine ; ☐ prescription de tests de diagnostic ; ☐ accélération du travail au moyen d'une perfusion d'ocytocine ; ☐ procédures, telles que la rupture artificielle des membranes ; ☐ accouchement assisté avec ventouse obstétricale ou forceps ; ☐ césarienne. Tenez compte du fait que les femmes doivent participer aux discussions et pouvoir prendre des décisions éclairées.	Communication constante avec la femme et la personne qui l'accompagne

	Chaque fois qu'une évaluation clinique du bien-être de la femme et de l'enfant est terminée, notez le plan de soins convenu avec la femme.	
--	--	--

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a lieu au service de Gynéco-obstétrique du Centre de Sante de Reference de la Commune VI de Bamako.

2.1.1. Présentation de la Commune VI du District De Bamako

La Commune VI du district de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger avec une superficie de 94 km² la plus vaste du District de Bamako. Sa population est en pleine expansion : 629318 habitants en 2018 ; contre 683917 habitants en 2021; avec l'existence des logements sociaux et quartiers semi-urbains et rurales. Il fut créé par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par des textes officiels. Il est limité au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V et compte 10 quartiers.

2.1.2. Situation sanitaire :

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants. Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

Tableau VIII : Chronologie de mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0,3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACORY	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
ASACORYCY	Septembre 2019	Yirimadio-Cité des logements sociaux	5

2.1.3. Ressources Humaines et financières :

Au niveau du CSREF il y'a les différentes catégories de personnels :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat,
- Les conventionnaires de l'INPS,
- Les contractuels du CSREF,
- Les contractuels de la Mairie,
- Les thésards.

Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- La tarification des actes,
- Les collectivités,
- L'Etat,
- Les partenaires techniques et financiers.

2.1.4. Organisation du service de gynéco-obstétrique :

Le service gynéco-obstétrique est composé :

- Deux blocs opératoires,

- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgien,
- Une salle pour les gynécologues,
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de stérilisation,
- Une salle d'hospitalisation qui compte dix-neuf lits,
- La salle d'accouchement qui compte cinq (5) tables d'accouchement,
- Une salle d'observation qui compte sept (07) lits,
- Une salle des nouveau- nés,
- Une salle de garde pour sage- femme,
- Une salle de garde pour Médecin,
- Une salle de garde pour les étudiants faisant fonction d'interne,
- Une salle de consultation gynécologique,
- Trois de consultation prénatale,
- Une salle de consultation planning familial,
- Une salle de SAA,
- Et six toilettes.

Tableau IX: Composition du personnel du service de Gynéco-Obstétrique de la CVI

Personnel	Nombres
Médecins gynécologues obstétriciens	6
Médecins Généralistes assurant la garde	16
Sages-femmes	54
Infirmières Obstétriciennes	10
Techniciens de surface	11
Thésards	13

Fonctionnement du service

Au plan technique :

- Un staff technique se tient chaque jour ouvrable afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service gynécologie et obstétrique,
- Des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées chaque jour du Lundi au Vendredi,
- L'échographie est réalisée tous les jours 24H/24,
- Le programme opératoire est exécuté tous les Mercredis, Jeudis et vendredis,
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé tous les jours ouvrables,
- Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables,
- Les mises à jour et les visites des malades opérés et hospitalisés se font chaque jour,
- Les ambulances assurent le transport dans le cadre de la Référence/Evacuation.

2.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique à collecte prospective.

2.3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 01 Juillet 2024 au 31Juin 2026 soit une période de 2 ans et l'enquête s'est déroulé du 01Mars au 31Mai 2025 soit 3 mois.

2.4. Population d'étude :

Les patientes admises dans le service de Gynécologie-obstétrique du CSRéf de la CVI pendant la période d'étude.

2.4.1. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas répondant aux critères d'inclusions.

2.4.2. Critères d'inclusion :

- toutes les femmes qui ont été admises en travail
- toutes les femmes dont l'âge gestationnel ≥ 28 SA ;

2.4.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Parturientes évacuées dans notre service ;
- Mort fœtale in utéro.

2.5. Support des données :

- une fiche d'enquête portant les paramètres cliniques a été le support matériel essentiel de ce travail ;
- la collecte des données a été faite en salle d'accouchement ;
- les données ont été recueillies sur un questionnaire comportant les chapitres des facteurs de risque, la durée du travail, et les éléments de la surveillance maternelle et fœtale.

Tableau X: Les variables étudiés

Variables	Qualitatives		Quantitatives	
	Ordinale	Catégorielle	Continue	Discontinue
1			Age	
2	Gestité			
3	Parité			
4			Intervalle inter génésiq	
5		Motif d'entrée		
6		Mode d'admission		
7		Type de travail		
8	Phase du travail			
9			Taille	
10			Tension artérielle	

11		Hémorragie à l'entrée		
12			Pouls	
13			Age de la grossesse	
14			Température	
15			Nombre de CPN	
16			HU	
17		ATCD chirurgicale		
18			Nombre de CU	
19		Dernier enfant		
20		Poche des eaux		
21		Couleur du LA		
22		Présentation		
23			Dilatation cervicale	
24			Durée du travail	
25			Durée de l'expulsion	
26		Mode d'accouchement		
27		Pronostic maternel		
28			BCF	
29			APGAR	
30			Poids fœtal	
31		Pronostic fœtale		

2.6. Analyse des données :

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête individuelle, saisie sur le logiciel Word 2013 et analysés sur le logiciel Excel 2013 et SPSS version 20.

Le test statistique utilisé est le Khi2. L'obtention d'une probabilité p inférieur à 0,05 est en faveur de l'existence d'un lien statistique entre les variables comparées.

2.7. Aspect éthique :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent pas dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé obstétricale, afin de fournir aux décideurs locaux un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer les conditions de soins materno-fœtale.

2.8. Définitions opérationnelles :

Evaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Partogramme : c'est la courbe de dilatation du col utérin.

Partographe : c'est la feuille sur laquelle figure toutes les données de la surveillance du travail d'accouchement.

Travail d'accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques, qui aboutissent à l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus et ses annexes hors des voies génitales à partir de 28 semaine d'aménorrhée (SA).

Accouchement normal à terme : naissance entre 37 et 42 semaine d'aménorrhée(SA) d'un nouveau-né immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal.

Accouchement post-terme : l'accouchement qui se produit après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire après la fin de la 42ème SA révolue ;

Grossesse :(selon Larousse 2008) est l'état qui commence lors de la fusion du spermatozoïde avec l'ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Un facteur de risque : pendant la grossesse est une caractéristique qui lorsqu'elle est présente ; indique que cette grossesse a des risques d'être compliquée.

Gestité : c'est le nombre de grossesses

Nulligeste : 0 grossesse

Primigeste : 1 grossesse

Paucigeste : 2 à 4 grossesses

Multigeste : 5 à 6 grossesses

Grande multi geste : 7 et plus grossesses

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme

Paucipare : 2 à 4 accouchements

Multipare : 5 à 6 accouchements

Grande multipare : 7 et plus accouchements

Score d'Apgar : permet d'évaluer l'état général du nouveau-né à la 1ère et 5^{ème} minute de la vie extra- utérine.

Il est coté de 0 à 10

0 : mort-né

1-3 : état de mort apparente

4-6 : état morbide

Supérieur ou égale à 7 : bon ou satisfaisant.

Bien renseigner : Si tous les éléments de la section ont été renseignés.

Mal renseigner : Si au moins un des éléments de la section est mal renseigner.

RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. Fréquence :

Du 1er Mars au 31Mai 2025 soit 3 mois nous avons enregistré 1857 accouchements dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Tous ces accouchements ont été suivis à l'aide du GGTA soit une fréquence de **100%**.

3.2. Données sociodémographiques :

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les données sociodémographiques

Données sociodémographiques	(n=1857)	Pourcentage (%)
Âge de la parturiente		
< 19 ans	222	12,0
19 - 35 ans	1496	80,6
> 35 ans	139	7,4
Total	1857	100
Statut matrimonial		
Mariée	1781	95,9
Célibataire	76	4,1
Total	1857	100
Niveau d'instruction		
Instruite	477	25,7
Non instruite	1380	74,3
Total	1857	100

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les données de suivi de la grossesse

Données de suivi de la grossesse	(n=1857)	Pourcentage (%)
Profil du prestataire		
Sage-femme	1844	99,3
Autres	13	0,7
Total	1857	100
Nombre de CPN		
< 3	262	14,1
≥ 3	1595	85,9
Total	1857	100

*Autres : Médecins, Thésards et infirmière obstétricienne

3.3. Données cliniques :

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les données cliniques

Données cliniques	(n=1857)	Pourcentage (%)
Antécédents obstétricaux		
Primipare	448	24,1
Paucipare	872	47,0
Multipare	320	17,2
Grande multipare	217	11,7
Total	1857	100
Facteurs de risque notés sur le GGTA		
Césarienne	101	5,4
HTA	66	3,6
Diabète	2	0,1
Aucun	1688	90,9
Total	1857	100
Taille		
<1,5m	12	0,6
>1,5m	1845	99,4
Total	1857	100
Hauteur utérine		
<30cm	10	0,5
30-36cm	1782	96,0
>36cm	65	3,5
Total	1857	100

3.4. Identification et caractéristiques du travail lors de l'admission :

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon l'identification et caractéristiques du travail lors de l'admission

Identification et caractéristiques du travail	(n=1857)	Pourcentage (%)
Type de début du travail		
Spontané	1846	99,4
Induit	11	0,6
Total	1857	100
Etat de membranes		
Rompues	15	0,8
Intacts	1842	99,2
Total	1857	100
Diagnostic de la phase active		
Dès l'entrée	1613	87,0
1 heure	185	10,0
2 heures	59	3,0
Total	1857	100

3.5. Soins de soutien :

Tableau XV : Répartition des parturientes selon les soins de soutien

Soins de soutien	(n=1857)	Pourcentage (%)
Accompagnant(e)		
Oui	1857	100,0
Non	0	0,0
Total	1857	100
Soulagement de la douleur		
Oui	1857	100,0
Non	0	0,0
Total	1857	100
Liquide per os		
Oui	1857	100,0
Non	0	0,0
Total	1857	100
Posture		
Décubitus dorsal (DD)	723	38,9
En mouvement (EM)	1134	61,1
Total	1857	100

3.6. Soins du bébé :

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les soins du bébé

Soins du bébé	(n=1857)	Pourcentage (%)
Ralentissement du rythme cardiaque fœtal		
Non	1856	99,9
Précoce	1	0,1
Total	1857	100
Liquide amniotique		
Clair	1792	96,5
Intacte	21	1,1
Teinté de méconium	44	2,4
Total	1857	100
Présentation		
Céphalique (A, P)	1830	98,5
Siège (SC, SD)	27	1,5
Total	1857	100
Bosse séro-sanguine		
Absent	1857	100,0
Présent	0	0,0
Total	1857	100
Modelage de la tête		
Sutures apposées	459	24,7
Chevauchement réductible	1398	75,3
Total	1857	100

3.7. Soins de la mère :

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon les soins de la mère

Soins de la mère	(n=1857)	Pourcentage (%)
Tension artérielle		
100/60-140/90 mmhg	1791	96,4
>140/90 mmhg	66	3,6
Total	1857	100
Température		
35-37,5°C	1843	99,2
>37,5°C	14	0,8
Total	1857	100
Urines		
Protéines	1	0,1
Négatif	1856	99,9
Total	1857	100

3.8. Progression du travail :

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la progression du travail

Progression du travail	(n=1857)	Pourcentage (%)
Fréquence des contractions utérines		
<3 CU/10min	10	0,5
3-5 CU/10min	1819	98,0
>5 CU/10min	28	1,5
Total	1857	100
Durée des contractions utérines		
20-60 secs	1857	100,0
Total	1857	100
Dilatation du col		
1cm ou plus toutes les heures	1788	96,3
Moins 1cm toutes les heures	69	3,7
Total	1857	100
Descente		
Engagée	1843	99,2
Non engagée	14	,8
Total	1857	100

3.9. Médicaments :

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les médicaments

Médicaments	(n=1857)	Pourcentage (%)
Ocytocine	14	0,8
Autres médicaments	1843	99,2
Total	1857	100

Autres * Antispasmodique, antalgique.

3.10. Qualité de renseignement des paramètres :

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la qualité de renseignement des paramètres

Qualité de renseignement des paramètres	Effectifs	Pourcentage (%)
Bien renseigné	1404	75,6
Mal renseigné	453	24,4
Total	1857	100,0

3.11. Prise de décision partagée :

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la prise de décision partagée

Décision partagée	(n=1857)	Pourcentage (%)
Surveillance	1572	84,7
Césarienne	266	14,3
Perfusion d'ocytocine	10	0,5
Ventouse	9	0,5
Total	1857	100,0

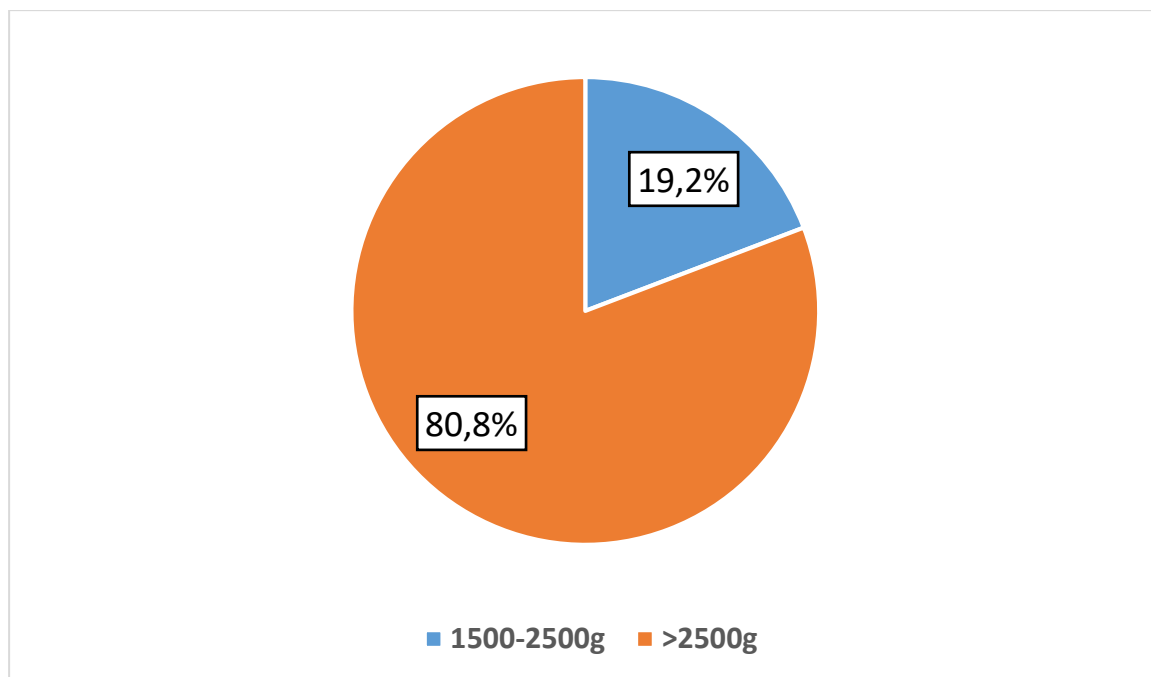


Figure 9 : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Tableau XXII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les caractéristiques du travail à l'admission.

Caractéristiques du travail à l'admission	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Type de début du travail						
Spontané	1393	99,2%	453	100%	1846	99,4%
Induit	11	0,8%	0	0%	11	0,6%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Etat des membranes						
Oui	13	0,9%	2	0,4%	15	0,8%
Non	1391	99,1%	451	99,6%	1842	99,2%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Diagnostic de la phase active						
Dès l'entrée	1216	86,6%	397	87,6%	1613	86,9%
1h	140	10,0%	45	9,9%	185	10,0%
2h	48	3,4%	11	2,4%	59	3,2%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%

Selon test de Fischer.

Il n'existait pas relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et le type de début du travail ($p=0,076$), et l'état des membranes ($p=0,540$) et le diagnostic de la phase active ($p=0,610$).

Tableau XXIII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la posture

Posture	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Décubitus dorsal (DD)	644	45,9%	79	17,4%	723	38,9%
En mouvement (EM)	760	54,1%	374	82,6%	1134	61,1%
Total	1404	100,0%	453	100,0%	1857	100,0%

Il existait une relation entre la qualité de renseignement et la posture ($p=0,0001$).

Tableau XXIV : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les soins du bébé

Soins du bébé	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Ralentissement du rythme cardiaque fœtal (P=1,000)						
Non	1403	99,9%	453	100,0%	1856	99,9%
Précoce	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Nature de la présentation (P=1,000)						
Céphalique (A, P)	1383	98,5%	447	98,7%	1830	98,5%
Siège (SC, SD)	21	1,5%	6	1,3%	27	1,5%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Modelage de la tête (P=,017)						
Sutures apposées	366	26,1%	93	20,5%	459	24,7%
Chevauchement réductible	1038	73,9%	360	79,5%	1398	75,3%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Liquide amniotique (P=0,360)						
Clair	1355	96,5%	437	96,5%	1792	96,5%
Intacte	15	1,1%	6	1,3%	21	1,1%
Teinté de méconium	34	2,4%	10	2,2%	44	2,4%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%

Il existait une relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et le modelage de la tête ($p=0,017$).

Tableau XXV : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les soins de la mère

Soins de la mère	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Tension artérielle (p=0,040)						
100/60-140/90 mmhg	1347	95,9%	444	98,0%	1791	96,4%
>140/90 mmhg	57	4,1%	9	2,0%	66	3,6%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Température (p=0,349)						
35-37,5°C	1395	99,4%	448	98,9%	1843	99,2%
>37,5°C	9	0,6%	5	1,1%	14	0,8%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Urines (p=0,244)						
Protéines	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%
Négatif	1404	100,0%	452	99,8%	1856	99,9%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%

Il existait une relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et la tension artérielle (p=0,040).

Tableau XXVI : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la progression du travail

Progression du travail	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Fréquence des contractions utérines (p=0,001)						
<3 CU/10min	7	0,5%	3	0,7%	10	0,5%
3-5 CU/10min	1369	97,5%	450	99,3%	1819	98,0%
>5 CU/10min	28	2,0%	0	0,0%	28	1,5%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Dilatation du col (p=0,0001)						
1cm ou plus toutes les heures	1340	95,4%	448	98,9%	1788	96,3%
Moins 1cm toutes les heures	64	4,6%	5	1,1%	69	3,7%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%
Descente (p=0,349)						
Engagée	1395	99,4%	448	98,9%	1843	99,2%
Non engagée	9	0,6%	5	1,1%	14	0,8%
Total	1404	100%	453	100%	1857	100%

Il existait une relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et la fréquence des contractions utérines tension artérielle (p=0,001) ; et la dilatation du col (p=0,0001).

Tableau XXVII : relation entre la qualité de renseignement des paramètres et les médicaments

Médicaments	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Ocytocine	9	0,6%	5	1,1%	14	0,8%
Autres médicaments	1395	99,4%	448	98,9%	1843	99,2%
Total	1404	100,0%	453	100,0%	1857	100,0%

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et les médicaments ($p=0,349$).

Tableau XXVIII : Relation entre la qualité de renseignement des paramètres et la prise de décision partagée

Prise de décision partagée	Qualité de renseignement des paramètres				Total	
	Bien renseigné		Mal renseigné			
	n	%	n	%	n	%
Perfusion d'ocytocine	7	0,5%	3	0,7%	10	0,5%
Césarienne	213	15,2%	53	11,7%	266	14,3%
Ventouse	9	0,6%	0	0,0%	9	0,5%
Surveillance	1175	83,7%	397	87,6%	1572	84,7%
Total	1404	100,0%	453	100,0%	1857	100,0%

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la qualité de renseignement et la prise de décision partagée ($p=0,072$).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Discussions méthodologiques :

Nous avons effectué une étude descriptive et transversale avec des questions prospectives sur l'utilisation du GGTA dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Au cours de notre étude nous avons enregistré une fréquence d'utilisation du GGTA de 100% dans le centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

4.2. Données sociodémographiques :

Age :

Dans notre étude la majorité des parturientes (80,6%) avaient une tranche d'âge comprise entre 19 et 35 ans avec une moyenne de 27 ans avec des extrêmes allant 14 à 40 ans.

Nos résultats sont comparables à ceux de Camara S [28] la tranche d'âge de 20-35 ans représentait 76% des parturientes avec une moyenne de 27ans dans son étude en 2020. Dans celle de Diawara B [29] qui a trouvé que les parturientes ayant une tranche d'âge entre 20-35 ans représentaient 64,9% des cas et l'âge moyen des parturientes était de 31ans dans son étude la surveillance du travail d'accouchement dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Diarra L [30] a trouvé 88% des parturientes comprise entre 20-35 ans avec un âge moyen de 27ans dans son étude dans les CSComs de la commune II de Bamako. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les femmes de 19-35ans sont sexuellement plus actives par rapport aux couches de femmes.

Statut matrimonial :

Les parturientes mariées représentaient 96% des cas.

Niveau d'instruction :

Les parturientes étaient non instruites dans 74,3% des cas.

4.3. Suivi de la grossesse :

Profil du prestataire :

Presque la totalité des GGTA étaient remplis par des sages-femmes soit **99%**.

Nombre de CPN :

Pour assurer une parfaite protection de la grossesse et éviter les risques de l'accouchement, un accent particulier devrait être mis sur les CPN c'est-à-dire que les femmes doivent faire fréquemment les CPN mais aussi le personnel sanitaire doit pratiquer une CPN de qualité. Il doit surtout s'appuyer sur les dernières CPN qui sont les occasions pour dépister les facteurs de risque de l'accouchement et permettent ainsi de prendre des mesures appropriées à l'accouchement.

Dans notre étude **86%** des parturientes avaient un nombre de consultation prénatale supérieure ou égal à 3. Ce taux est supérieur à celui de Camara S [28] qui a trouvé 84,5% dans son étude dans le CSCom de Yirimadio en 2020, celui de Arou AZ [31] qui était à 79% au CSRéf de Niono en 2017 et celui de Diawara B [29] qui a trouvé 70,4% dans son étude sur la surveillance du travail d'accouchement dans le CSRéf la commune IV en 2023.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires prennent le temps de vérifier le nombre de CPN réalisé par les parturientes vu l'importance du CPN dans la conduite à tenir au cours des travaux d'accouchements.

4.4. Données cliniques :

Parité :

Les paucipares étaient les représentés soit 47% des parturientes. Ce taux est inférieur à celui de Komé CH [32] en 2016 qui a trouvé que 51,3% des parturientes étaient des paucipares dans les CSCom de la commune II, mais supérieur à ceux de Togo A [33] qui a trouvé 43,8% des parturientes étaient des paucipares dans son étude sur l'utilisation du partographe et pronostic materno-fœtal à l'hôpital Fousseny Daou de Kayes en 2016 et de Camara S [23] a trouvé dans son étude que les paucipares représentaient 43,5% des parturientes.

Ce résultat s'explique par la forte croissance démographique de cette population.

Hauteur utérine :

La hauteur utérine comprise entre 30-36cm était la plus représentée soit 96%

Ce taux est supérieur à celui de Diawara B [29] qui a trouvé 94,7% dans son étude au CSRéf de la commune IV en 2023, celui de Togo A [33] qui a trouvé 81,4% dans son étude en 2016.

La mesure de la hauteur utérine présente l'avantage d'être facile à réaliser mais sa technique doit être rigoureuse et elle peut fournir des renseignements importants au clinicien (macrosomie fœtale, hydramnios grossesse multiple).

4.5. Remplissage des différentes sections :

Identification des informations et caractéristiques du travail lors de l'admission :

Au cours de notre étude la première section du guide de gestion du travail d'accouchement était bien renseignée dans **99%**. Le type de début du travail était spontané dans 99,4% des cas. La membrane était intacte chez 99,2%. Le diagnostic de la phase active a été fait dès l'entrée de la parturiente dans 86,9% des cas.

Soutien de soutien :

La deuxième section des GGTA était bien renseignée dans **84%** des cas.

La quasi-totalité des parturientes avait un accompagnant(e), un soulagement de la douleur soit 100% des cas. La posture était en mouvement dans 61,1% des cas.

Soins du bébé :

La troisième section des GGTA était bien renseigner dans 97% des cas.

Le ralentissement du rythme cardiaque fœtal a été noté dans 0,1% des cas. Le liquide amniotique était clair dans 96,5%. La présentation était céphalique dans 98,5%. La bosse séro-sanguine était absente chez toutes les parturientes. Le chevauchement réductible a été trouvé dans 75,3%.

Soins de la mère :

La quatrième section des GGTA était bien renseigner dans 98% des cas.

La tension artérielle était comprise entre 100/60-140/90 mmhg dans 96,4%. La température était comprise entre 35-37,5°C dans 99,2%. La présence de protéine a été notée dans 0,1%.

Progression du travail :

La cinquième section des GGTA était bien renseigner dans 77% des cas.

Les contractions utérines étaient comprises entre 3-5 CU/10min chez 98%. La durée des contractions utérines était comprise entre 20-60 secs dans 100%. La dilatation du col était à 1cm ou plus toutes les heures dans 96,3%. La décente était engagée dans 99,2% des cas.

Médicaments :

La sixième section des GGTA était bien renseigner dans **99%** des cas.

L'ocytocine a été utilisée dans 0,8% des cas.

Prise de décision partagée :

La septième section des GGTA était bien renseigner dans **96%** des cas.

La prise de décision partagée était marquée par la surveillance dans 84,7%.

Le score d'APGAR :

Le score d'APGAR était supérieur à 8 chez la totalité de nos nouveaux nés. Ce résultat est inférieur à celui de Boré ADDDB [21] qui a trouvé un score d'APGAR supérieur à 7 dans 98,3% des cas et ceux de Togo A [33] et de Diawara B [29] qui ont trouvés respectivement 96,3% et 96% des cas.

Pronostic fœtal :

Au cours de notre étude nous n'avons pas enregistrés de décès fœtal. Ce résultat est inférieur à celui de Samaké I [34] qui a trouvé un taux de mortalité périnatale de 0,8%, ceux de Boré ADDB [21] et de Diawara B [29] qui ont trouvés respectivement 1,6% et 1,8% de taux de mortalité périnatale.

Pronostic maternel :

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel dans notre étude. De même, Komé CH [32] dans son étude n'a pas noté de cas de décès maternel et Boré ADDB [21] dans son étude sur l'analyse de l'utilisation du partographe dans les centres de santé de la Commune II. Samaké I [34] n'a enregistré aucun cas de décès maternel également dans son étude en 2013. Camara S [23] et Arou AZ [31] au CSRèf de Niono en 2017 n'ont trouvé aucun décès maternel.

Ces résultats traduisent les efforts fournis dans le domaine de la santé maternel et reproductive et d'autre part le rôle que peut jouer le GGTA dans la prise en charge des accouchements.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude, il ressort que le GGTA était utilisé chez la totalité des parturientes et il était bien renseigné dans la majorité des cas. Cependant quelques cas omissions relatives au nombre de CPN, aux BDCF, à la tension artérielle et aux heures d'examen ont été observées et les principales raisons évoquées étaient la surcharge du travail, le manque de personnel et la non maîtrise du GGTA.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

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

Aux autorités politiques et administratives :

- Assurer la formation continue des prestataires au remplissage correct du GGTA.
- Recruter plus personnel.

Aux prestataires du service :

- Utiliser le GGTA selon les normes recommandées par l'OMS.

Aux populations :

- Se rendre au centre de santé dès le moindre signe de travail
- Eviter les accouchements non assistés à domicile.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS.** Recommandations de l'OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement – Résumé [Internet]. [Cité 5 mai 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>.
2. **OMS.** WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2020. 42p.
3. **OMS.** WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2021. 42p.
4. **OMS.** Guide de Gestion du Travail d'accouchement de L'OMS : Manuel D'utilisation. 1st éd. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
5. **OMS.** WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015. Geneva: World Health Organization; 2015. 1p ; N°94
6. **OMS.** Recommandations de l'OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale [Internet]. World Health Organization; 2022.
7. **World Health Organization.** The Pantograph: the application of the WHO partograph in the management of labour, report of a WHO multicenter study, 1990-1991.
8. **Fomba S et al.** Utilisation du partographe dans la surveillance du déroulement de l'accouchement et risques materno-fœtal au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la CVI du district de Bamako. Santé publique 2017 ; 5-12p ; N° 1.
9. **OMS.** Mortalité maternelle [Internet]. [Cité 19 déc. 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
10. **World Health Organization.** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. [Cité 5 mai 2026]. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>
11. **Organisation mondiale de la Santé.** Guide de gestion du travail d'accouchement de l'OMS : manuel d'utilisation. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2021. 1p ; N°46.
12. **Organisation mondiale de la Santé.** Trends in maternal mortality 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. 1p ; N°132.

13. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Paris : Masson/Elsevier Masson. 6^e édition. 2001 ; 1p ; N°635.
14. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).** Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et aux soins du nouveau-né : Guide de pratiques essentielles. 3^e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2015.
15. **Friedman E.** The graphic analysis of labor. Am J Obstetric Gynecol. Dec 1954; 68(6):1568-75.
16. **Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G.** Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labor. Am J obstetric Gynecol 1970; 106(7):1065-82.
17. **Lacomme M.** Pratique obstétricale, 2 tomes. Disponible sur : <https://www.ebay.fr/itm/187171371938>.
18. **Philpott RH.** Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. Br Med J 1973; 4(5890):451-5.
19. **O 'Driscoll K, Meagher D.** Duration of labour. In Active management of labour. The Dublin Experience. London: Baillière Tindall; 1986. p. 20-3.
20. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).** The partograph: The application of the WHO partograph in the management of labour. Genève. 1994 ; 1p ; N°270.
21. **Boré AD.** Analyse de l'utilisation du partographe dans les centres de santé de la Commune II du district de Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ; 2018.
22. **Organisation mondiale de la Santé (OMS), Banque mondiale, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).** Safe Motherhood Initiative: Conference Report. Kenya: Nairobi, 1987 ; 1(8534):668-70.
23. **Camara S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse Médecine Université de Bamako. 2007 ; 98 ; N°235.
24. **Ministère de la Santé du Mali.** Politique et normes des services de santé de la reproduction. Bamako : Direction Nationale de la Santé / Direction de la Santé Familiale ; 2019 ; 132p.
25. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).** Quality, equity, dignity: Network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. Genève. 2017 ; 1p ; N°32.

- 26. Ministère de la Santé du Mali, Direction/Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC).** Programme national de périnatalité. Bamako.1994.
- 27. OMS.** The Partograph: The Application of the WHO Partograph in the Management of Labour. Geneva: WHO; 1994.
- 28. Camara S.** Evaluation du partogramme au centre de santé communautaire de Yirimadio, en commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine USTTB Bamako 2020 ; 80 p ; N°208.
- 29. Diawara B.** Surveillance du travail d'accouchement au centre de sante de référence de la commune CIV du district de Bamako. Thèse Médecine USTTB Bamako 2023 ; 108 p ; N° 459.
- 30. Diarra L.** Evaluation de la qualité de remplissage du pantographe modifié de l'OMS dans les Centres de Santé Communautaires de la Commune II du district de Bamako. Thèse Médecine USTTB Bamako 2020 ; 83p ; N°120.
- 31. Arou AZ.** Evaluation de l'utilisation du partographe au CSRéf de Niono. Thèse de médecine USTTB Bamako 2018 ; 90p ; N°118.
- 32. Kome CH.** Evaluation de l'utilisation du partographe dans les CSCOMS de la commune II du district de Bamako. Thèse de med 2015.
- 33. Togo A.** L'utilisation du partographe et pronostic maternel et fœtal à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse Médecine Bamako USTTB 2016 ; 90p; N°32.
- 34. Samaké I.** Etude du partogramme dans les centres de santé communautaire, la MIPROMA et le Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako USTTB 2013 ; 115p ; N°09.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche signalétique :

Nom : Coulibaly **Prénom :** Bakary

Email : bakaryc446@gmail.com

Tel : (00223) 94152808

Titre de la thèse : Utilisation du Guide de Gestion du Travail d'Accouchement au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Année universitaire : 2024-2025

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Service de Gynéco-Obstétrique, santé publique/santé communautaire.

Résumé

Introduction : Le GGTA est un outil visant à garantir des soins obstétricaux de qualité fondés sur des données probantes, en mettant particulièrement l'accent sur la sécurité materno-fœtale, la prévention des interventions inutiles et la prestation de soins de soutien.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et prospective sur une période de trois mois, allant du 1^{er} mars 2025 au 31 mai 2025. L'étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. L'échantillonnage a été effectué de manière exhaustive afin de recueillir les informations relatives à l'utilisation Guide de Gestion du Travail d'Accouchement (GGTA). Ont été incluses toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion.

Résultats : Au total, 1857 GGTA ont été enregistrés. Le remplissage du GGTA a été effectué par les sages-femmes dans 99% des cas, contre 1% pour les autres prestataires (médecins, thésards et infirmières obstétriciennes). La fréquence de l'utilisation du GGTA était de 100%. La voie basse représentait le principal mode d'accouchement avec 86% des cas.

Les principales difficultés de remplissage concernaient certaines omissions relatives au nombre de CPN, aux BDCF, à la tension artérielle, aux heures d'examen et au modelage de la tête.

Le non maitrise du GGTA et la surcharge du travail constituait les principales raisons évoqués. Aucun décès maternel ni fœtal n'a été enregistré au cours de l'étude.

Conclusion : La surveillance du travail d'accouchement à l'aide du GGTA constitue un élément essentiel dans la réduction de la morbi-mortalité materno-fœtale.

Mots clés : Surveillance, Travail d'accouchement, GGTA, Mali.

Abstract

Introduction: The Labor Management Guide (GGTA) is a tool designed to ensure quality obstetric care based on evidence-based practices, with particular emphasis on maternal and fetal safety, prevention of unnecessary interventions, and provision of supportive care.

Methodology: We conducted a cross-sectional, descriptive, and prospective study over a three-month period, from March 1st, 2025 to May 31st, 2025. The study was carried out in the Gynecology and Obstetrics Department of the Reference Health Center of Commune VI in the District of Bamako. Exhaustive sampling was used to collect information on the use of the Labor Management Guide (GGTA). All women meeting the inclusion criteria were included in the study.

Results: A total of 1,857 GGTA were recorded. Completion of the GGTA was carried out by midwives in 99% of cases, while the remaining 1% were completed by other healthcare providers (physicians, medical interns, and obstetric nurses). The frequency of GGTA use was 100%. Vaginal delivery was the main mode of delivery, accounting for 86% of cases. The main difficulties encountered in completing the GGTA involved omissions regarding the number of antenatal care visits, fetal heart sounds, blood pressure, examination times, and fetal head molding. Lack of mastery of the GGTA and workload overload were the main reasons reported.

No maternal or fetal deaths were recorded during the study.

Conclusion: Monitoring labor using the GGTA is an essential element in reducing maternal and fetal morbidity and mortality.

Keywords: Monitoring, Labor, GGTA, Mali.

Fiche d'enquête

Numéro : [...]

I- IDENTIFICATION

Q1 Profil du prestataire : [...]

1=Sage-femme, 2=Autres

Q2 Age de la parturiente [...]

1= <19 ans, 2= 19-35 ans, 3= > 35 ans

Statut matrimonial 1= mariée 2= célibataire

Niveau d'instruction 1= non instruite 2= instruite

Q3 Antécédents obstétricaux : [...]

1=Primipare, 2=Paucipare, 3=Multipare, 4=Grande multipare

Q4 Facteurs de risques notés sur le guide de gestion du travail d'accouchement : [...]

1=Antécédent de césarienne, 2=HTA, 3=Diabète, 4=Aucun

Q5 Taille : [...]

1= <1,5m, 2= >1,5m

Q6 Hauteur utérine en cm : [...]

1= <30 cm, 2= 30-36 cm, 3= >36cm

Q7 Nombre CPN : [...]

1= -3, 2= + 3

II- ADMISSION

Q8 Type de travail : [...]

1= Spontané, 2=Induit

Q9 Rupture des membranes: [...]

1=Oui, 2=Non

Q10 Diagnostic de la phase active : [...]

1= Dès l'entrée, 2= 1h, 3= 2h

Q11 Accompagnant(e) : [...]

1= Oui, 2=Non,

3=Refusé par la femme

Q12 Soulagement de la douleur : [...]

1=Oui, 2=Non, 3=Refusé par la femme

Q13 Liquide per os : [...]

1= Oui, 2=Non, 3=Refusé par la femme

Q14 Posture: [....]

1=Décubitus dorsal, 2=En mouvement

Q15 Ralentissement du rythme cardiaque : [....]

1=Non, 2=Précoce, 3=Tardif, 4=Variable

Q16 Liquide amniotique : [....]

1=Clair, 2=Intactes, 3=Teinté de méconium, 4=Teinté de sang

Q17 Nature de la présentation : [....]

1=Céphalique, 2=Siège, 3=Transversale

Q18 Bosse séro-sanguine : [....]

1=Aucune, 2=Négligeable, 3=Moyenne, 4=Prononcée

Q19 Modelage de la tête : [....]

1=Aucun, 2=Sutures apposées, 3=Chevauchement réductible, 4=Chevauchement irréductible

Q20 Fréquence des BDCF (bats/mn) : [....]

1= <120 bpm, 2= 120-160 bpm, 3= >160 bpm

Q21 Pouls : [....]

1=<70pul/min, 2=70-100pul/min, 3=>100pul/min

Q22 Tension artérielle : [....]

1= <100/60mmhg, 2=100/60-140/90mmhg, 3= >140/90mmhg

Q23 Température : [....]

1= <35°C, 2=35-37,5°C, 3= >37,5°C

Q24 Urines : [....]

1= Protéines, 2= Acétones, 3=Négatif

Q25 Fréquence des CU : [....]

1= <3CU/10min, 2= 3-5CU/10min, 3= >5CU/10min

Q26 Durée des CU : [....]

1= <20sec, 2= 20-60sec, 3= >60sec

Q27 Durée du travail : [....]

1= <12 h, 2=12-24h, 3= >24h

Q28 Accouchée évacuée : [....]

1=Oui, 2=Non

Q29 Dilatation du col : [....]

1= 1cm ou plus toutes les heures, 2= Moins 1cm toutes les heures

Q30 Descente

1=Engagée, 2= Non engagée

Q31 Pronostic maternel : [....]

1=Vivante, 2=Décédée

Q32 Cause du décès maternel : [....]

1=Hémorragie de la délivrance, 2=Infection du post-partum, 3=Autre

Q33 Apgar du nouveau-né : [....]

1= -8, 2= +8

Q34 Poids : [....]

1= <1500g, 2= 1500-2500g, 3= >2500g

Q35 Nouveau-né évacué : [....]

1=Oui, 2=Non

Q36 Raison de l'évacuation : [....]

1=Prématuré, 2=Hypotrophie, 3=Détresse respiratoire, 4=Autre

Q37Pronostic du nouveau-né : [....]

1=Vivant, 2=Mort-né

Q38 Motif du décès : [....]

1=Souffrance fœtale, 2=Grande prématurité, 3=Infection néonatale, 4=Autre

Q39 Si mort-né : [....]

1=Frais, 2=Macéré

Q40 Qualité de remplissage : [....]

1= Complètement, 2= Incomplètement

Q41 Age exacte : [....]

Q42 Médicaments : [....]

1=Ocytocine, 2=Autres médicaments, 3=Liquides IV

Q43 Prise de décision partagée

1=Réévaluation, 2=Perfusion d'ocytocine, 3=Césarienne, 4=Ventouse, 5=Surveillance

Q44 Voie d'accouchement

1= Césarienne, 2=Voie basse

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 race, de parti ou de classe 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 !!