

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi**

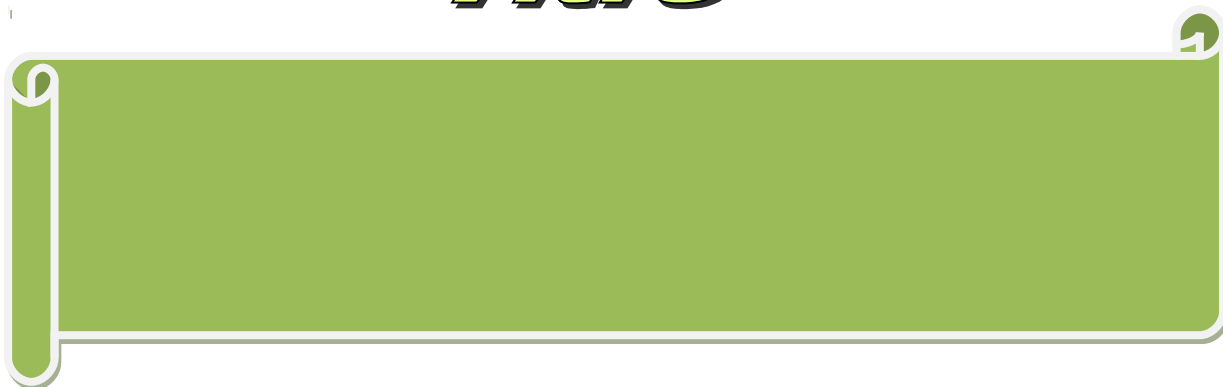


Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2010-2011

N°

Titre



Thèse

**Présentée et soutenue publiquement le 30 /07/ 2011
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie.**

Par M. Soumaiya DEMBELE

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

Jury

Président : Professeur. Amadou Ingré DOLO

Membre : Professeur. Mamadou TRAORE

Co-directeur : Docteur. Youssouf TRAORE

Directeur de thèse : Professeur. Niani MOUNKORO

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Allah, le Tout Puissant et Miséricordieux

Loué soit-il, et à son prophète Mahomet (SWA)

Pour m'avoir donné la chance de réaliser ce que j'avais pris pour un rêve.

*A toutes les mères singulièrement celles qui ont perdu leur vie en
voulant donner une nouvelle vie.*

A mon père, Moussa DEMBELE

Tu es à l'origine de ma curiosité, de mon attirance pour la connaissance, je te dois tout.

Tu m'as comblé de tout ce qu'un enfant peut souhaiter de son père : éducation, amitié, conseils et amour.

Tu m'as soutenu et réconforté dans les moments difficiles.

Que le Tout Puissant te garde en vie encore très longtemps, à nos côtés.

Merci Papa.

A ma mère, Thérèse DEMBELE

Tu es Amour, Douceur, Patience et Pardon.

Tu t'es dévouée à tes enfants.

Tu nous as enseigné la tolérance, le respect et le courage.

Tu nous as appris la vie, pas à pas, avec attention, affection et amour.

Je suis ce que tu as pris le temps de faire de moi.

Que le Tout Puissant te donne la chance de goûter aux fruits de ce que tu as semé.

Merci Maman.

A la mémoire de ma grand-mère, Feue Naba DEMBELE

J'aurais tant aimé que tu sois à mes côtés pour partager cette étape de ma vie.

Je me souviens encore de tes derniers conseils.

Merci pour tout et dors en paix, Mamy.

A ma grand-mère, Souty DEMBELE.

Je n'ai pas de mots pour qualifier ton courage, ta générosité et ta bravoure.

Je suis fier de t'avoir comme grand-mère.

Ce travail est le fruit de tes efforts.

Merci pour tes conseils et tes encouragements.

A mes frères et sœurs

Je n'ai pas de mots pour vous qualifier notre fraternité.

Merci pour votre amour, votre patience, vos aides morales et matérielles, votre soutien permanent tout au long de ce périple.

Que le Tout Puissant raffermisse encore notre entente et nous garde unis à jamais.

A ma très chère cousine, amie, confidente, Alice DEMBELE.

Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien et tes encouragements indéfectibles.

Je te souhaite beaucoup de bonheur.

Je suis et serais toujours là pour te soutenir.

REMERCIEMENTS

A tous mes oncles et tantes des familles DEMBELE à Koutiala, Bamako, Bougouni, Sikasso, Nintabougoro, Zébala, que Dieu vous prête longue vie et bonne santé.

A Soumaïla OUATTARA, académie d'enseignement, Sikasso. Vos conseils précieux m'ont beaucoup éclairé. Ce travail est aussi le vôtre.

A la famille DEMBELE à Lafiabougou Bamako, pour votre accueil et votre soutien.

A mes amis, Alexis COULIBALY, Dr Gaston DEMBELE, Ernest DEMBELE, Kassoum DEMBELE, Dr Tiariya Mamadou. SANOGO, Dr Salya DEMBELE, pour votre amitié et soutien indéfectible.

A mes cousins et cousines des familles : DEMBELE, COULIBALY, SANOGO, SAMAKE, KOLOMA, à Koutiala, DEMBELE, BERTHE, SANOGO à Bamako.

A mes anciens camarades (des chambres E2-12, B5, Sous-amphi) de l'internat de la FMPOS.

A mes camarades et amis(e) de la FMPOS pour les années studieuses mais combien heureuses que nous ayons passées ensemble à la FMPOS.

A tous mes collègues Thésards du CSRéf de Koutiala, du CHU Gabriel TOURE, du CHU Point « G ».

A mes amis aînés, promotionnaires et cadets de la faculté.

A toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette évaluation. Beaucoup de bonheur dans vos foyers, bonne santé et longue vie à vos bébés.

Aux personnels du CSRéf de Koutiala, Merci pour votre collaboration et votre disponibilité constante sans lesquelles ce travail ne serait pas réalisé.

A tout le personnel du laboratoire du CSRéf de Koutiala, Mme GUINDO, Mme DIALLO, Mme TRAORE, Mme SALL, KONATE, Moussa KINDO, Youssouf DEMBELE, Issa COULIBALY. Je vous réitère ici ma reconnaissance. Merci de tout cœur.

Aux Docteurs : Mamadou MAGASSA, N'Tian MAGASSA, Apollinaire DEMBELE, Félix DIARRA, Souleymane DIARRA, Adama SANGARE, Oumou DIAKITE, SANGARE Fanta KANTE, Moustapha COULIBALY, COULIBALY Amy GOITA, Mamoutou SOUMOUTHERRA, Boubacar SANOGO, KANOUTE, DIAKITE, TOLO, DEMBELE, FONGORO, KAMISSOKO, SANOGO, vos conseils précieux m'ont beaucoup éclairé. Ce travail est aussi le vôtre.

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala

Aux Sages-femmes, Infirmières obstétriciennes, Matrones, Aides-soignants, Infirmiers, Anesthésistes, Chauffeurs, Gérants de pharmacie, Techniciens de surfaces, Gardien du CSRéf de Koutiala et tout ce qui j'aurais oublié.

Aux personnels du CSCom de Sincina, de la clinique Sogomougou, merci pour votre bonne collaboration.

A tous mes enseignants depuis le primaire jusqu'à la faculté, en particulier M. DISSA, M. COULIBALY, M. BAGAYOGO, M. DIAKITE, M. OUATTARA, M. DIALLO, M. DAO...pour vos conseils et votre disponibilité en toutes circonstances.

A tout le corps professoral de la FMPOS, pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle que vous nous avez dispensé. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Notre profonde gratitude également aux familles, DEMBELE, GUINDO, TRAORE, DIALLO, SALL, DIABATE, OUATTARA, BERTHE, SAMAKE, SANOGO.

A tous les amis ou connaissances qui m'ont encouragé durant ces années.

A toutes les personnes qui ont participé de loin ou de prêt à la réalisation de ce travail.

A mon beau pays, le MALI pour sa générosité.

HOMMAGES AU JURY

HOMMAGES AU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Amadou Ingré DOLO

- ♦ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS**
- ♦ **Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- ♦ **Président fondateur de la SOMAGO**
- ♦ **Coordinateur du DES de gynécologie obstétrique à la FMPOS**
- ♦ **Membre fondateur et président du réseau malien de prévention contre la mortalité maternelle**
- ♦ **Ancien secrétaire général de la SAGO**
- ♦ **Point focal de la vision 2010 au Mali**
- ♦ **Chevalier de l'ordre national du MALI**

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être digne de la confiance que vous avez placée en nous.

Pour nous, vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Veillez accepter cher Maître, nos humbles remerciements et trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Professeur Mamadou TRAORE

- ♦ **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMPOS**
- ♦ **Médecin Chef du CSRéf de la Commune V du District de Bamako**
- ♦ **Coordinateur national au Mali du programme GESTA international**
- ♦ **Membre fondateur du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**
- ♦ **Secrétaire général de la SAGO**

Cher Maître, les mots nous manquent pour exprimer ce que nous ressentons.

Nous avons été marqués par la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vos qualités humaines, scientifiques et votre ouverture d'esprit font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Niani MOUNKORO

- ♦ **Maitre de conférences de gynécologie obstétrique**
- ♦ **Chef du service d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- ♦ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

Cher Maître, c'est un grand honneur et un plaisir immense que vous nous avez fait en dirigeant cette thèse malgré vos multiples sollicitations.

Vos qualités humaines et vos connaissances scientifiques font de vous un professeur très respecté et apprécié.

Cher Maître, veuillez trouver en ce travail, l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse

Docteur Youssouf TRAORE

- ♦ **Maitre assistant de Gynécologie obstétrique à la FMPOS**
- ♦ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ♦ **Secrétaire général de la SOMAGO**

Cher Maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons beaucoup bénéficié de vous sur le plan pédagogique.

Veillez trouver ici, cher Maître l'expression de nos humbles remerciements et notre profond respect.

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AMIU : Aspiration Manuelle Intra-utérine
ASACODA : Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
ASACOKAL : Association de Santé Communautaire de Kalaban
ATCD : Antécédent
BCF : Bruits du Cœur Foetal
BPN : Bilan Prénatal
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMIE : Centre Médical Inter-Entreprise
CPN : Consultation Prénatale
CSCom : Centre de Santé Communautaire
CSRéf : Centre de Santé de Référence
CU : Contraction Utérine
CV : Commune 5
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée
EDM ; Energie du Mali
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FFI : Faisant fonction d'Interne
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
FNUAP : Fond des Nations Unies pour l'Aide à la Population
GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement
GATS : Gestion Active du Troisième Stade du travail
HU : Hauteur Utérine
IEC : Information Education et Communication
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
IVD : Intraveineuse Directe
MIPROMA : Mutuelle Inter Promotionnelle de Magnanbougou
OMI : Œdèmes des Membres Inferieurs
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planning Familiale
PMA ; Paquet Minimum d'Activités
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RAFT : Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine
SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
SIS : Système d'Information Sanitaire
SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique
SOTELMA : Société de Télécommunication du Mali
TA : Tension Artérielle
UNICEF : Fond des nations Unies pour l'enfance

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	5
II. GENERALITES.....	6
METHODOLOGIE.....	12
III. MÉTHODOLOGIE.....	13
RESULTATS.....	24
IV RESULTATS.....	25
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	53
CONCLUSION.....	58
VI. CONCLUSION.....	59

RECOMMANDATIONS.....	61
VII. RECOMMANDATIONS.....	62
RÉFÉRENCES.....	64
ANNEXES.....	68

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Figure 1 : Carte du cercle de Koutiala et ses aires de santé.....	14
Tableau I : Niveau de qualité des structures au niveau du Centre de Santé de Référence de Koutiala.....	25
Graphique 1 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.....	26
Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession.....	27
Graphique 2 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	27
Graphique 3 : Répartition des parturientes selon la résidence.....	28
Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.....	28
Graphique 4 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.....	29
Tableau IV : Répartition des parturientes selon la gestité.....	29
Graphique 5 : Répartition des parturientes selon la parité.....	30
Tableau V : Répartition des parturientes selon les antécédents.....	30
Tableau VI : Répartition selon la qualification de l'agent de santé ayant fait l'accueil.....	31
Tableau VII: Répartition selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique des parturientes.....	32
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire.....	33
Tableau IX : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de préparation de l'accouchement.....	34
Tableau X : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général.....	35
Tableau XI : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical.....	36
Tableau XII : Répartition selon la réalisation des normes d'hygiène pendant l'accouchement.....	37
Tableau XIII : Répartition selon l'utilisation des médicaments au cours du travail d'accouchement.....	38
Tableau XIV : Répartition selon la qualification de l'agent de santé.....	39
Graphique 6 : Répartition des parturientes selon la réalisation de méthodes d'intervention obstétricale spécifiques.....	39

Tableau XV : Répartition selon le respect de l'intimité des parturientes pendant l'accouchement.....	40
Tableau XVI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de la délivrance.....	40
Tableau XVII : Répartition selon l'utilisation du partographe au cours de l'accouchement.....	41
Tableau XVIII : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de soins au nouveau-né.....	42
Tableau XIX : Répartition selon l'évaluation du score d'APGAR des nouveau-nés.....	43
Tableau XX : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires demandés en per-partum.....	43
Tableau XXI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de surveillance du post-partum immédiat.....	44
Tableau XXII : Répartition selon les conseils donnés à l'accouchée.....	44
Tableau XXIII : Répartition selon la durée de l'accouchement.....	45
Tableau XXIV : Répartition selon la durée de séjour après l'accouchement.....	45
Tableau XXV : Répartition selon les raisons de choix de la maternité du CSRéf de Koutiala.....	46
Tableau XXVI : Répartition des accouchées selon leur suivi en CPN.....	47
Graphique 7 : Répartition selon le nombre de CPN suivis dans la structure.....	47
Tableau XXVII : Répartition selon le lieu de suivi en CPN.....	48
Graphique 8 : Répartition selon le BPN réalisé.....	48
Tableau XXVIII : Répartition selon les suggestions des accouchées sur la qualité de l'accueil.....	49
Tableau XXIX : Répartition selon l'opinion des accouchées sur la qualité des soins.....	49

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat » entre la vie et la mort dit un proverbe Bamanan.

Si le suivi de la première n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement du deuxième est un passage forcé du moins souhaité par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles [1].

Le décès de la mère d'un nourrisson constitue non seulement la perte d'une femme dans la force de l'âge, mais elle entraîne la fin de son activité économique, généralement la mort de son enfant et dans certains cas la désintégration de sa famille [2].

La femme a un rôle essentiel à jouer dans tout ce qui concerne ses soins en participant notamment à leur planification, leur prestation et leur évaluation. Il faut absolument tenir compte des facteurs socio-économiques, affectifs, psychologiques, religieux et culturels si l'on veut concevoir et dispenser des soins obstétricaux appropriés [3].

Selon l'OMS chaque jour, environ 1600 femmes succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et /ou à l'accouchement soit un décès par minute [4 ; 5].

La situation du continent africain apparaît plus que préoccupante si on la compare à celle des autres régions du monde en développement [6 ; 7 ; 8].

Au Mali, selon EDS III (2001) le taux de mortalité maternelle chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) était de 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit 1 décès toutes les 3 heures. La grande majorité des parturientes n'avait pas bénéficié d'une assistance appropriée pendant l'accouchement et que seulement 38% des naissances avaient lieu dans les établissements sanitaires [9].

Malgré les tendances à une réduction du taux de mortalité maternelle qui est actuellement estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes selon EDS IV au Mali (2006-2007), celui ci reste encore très loin des défis et des objectifs du millénaire en matière de santé maternelle [10].

Cependant la mortalité maternelle ne représente qu'une petite partie d'un vaste problème. On estime que pour chaque femme qui meurt ; il y a 20 à 30 autres qui souffrent de complications douloureuses, débilitantes liées à la grossesse, à l'accouchement et/ou aux suites de couches.

Depuis 1958 la célèbre enquête anglaise du British Perinatal Mortality Survey avait montré que l'absence de CPN multipliait par cinq le risque de mortalité périnatale [11].

Cependant la stratégie utilisant la réduction du nombre de grossesses n'aura un effet significatif que lorsque l'indice synthétique de la fécondité sera très bas. Or le taux de natalité reste élevé dans la plupart des pays africains [12 ; 2]

Une étude effectuée en 1997 en Afrique de l'Ouest dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis, Kaolack) a révélé qu'un peu plus seulement de la moitié (58,8%) des parturientes avait fait l'objet d'une surveillance ou d'un accouchement assisté par un personnel qualifié [13].

Une étude faite sur la santé maternelle et infantile en 1998 au Bénin a montré que le niveau des indicateurs sur les accouchements et les issues défavorables de grossesses est loin des prévisions malgré la tendance à la hausse des utilisateurs des soins prénataux et d'accouchement [14].

Au Mali en 2003 une étude faite sur la qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako a révélé certaines insuffisances : la faible qualité de l'interrogatoire, la faible qualité des gestes techniques de l'examen général, la faible qualité de la dimension préparation à l'accouchement, la faible qualité du lavage des mains [15].

En 2005 une étude menée sur la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako a montré également des faiblesses de la qualité de l'examen général; le lavage des mains avant et après l'examen qui est la clé de tout acte médical [16].

En 2007 une autre étude faite sur la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba dans la région de Sikasso a révélé aussi une insuffisance dans la prévention de l'infection ; l'utilisation abusive d'ocytocique et 34% des accouchements non suivis par le partographe [17].

Au Mali en 1990, il a été adopté la politique sectorielle de santé et de population [18]. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services sur la base de la concentration de la population.

Notre choix s'est porté sur le centre de santé de référence de Koutiala dans la région de Sikasso pour mieux connaître à un moment donné le niveau de la qualité des soins du dit centre de santé tout en comparant au niveau de la qualité des prestations des formations sanitaires pré étudiées.

Pour mieux élucider la question notre étude va concerner uniquement les activités des soins d'accouchement au centre de santé de référence de Koutiala.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1- Objectif général

Evaluer la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala.

2- Objectifs spécifiques

- Décrire les infrastructures et les ressources humaines du CSRéf
- Décrire les attitudes, pratiques et comportements des praticiens dans l'accomplissement de leurs tâches
- Décrire la perception des parturientes sur les actes posés en salle d'accouchement
- Corréler les données observationnelles à la perception des parturientes.

GENERALITES

II. GENERALITES

1- Histoire de l'obstétrique

Depuis les temps ancestraux, l'accouchement a toujours été considéré comme un événement à risque. La femme peut risquer sa vie et s'exposer à des séquelles graves (fistules vésico-vaginales, prolapsus génitaux...). Le pronostic porté sur le déroulement de l'accouchement reste toujours provisoire susceptible d'être contredit par l'évolution : telle femme qui paraissait devoir accoucher normalement peut présenter des complications au cours du travail d'accouchement ; telle autre qui donnait des inquiétudes accouchera parfois le plus normalement du monde « car rien n'est plus fertile en surprises que l'obstétrique » [19].

C'est ainsi que certains auteurs ont marqué l'histoire de l'obstétrique à travers leurs travaux. Il s'agit entre autres de :

❖ **Soranus d'EPHESE** (IIème siècle de notre ère) qui fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontre que le fœtus est propulsé non pas par ses propres efforts mais par les contractions utérines.

❖ De 700 à 1200, **Avicenne** préconisait la **version par des manœuvres internes** dans les présentations dystociques de l'épaule et du siège, la révision utérine et l'embryotomie en cas de mort in utero.

- ❖ A la fin du XVIIème siècle **Peter CHAMBERLAIN** inventa une pince : le **forceps** capable de saisir la tête fœtale et l'extraire hors de la filière génitale.
- ❖ La croisade menée par **Ignace SEMMELWEIS** et surtout les 30 années de lutte conduites par **Stéphane TARNIER** de 1858 à 1888 parviennent à imposer la propreté et l'usage des **antiseptiques dans les maternités**.
- ❖ L'opération **césarienne** qui est la réalisation de l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus fut « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon **SHOKAERE** [20].
- ❖ L'introduction du **partographe** dans la gestion du travail d'accouchement a servi de guide pour les sages-femmes et les infirmières de la maternité dans la prise de décision de manière correcte et précoce.
- ❖ L'**échographie** après avoir fait ses premiers pas en obstétrique est ainsi devenue en une décennie un auxiliaire indispensable de la plupart des disciplines médicales. Elle fait maintenant partie intégrante de la surveillance obstétricale moderne [21].
- ❖ L'introduction des **trousses d'accouchement en 1987 par l'OMS** dans le système de santé communautaire a permis de relever le niveau de fréquentation des centres de santé par les parturientes mais aussi d'améliorer les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement.

2-Définitions

2-1- Obstétrique:

C'est une branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique, qui lui permis une nouvelle conception [20].

2-2- Grossesse

C'est l'état de la femme qui porte en son sein l'embryon ou le fœtus, commençant avec la fécondation et se terminant avec l'accouchement. Notons la possibilité des grossesses multiples et ectopiques ; dans tous les cas le diagnostic est clinique, radiologique ou biologique [22].

2-3- Accouchement ou parturition

C'est l'ensemble des phénomènes (mécanique, physique, physiologique) qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir

du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [20].

C'est un processus laborieux d'où le nom de travail. Son déroulement physiologique et mécanique est complexe. Il met schématiquement en présence trois éléments :

- L'utérus : l'élément moteur,
- Le fœtus : l'élément mobile,
- La filière osseuse et les parties molles : l'élément fixe.

A coté de cet accouchement naturel, le travail peut se terminer par l'utilisation d'instruments (forceps obstétricaux, ventouse) ou la césarienne [22].

2-4- Qualité des soins

La technologie de la naissance doit avoir un but :

- ✓ En premier lieu ne pas nuire,
- ✓ En second lieu la protection maternelle et infantile (PMI) qui recouvre des mesures réglementaires et des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et de la promotion de la santé[23].

Ainsi selon l'OMS « La qualité des soins se définit comme étant l'exécution correcte en fonction des normes d'interventions...sans risque, d'un coût abordable pour la société et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition ».

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs [24].

Ces soins doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables, utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement sensée permettre d'obtenir les résultats souhaités [25].

Selon DONABEDIAN [26]

« La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences à des technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter les risques ».

« Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfices » [27].

2-5- Qualité de l'accouchement

Il concerne :

- Le respect des normes et procédures
- L'utilisation adéquate du partographe
- L'environnement du lieu d'accouchement
- La présence d'un agent de santé compétent (sage-femme, infirmière obstétricienne, médecin).

2-6- L'évaluation

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure, une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

2-7- Définitions opératoires

2-7-1- Partographe

Se définit selon l'OMS comme étant « l'enregistrement graphique de la progression du travail d'accouchement et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ».

La revue de la littérature et l'analyse de la pratique par les professionnels concernés font apparaître que le partographe peut se définir comme étant :

- Le schéma de la progression du travail d'accouchement
- La synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale durant le travail
- Un outil d'aide à la décision et à la communication pour les professionnels
- Un document médico-légal
- Un support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.

2-7-2- Dystocie

C'est l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement.

2-7-3- Gestité

Définit le nombre de grossesses d'une femme.

- ❖ Primigeste : femme enceinte pour la première fois.
- ❖ Paucigeste : femme qui est entre sa 2^{ème} et sa 3^{ème} grossesse.
- ❖ Multigeste : femme qui est entre sa 4^{ème} et 6^{ème} grossesse.
- ❖ Grande multigeste : femme qui est à sa 7^{ème} grossesse ou plus.

2-7-4- Parité

Définit le nombre d'accouchements d'une femme.

- Primipare : femme qui accouche pour la première fois.
- Paucipare : femme qui est entre son 2^{ème} et son 3^{ème} accouchement.
- Multipare : femme qui est entre son 4^{ème} et son 6^{ème} accouchement.
- Grande multipare : femme qui a fait plus de 6 accouchements.

2-7-5- Parturiente

C'est une femme qui est en travail d'accouchement.

2-8- Autres définitions

2-8-1- Les normes

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables, les performances et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

2-8-2- Les procédures

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.

2-8-3- La mortalité maternelle

Elle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle ni fortuite.

2-8-4- Le taux de mortalité maternelle

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de procréer. Ce taux exprime jusqu'à quel point le décès maternel est croissant.

2-8-5- Facteur de risque

Tout caractère ou issu défavorable qui met la vie de la mère ou de l'enfant ou des deux en danger au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les suites de couches.

2-8-6- Grossesse à risque

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

2-8-7- La maternité sans risque

« C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins, et à des soins après la

naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacité liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [28]. »

2-8-8- L'aire de santé

Elle représente une zone géographique desservie par ressources sanitaires. C'est une unité géographique de base abritant une population moyenne de cinq mille (5000) à dix mille (10000) habitants et formant la zone d'intervention d'un centre de santé communautaire.

2-8-9- La carte sanitaire

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

2-8-10- Le paquet minimum d'activités (PMA)

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et post-natales avec accouchement et vaccination.

2-8-11- Référence

C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences du personnel.

2-8-12-Evacuation

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

METHODOLOGIE

III. MÉTHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala.

1-1- Histoire

Koutiala est la déformation de « Koulé diakan » ce qui signifie en mianka *le village des fils de koulé*.

Ce vieux village malien devenu ville après la pénétration française en 1903, connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966 avec sa maternité qui daterait de 1946.

Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 (Koutiala-Alençon).

1-2- Géographie

La ville de Koutiala est le chef lieu de cercle situé à 129 km de Sikasso, siège de la 3^{ème} région administrative du Mali, au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire. Il est limité :

- Au Nord et au Nord-Ouest par les cercles de San et de Bla (région de Ségou)

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala

- Au Sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso
- A l'Est par le cercle de Yorosso
- A l'Ouest par le cercle de Dioïla (région de Koulikoro).

Il couvre une superficie de 12270 km².

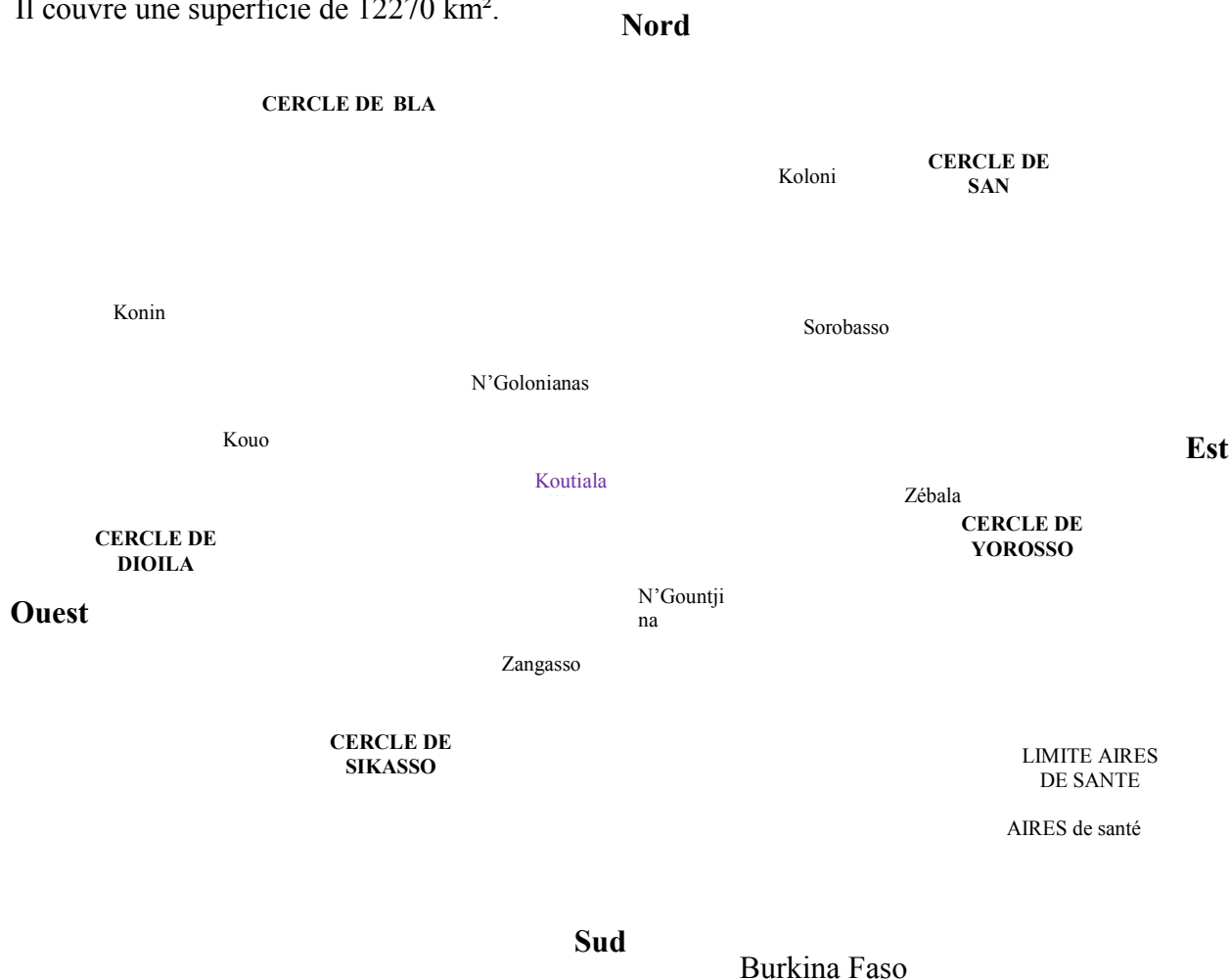


Figure 1: Carte du cercle de Koutiala et ses aires de santé

Le climat est de type soudanien avec des précipitations annuelles atteignant 900 à 1000mm de pluie par an.

La savane constitue l'essentiel de la végétation.

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise par quelques cours d'eau saisonniers alimentant les affluents du fleuve Niger.

Koutiala est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako avec une population de 575253 habitants repartis en 266 villages et un taux d'accroissement annuel moyen de 3,6% ; soit une densité de 47 habitants /km². Le cercle compte 36 communes dont une urbaine. Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et les Miankas,

autochtones sont majoritaires. Le dialecte de la majorité de la population est le mianka, tandis que le bamanan demeure la langue de liaison la plus parlée.

La situation socioculturelle reste traditionnelle dans sa grande composante. L'influence de l'islam est dominante. On compte cependant quelques communautés chrétiennes et animistes. La société est paysanne et conservatrice. Les femmes constituent la cheville ouvrière dans le processus de production familiale ; par contre elles ne sont pas impliquées dans les prises de décisions en cas de problème de santé.

L'analphabétisme demeure le fléau social important tandis que le chômage et la délinquance gagnent du terrain.

Le cercle abrite plusieurs établissements d'enseignement primaires, secondaires et de nombreuses écoles franco-arabes. Le taux de scolarisation reste cependant faible.

Les voies de communication sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

- 1) Axe Ségou-Koutiala - Bobo-Dioulasso
- 2) Axe Mopti-Koutiala-Sikasso

Une centrale téléphonique et la téléphonie mobile, l'existence de dix radios libres contribuent à l'IEC en santé des habitants du cercle.

A économie agropastorale, le cercle de Koutiala est souvent présenté comme la capitale malienne du coton (ou or blanc) et la deuxième ville industrielle du Mali après Bamako.

L'installation des banques et des caisses d'épargne, les facilités de transport ont favorisé le développement du commerce.

1-3- Situation sanitaire

Sur le plan sanitaire ; dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population et conformément au plan de développement socio sanitaire du cercle (PDSC) la carte sanitaire du cercle a été élaborée pour 42 aires de santé dont 4 aires urbaines (1 confessionnelle), 2 périurbaines.

Sur les 42 aires de santé, 40 étaient fonctionnelles en 2009, ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de santé de premier échelon fonctionnel (CSCoM).

Toutes les aires de santé gravitent autour du centre de santé de référence (hôpital du district sanitaire) qui se trouve dans la ville de Koutiala.

La ville dispose en outre de : trois cliniques médicales privées, un cabinet médical privé, un dispensaire de souvenir (anciens combattants), un centre médical interentreprises (CMIE), un centre hospitalier mère-enfant confessionnel.

Il existe plus d'une douzaine d'officines de pharmacie privées, un dépôt de médicaments de la pharmacie populaire du Mali (structure étatique chargée de ravitailler le cercle en médicaments essentiels).

Le centre de santé de référence de Koutiala dispose :

- Service de gynécologie obstétrique comprenant :
 - Section accouchement et suites de couches
 - Section CPN (consultations prénatales) et grossesses à risque
 - Section planning familial et post natale
- Service de chirurgie et anesthésie-réanimation
- Service de médecine
 - Section médecine interne
 - Section pédiatrique
- Service d'ophtalmologie
- Service d'ORL
- Service d'odontostomatologie
- Service de santé mentale
- Service d'imagerie médicale
- Unité tuberculose-lèpre
- Service de laboratoire d'analyses
- Unité PEV
- Service de consultations externes et soins (pansements et injections)
- Dépôt de médicaments
- Service de Brigade d'hygiène et assainissement
- Morgue
- Service de recherche et informations servant de salle de : bibliothèque, informatique, archives, SIS.
- Services financement (bureau des entrées et comptabilité).

Les organes de gestion du centre sont : le comité de gestion et le conseil de gestion.

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- ✓ Une sage femme
- ✓ Une infirmière obstétricienne ou une matrone
- ✓ Des aides soignants
- ✓ Des étudiants en médecine (FFI)
- ✓ Des infirmiers
- ✓ Un gérant de pharmacie
- ✓ Un chauffeur d'ambulance
- ✓ Un technicien de surface.

Le médecin, l'infirmier anesthésiste, le technicien de laboratoire ou tout autre technicien des autres spécialités ci-dessus citées est appelé en cas de besoin.

Au niveau organisationnel du service de garde, l'équipe dispose de :

- Trois tables d'accouchement
- Deux salles d'opération fonctionnelles
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales (remboursé par les patientes après l'intervention sauf le kit de césarienne).
- Un staff est tenu chaque jour à partir de 8 heures. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés au cours de la garde.

La consultation des malades externes a lieu tous les jours alors que les interventions programmées sont faites deux (2) jours sur sept (7) en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours.

2- Variables étudiés

2-1- L'étude des structures

- Le service de gynécologie obstétrique
- Le personnel de la maternité
- Le comité de gestion du centre: un président, un trésorier et autres membres du bureau de gestion du centre.

2-2- L'étude des procédures et des résultats

- L'accueil, l'attitude, le respect psychique et physique des parturientes

- La qualification de l'agent de santé
- Les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement
- Résultats: l'opinion des accouchées
- Aptitude (les gestes effectués par les agents en salle d'accouchement).

3- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective. Elle s'est inspirée du postulat d'Avedis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4- Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2009.

5- Population d'étude

L'étude a concerné les parturientes qui se sont présentées au CSRéf de Koutiala pour travail d'accouchement, les structures et les agents de santé.

6- Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de toutes les parturientes qui se sont présentées à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala durant la période d'étude et en présence de l'enquêteur.

6-1 Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé dans notre enquête un échantillonnage qui a porté sur 76 parturientes.

6-2 Critères d'inclusion

Notre étude a porté sur toutes les parturientes qui se sont présentées en salle de travail d'accouchement du centre de santé de référence de Koutiala pour bénéficier des soins en ayant accepté l'interrogatoire et dont l'enquêteur n'a pas participé activement à l'accouchement.

6-3 Critères de non inclusion

N'ont pas fait partie de notre étude les parturientes qui ont accouché hors de la structure ; n'ayant pas accepté l'interrogatoire et chez les parturientes dont l'enquêteur a participé à l'accouchement.

7- Critères de jugement :

- La politique sectorielle de santé du Mali

- Les normes et procédures des soins d'accouchement au Mali.

8- Recueil des données

Nous avons utilisé deux types de questionnaires :

- Un questionnaire « observation des accouchements »
- Un questionnaire « opinion sur les accouchements ».

9- Technique de collecte :

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents de santé (médecin, sage-femme, matrone, infirmière, étudiant en médecine, aide soignante) au cours du travail d'accouchement en notant la réalisation ou non des gestes techniques et d'autre part à faire un entretien avec les accouchées de façon isolée et discrète.

10- Les variables mesurées ont été :

10-1- Pour l'accouchement

- Les caractéristiques de la parturiente
- Les caractéristiques du personnel ayant pris en charge la parturiente
- Le respect de l'intimité de la parturiente
- La préparation de la parturiente
- Les mesures d'hygiène
- L'interrogatoire
- L'examen général
- L'examen obstétrical
- L'utilisation des médicaments
- Les examens complémentaires demandés
- Les soins dispensés au nouveau-né
- La pratique de la GATPA
- La qualification du personnel
- L'utilisation des supports (partographe, registre d'accouchement...)
- La durée du travail d'accouchement
- Le nombre et la qualité des CPN
- La surveillance du post-partum immédiat
- Les raisons de choix du centre
- Les conseils donnés à l'accouchée

- La durée de séjour à la maternité après l'accouchement
- L'organisation du système de référence et d'évacuation.

10-2- L'opinion des accouchées sur les prestations

Il s'agit de la perception des accouchées recueillie par interview.

11- L'organisation de l'enquête

Les observations et le recueil de l'opinion des parturientes ont été faits par un étudiant en médecine. Pour cela l'enquêteur était discret et ne devrait nullement intervenir pour le bon déroulement de l'étude. Il disposait donc de fiches d'enquête dont les questions nécessitaient de réponses rapides.

12- Niveau de qualité des structures

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans les structures sanitaires seront définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain.

Ces références sont en rapport avec:

12-1- Les normes architecturales

- L'état du local
- Les matériaux de construction
- Le système de protection contre la poussière et la clôture
- Le système d'aération des locaux.

12-2- Plan d'organisation des services

- L'existence d'un service d'accueil ou bureau des entrées (pour tickets et orientation)
- L'existence d'une pancarte d'orientation dans le centre.

12-3- Etat des locaux et l'équipement du service de gynécologie obstétrique

- L'état des salles (d'attente, de travail d'accouchement, d'hospitalisation suites de couches, de CPN et PF)
- L'équipement pour l'accueil
- L'équipement pour les principaux examens physiques.

12-4- Le bloc opératoire_

- L'état du local
- L'équipement.

12-5- L'existence et la fonctionnalité du laboratoire

- L'état du local
- L'équipement et logistique (réfrigérateur)
- Les réactifs
- Le personnel.

12-6- Le dépôt de médicaments

- Les normes architecturales
- L'équipement
- Le mode d'approvisionnement

- La formation du personnel.

12-7- L'existence et la fonctionnalité des autres services et unités annexes

- Service de chirurgie et d'anesthésie-réanimation
- Service de médecine
- Service d'odontostomatologie
- Service d'ophtalmologie
- Service d'ORL
- Service de santé mentale
- L'unité lèpre tuberculose
- Service d'imagerie médicale
- L'unité PEV
- Service de consultations externes et soins
- Service de recherche et informations
- Le service d'hygiène et d'assainissement
- La morgue.

12-8- L'état des toilettes

- Les normes architecturales
- L'équipement
- La propreté.

12-9- Le système d'approvisionnement en eau, électricité et communication

- Les robinets du réseau public (EDM sa)
- L'électricité du réseau public, le groupe électrogène fonctionnel en cas de délestage
- Le RAC, le téléphone, le fax et l'internet.

12-10- La gestion des déchets biomédicaux

- Les boîtes de sécurité
- Les poubelles
- L'incinérateur.

13- Système de classement

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés.

Chaque référence composée de critères a été ainsi cotée de 0 à 4.

La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation d'Avedis Donabedian a permis d'évaluer le niveau de qualité des structures. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présentera comme suit:

- **Niveau IV** : 95 à 100 % de score maximal soit un score total 38 à 40
- **Niveau III** : 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99
- **Niveau II** : 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99
- **Niveau I** : < 50% de score maximal soit un score total < à 20.

Le niveau de qualité des accouchements sera déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires.

L'analyse portera sur deux types d'échelle:

- a) **Une première échelle** où les accouchements sont dits:

« **De bonne qualité** » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées

« **De moins bonne qualité** » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

b) **Une deuxième échelle** où les accouchements sont classés en quatre niveaux de qualité:

- **Elevé (Q4)** : 95-100% des gestes de la dimension sont réalisés
- **Assez élevé (Q3)** : 75-94,99% des gestes de la dimension sont réalisés
- **Moyen (Q2)** : 50-74,99% des gestes de la dimension sont réalisés
- **Faible (Q1)** : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient quatre variables et plus.

C'est ainsi que cette échelle a permis de déterminer pour le centre la proportion des parturientes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4, Q3).

RESULTATS

IV RESULTATS

1- Description du personnel et de la structure

1.1- Le personnel :

- Un (1) médecin gynécologue obstétricien,
- Un (1) médecin psychiatre,
- Neuf (9) médecins généralistes dont trois (3) médecins santé publique,
- Deux (2) pharmaciens dont un(1) au compte d'une ONG,
- Une (1) biologiste et trois (3) techniciennes de laboratoire,
- Dix (10) assistants médicaux et dix (10) infirmiers,
- Neuf (9) Sages-femmes,
- Cinq (5) Infirmières obstétriciennes,
- Huit (8) matrones/aide soignants,
- Cinq (5) Chauffeurs, neuf (9) techniciens de surface,
- Six (6) Comptables et un (1) gardien.

Les agents de santé sont soit des fonctionnaires de l'état, soit des contractuels, ou soit de la coopération.

1.2- La structure

Tableau I : Niveau de qualité des structures au niveau du Centre de Santé de Référence de Koutiala

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1-Normes architecturales		*			3	Protection contre la poussière et les moustiques satisfaisante
2-Dispositif d'accueil et d'orientation	*				4	Dispositif et personnel existant
3-Structure/équipement de l'unité de gynécologie-obstétrique		*			3	Structures exigües, matériel technique incomplet
4-Bloc opératoire			*		2	Equipé, manque de service de réanimation adéquat, système de protection contre les insectes insuffisant
5-Unités annexes de consultation		*			3	Existant et équipés
6-Dépôt de médicaments		*			3	Protection suffisante contre la poussière, système de climatisation médiocre
7-Laboratoire	*				4	Fonctionnel
8-Etat des toilettes		*			3	Bonne propreté
9-Système d'approvisionnement en eau éclairage et communication		*			3	Réseau public, Orange, SOTELMA-Malitel
10-Elimination des déchets		*			3	Déchets régulièrement enlevés par un GIE

NB : A = 4 B = 3 C = 2 D = 1 ou 0 Avec total = 40

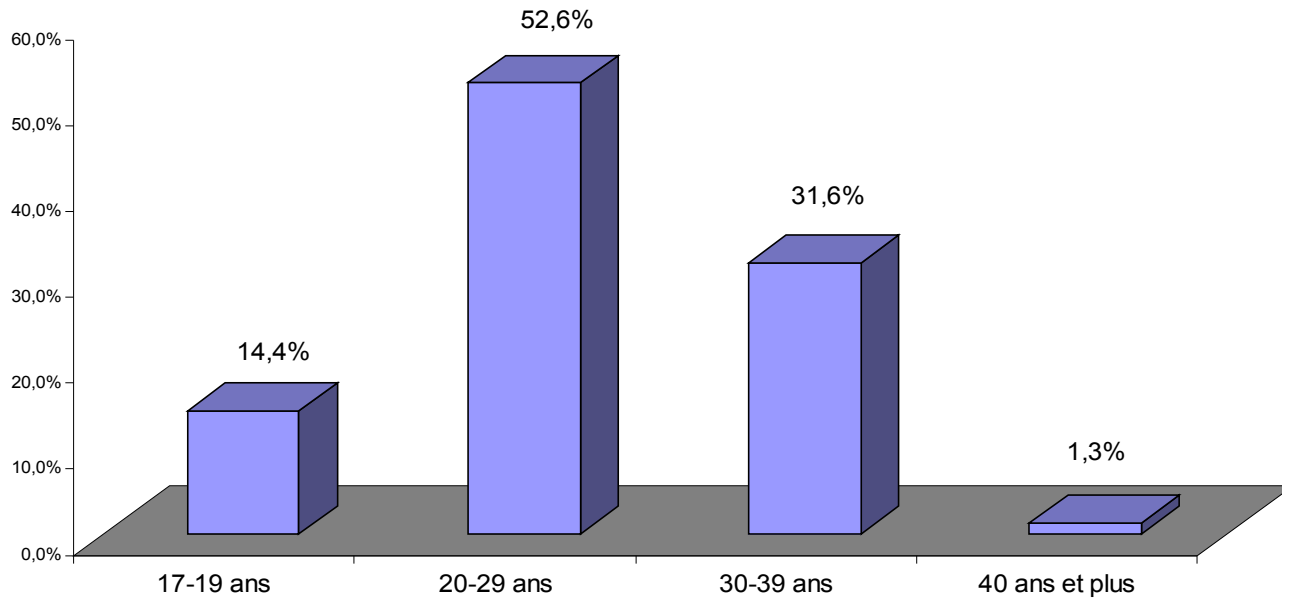
Score maximum = 31 * = Niveau de qualité des structures

Notre étude révèle un score maximum = 31

Le CSRéf est de niveau III c'est-à-dire que les références évaluées sont partiellement satisfaisantes.

2- Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

(n=76)

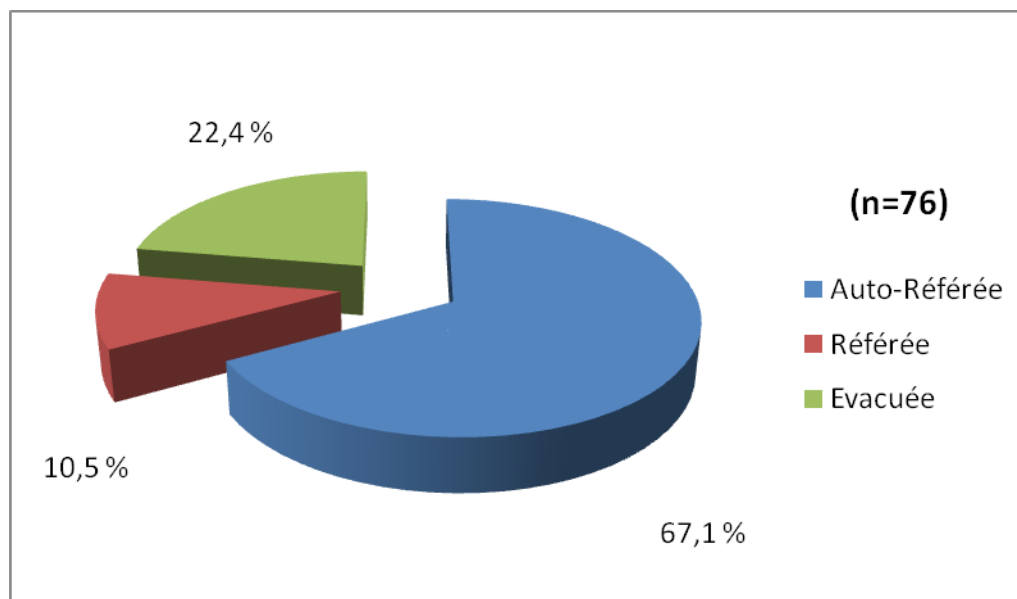


Graphique 1: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

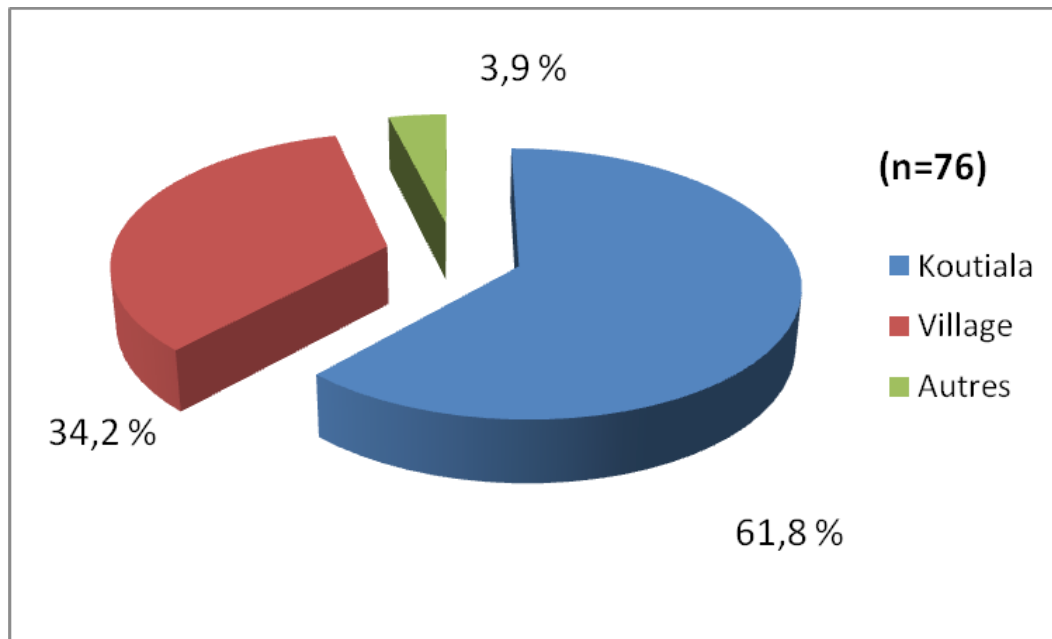
Agés extrêmes : **17 et 40 ans.** Age moyen : **26 ans ± 5,88.** Age médian : **25,00 ans.**

Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession (n= 76)

Profession	Effectif	Pourcentage relative
Ménagère	59	77,6
Vendeuse	5	6,6
Elève/Etudiante	5	6,6
Aide-ménagère	1	1,3
Secrétaire	1	1,3
Autre	5	6,6
Total	76	100,0



Graphique 2 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

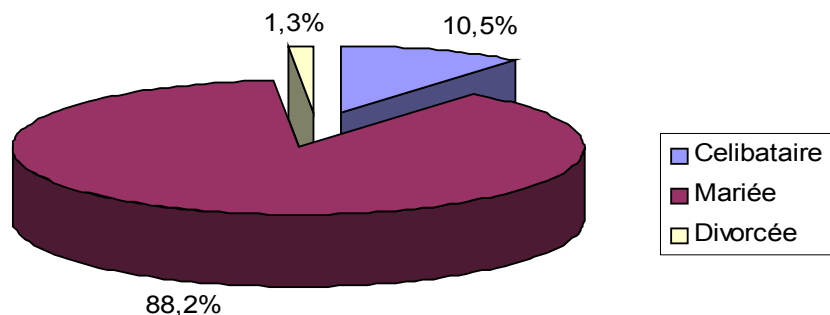


Graphique 3 : répartition des parturientes selon la résidence

Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction (n= 76)

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage relative
Non scolarisée	52	68,4
Primaire	7	9,2
Secondaire	7	9,2
Médorsa	7	9,2
Supérieur	3	4,0
Total	76	100,0

(n= 76)

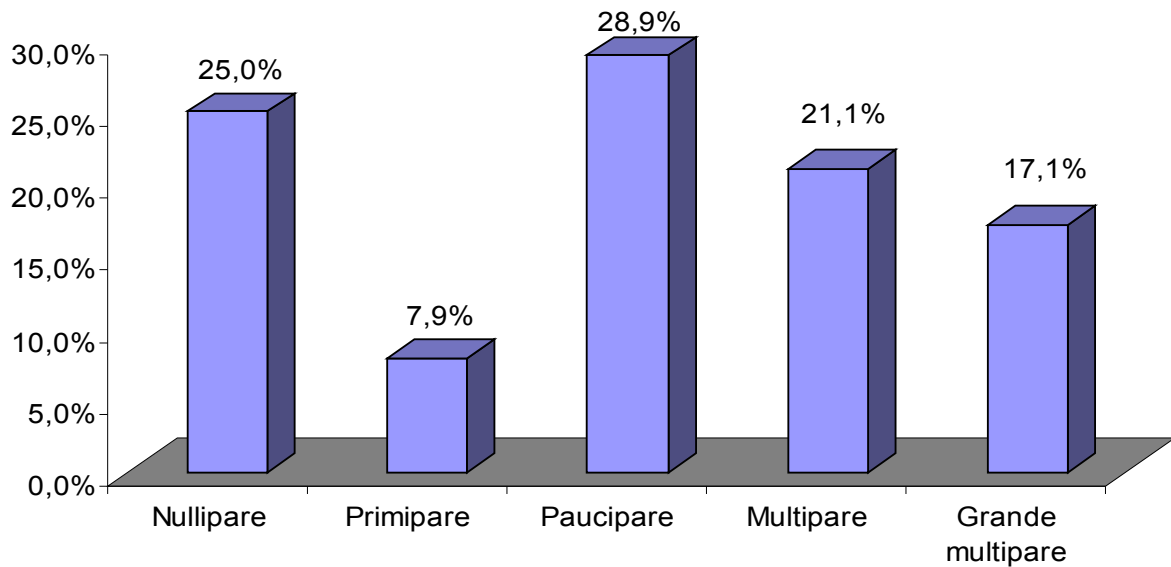


Graphique 4: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la gestité (n= 76)

Gestité	Effectif	Pourcentage relative
Primigeste	19	25,0
Paucigeste	24	31,6
Multigeste	18	23,7
Grande multigeste	15	19,7
Total	76	100,0

(n= 76)



Graphique 5: Répartition des parturientes selon la parité

Tableau V : Répartition des parturientes selon les antécédents médico-chirurgicaux (n= 76)

Antécédent	Effectif	Pourcentage relative
Césarienne	7	9,2
Mort né	6	7,9
Gros fœtus	2	2,6
HTA	1	1,3
Aucun	60	79,0
Total	76	100,0

Tableau VI : Répartition selon la qualification de l'agent de santé ayant fait l'accueil (n=76)

Qualification de l'agent de santé	Effectif	Pourcentage relative
Sage femme	43	56,7
Infirmière obstétricienne	26	34,2
Médecin	3	3,9
Matrone	3	3,9
Etudiant FFI	1	1,3
Total	76	100,0

3- Analyse de la qualité de la dimension humaine

Tableau VII: Répartition selon la réalisation des gestes du respect physique et psychique des parturientes (n= 76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Salutations conformes aux normes sociales	72	94,7
Explique le déroulement du travail	73	96,1
Adressé avec douceur	70	92,1
Encouragement de la parturiente	72	94,7
Familiarisation entre parturiente et agent de santé	71	93,4
Explication de l'évolution et du déroulement du travail	71	93,4

4- Analyse du déroulement de l'accouchement

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la réalisation des variables techniques de l'interrogatoire (n= 76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Appréciation du début et fréquence de la douleur	75	98,7
Appréciation des mouvements fœtaux	74	97,4
Détermination de l'âge de la grossesse	74	97,4
Possession d'un carnet de CPN	76	100,0
Examen du carnet de CPN	76	100,0
Vérification du nombre de CPN	74	97,4
Vérification de la réalisation du BPN	46	60,5
Recherche d'écoulement sanguin vaginal	67	88,2
Pertes liquidiennes	67	88,2

Tableau IX : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de préparation de

l'accouchement (n= 76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Lavage des mains avant chaque examen ou accouchement	65	85,5
Faire uriner la parturiente	62	81,6
Toilette vulvaire	58	76,3

Tableau X : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général (n= 76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Evaluation de l'état général	58	76,3
Mensuration de la taille	7	9,2
Evaluation du poids	2	2,6
Evaluation de la TA	71	93,4
Evaluation du pouls	48	63,2
Evaluation de la température	2	2,6
Appréciation des conjonctives	59	77,6
Recherche d'OMI	41	53,9
Auscultation cardio-pulmonaire	9	11,8

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical (n= 76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Appréciation de l'aspect des seins	33	43,4
Recherche de la présence de cicatrice abdominale	76	100,0
Mesure de la hauteur utérine	68	89,5
Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal	70	92,1
Evaluation de la fréquence et du rythme des CU	71	93,4
Evaluation des BCF	73	96,1
Appréciation de la dilatation du col	76	100,0
Appréciation de la poche des eaux	76	100,0
Appréciation de la présentation	76	100,0
Appréciation du bassin	73	96,1
Appréciation des pertes génitales sur le gant	74	97,4
Remplissage du partographe	56	73,7
Résume-t-il l'examen	46	60,5

Tableau XII : Répartition selon la réalisation des normes d'hygiène pendant l'accouchement (n=76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Lavage des mains	69	90,8
Gant stérile	49	64,5
Port de nouveaux gants à chaque examen	76	100,0
Matériel changé pour chaque accouchement	76	100,0
Préparation de la solution de décontamination	76	100,0
Présence d'alèse propre sur la table d'accouchement	66	86,8

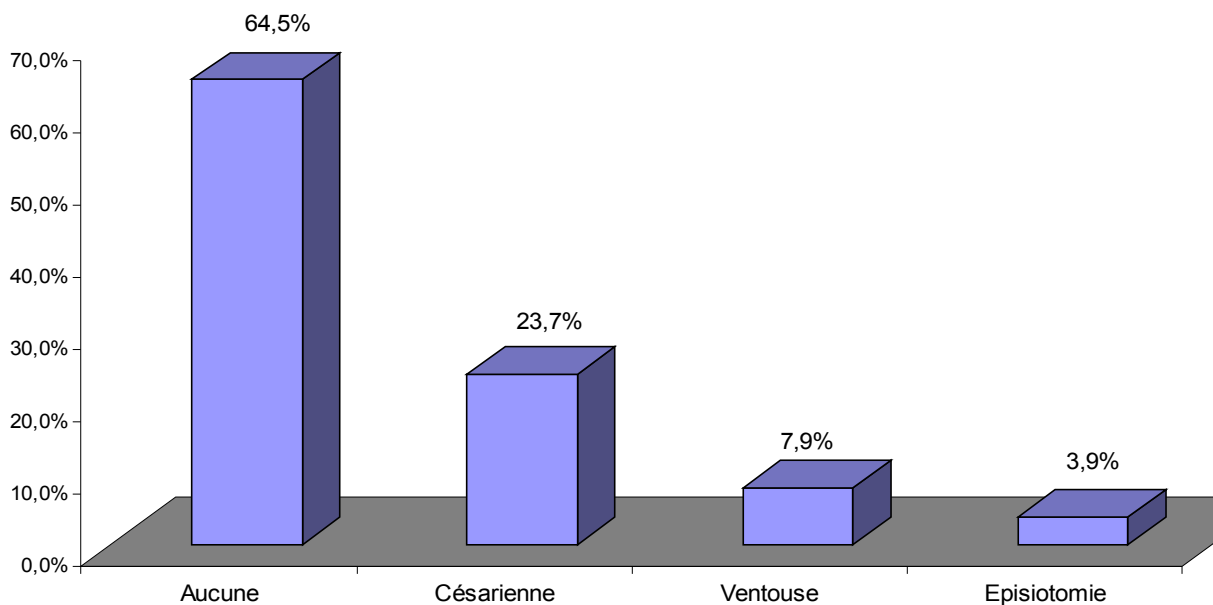
Tableau XIII : Répartition selon l'utilisation des médicaments au cours du travail d'accouchement (n=76)

Médicament	Effectif	Pourcentage relative
Antispasmodique	63	82,9
Oxytocine en perfusion	13	17,1
Oxytocine en IVD	2	2,6
Antihypertenseur	3	3,9
Anticonvulsivant	2	2,6
Aucun	8	10,5

Tableau XIV : Répartition selon la qualification de l'agent de santé (n=76)

Qualification	Effectif	Pourcentage relative
Médecin	27	35,5
Sage femme	19	25,0
Matrone	19	25,0
Infirmière obstétricienne	9	11,9
Etudiant FFI	2	2,6
Total	76	100,0

(n=76)



Graphique 6: repartition des parturientes selon la réalisation de méthodes d'intervention obstétricale spécifiques

Tableau XV : Répartition selon le respect de l'intimité des parturientes pendant l'accouchement (n=58)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Accouchement à l'abri des regards injustifiés	56	96,6
Nombre d'accompagnatrice	1	1,7
Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement	3	5,2

Tableau XVI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de la délivrance (n=76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Pratique de la GATPA	76	100,0
Examen du placenta	62	81,6
Appréciation du globe utérin de sécurité	71	93,4
Surveillance du saignement vulvaire	75	98,7
Examen des conjonctives	59	77,6

Tableau XVII : Répartition selon l'utilisation du partographe au cours de l'accouchement (n=76)

Utilisation du partographe	Effectif	Pourcentage relative
N'a pas été rempli	0	0,0
Rempli tout au long de l'accouchement	40	52,6
Rempli après accouchement	36	47,4
Total	76	100,0

Tableau XVIII : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de soins au nouveau-né (n=76)

Paramètre	Effectif	Pourcentage relative
------------------	-----------------	-----------------------------

Soin immédiat au nouveau-né s'il a crié	20	26,3
Dégage les mucosités du nez et de la bouche	76	100,0
Aspire les voies respiratoires du bébé	11	14,5
Place le bébé sous oxygène	25	32,9
Fait-on un massage cardiaque	7	9,2
Pose le bébé sur le ventre de sa mère	12	15,8
Recueil du bébé dans un linge propre	68	89,5
Recouvre le bébé pour le réchauffer	76	100,0
Evaluation du score d'APGAR	76	100,0
Administration de la vitamine K1	26	34,2
Administration des gouttes de collyre dans les yeux	43	56,6
Résumé de la prise des paramètres biométriques du nouveau-né	68	89,5
Examen systématique du nouveau né	71	93,4
Note le résultat sur le partogramme	76	100,0
Montre le nouveau né à sa mère	76	100,0
Met le nouveau né au sein	67	88,2
Etablit un carnet de santé de l'enfant	23	30,3

Tableau XIX : Répartition selon l'évaluation du score d'APGAR des nouveau-nés (n=76)

Score d'APGAR	Effectif	Pourcentage relative
Score d'APGAR > 7	62	81,6
Score d'APGAR ≤ 7	6	7,9
Mort-né	8	10,5
Total	76	100,0

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires demandés en per-partum (n=76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Groupage et Rhésus + Taux d'hémoglobine et l'hématocrite	8	10,5
Aucun	68	89,5
Total	76	100,0

Tableau XXI : Répartition selon la réalisation des gestes techniques de surveillance du post-partum immédiat (n=76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Examen des conjonctives	53	69,7
Appréciation du globe utérin de sécurité	58	76,3
Appréciation du saignement vulvaire	70	92,1
Recherche de déchirures des parties molles	45	59,2
Contrôle de la TA	26	34,2
Contrôle du pouls	24	31,6
Contrôle de la température	10	13,2

Tableau XXII : Répartition selon les conseils donnés à l'accouchée (n=76)

Variable	Effectif	Pourcentage relative
Hygiène vulvopérinéale	44	57,9
Allaitement maternel	48	63,2
Planning familial	46	60,5
Suivi du nouveau-né	45	59,2
Alimentation de la femme allaitante	25	32,9

Tableau XXIII : Répartition selon la durée de l'accouchement (n=76)

Durée	Effectif	Pourcentage relative
Moins 1/2 heure	10	13,2
1/2 à 4H	51	67,1
4H à 8H	14	18,4
8H à 12H	2	2,6
Plus 12H	2	2,6

Tableau XXIV : Répartition selon la durée de séjour après l'accouchement (n=76)

Durée	Effectif	Pourcentage relative
Moins 6H	12	15,8
6H à 12H	27	35,5
12H à 24H	14	18,4
Plus 24H	23	30,3

5- Perception des parturientes sur la qualité des prestations

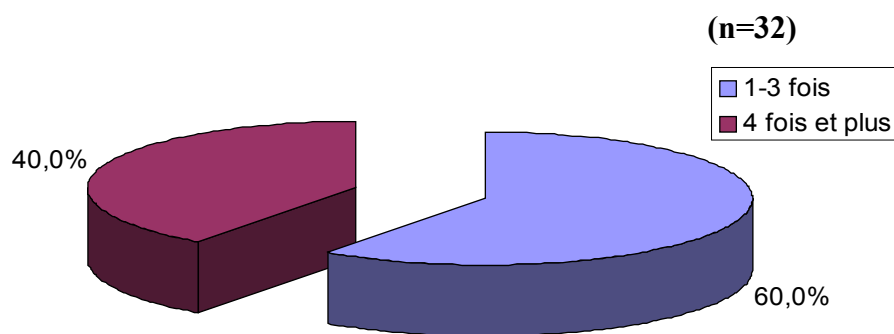
Tableau XXV : Répartition selon les raisons de choix de la maternité du CSRéf de

Koutiala (n=76)

Raison de choix	Effectif	Pourcentage relative
Evacuée	19	25,0
Conseil d'un (e) parent (e)	12	15,8
Référée	9	11,8
Habitude d'y accoucher	8	10,5
Accouchement assisté	7	9,2
Conseil du conjoint	6	7,9
J'y ai fait ma CPN	5	6,6
Personnel accueillant	4	5,3
Personnel compétant	4	5,3
Proche de mon domicile	1	1,3
J'y ai une connaissance	1	1,3
Total	76	100,0

Tableau XXVI : Répartition des accouchées selon leur suivi en CPN (n=76)

Suivi en CPN	Effectif	Pourcentage relative
Parturientes suivies	58	76,3
Parturientes non suivies	18	23,7
Total	76	100,0



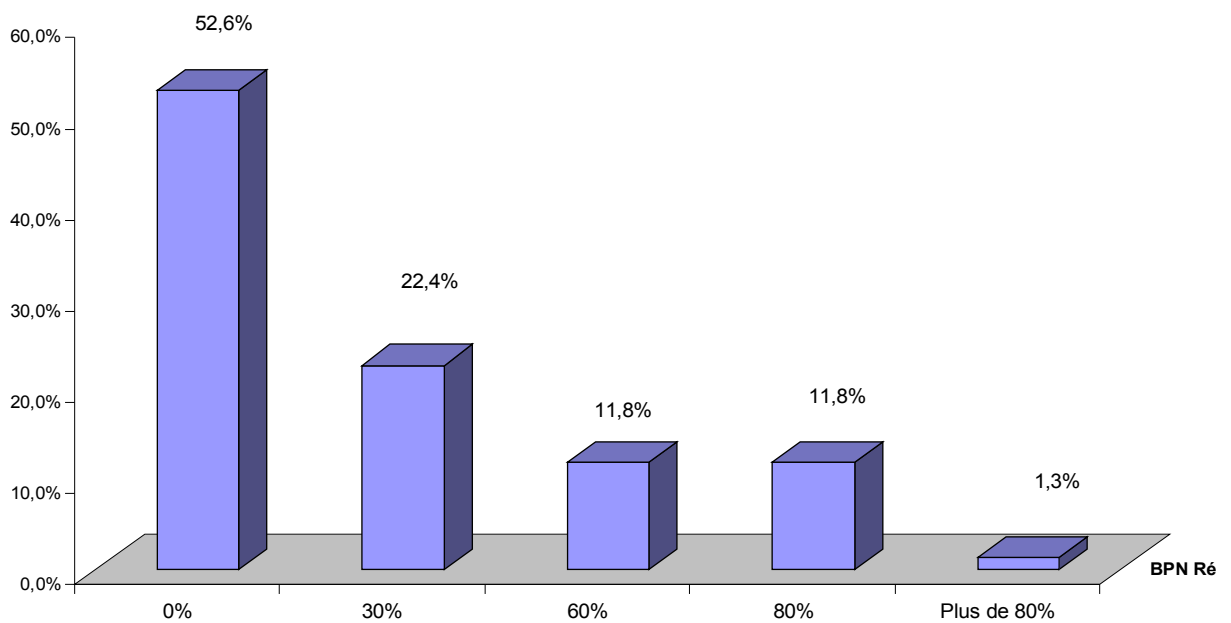
Graphique 7: Répartition selon le nombre de CPN suivi dans la structure

Tableau XXVII : Répartition selon le lieu de suivi en CPN (n=76)

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage relative
CSRéf	32	42,1
CSCom	18	23,7
Structure privée	8	10,5
Aucun (CPN=0)	18	23,7

NB : 32 cas dans le CSRéf dont 2 cessant l'admission dans le service.

(n=76)



Graphique 8: Répartition selon le BPN réalisé

Tableau XXVIII : Répartition selon l'opinion des accouchées sur la qualité de l'accueil (n=76)

Opinion sur l'accueil	Effectif	Pourcentage relative
Bonne	74	97,4
Moins bon	2	2,6
Total	76	100,0

Tableau XXIX : Répartition selon l'opinion des accouchées sur la qualité des soins (n=76)

Opinion des accouchées	Effectif	Pourcentage relative
Satisfaisante	68	89,5
Indifférent	4	5,3
Tarif élevé	2	2,6
Personnel insuffisant	1	1,3
Nécessité d'équiper la structure	1	1,3
Total	76	100,0

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Etude des structures

Le CSRéf de Koutiala est de niveau III au plan structural, soit un score total de 31 c'est-à-dire que 75 à 94% des références y sont satisfaisantes.

La salle d'accouchement étroite mais bien aérée et éclairée est équipée de trois tables d'accouchement en bon état séparées chacune par un paravent. Très éloigné de la salle d'accouchement l'état du bâtiment du bloc opératoire et du mur de clôture nécessitent une rénovation.

Le système de tarification mis en place est abordable. Cependant il nécessite une révision pour permettre une prise en charge intégrante et l'accès aux soins pour tous notamment pour les frais d'évacuation de l'ambulance et de transfusion sanguine.

Notre résultat est identique à celui rapporté par DIARRA M. [16] en 2005 qui avait classé le CSRéf de la CV de niveau III.

2-Etude des procédures

2.1 Analyse des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

➤ Notre étude a révélé que la tranche d'âge 20- 29 ans était la plus représentée avec 52, 3%. La moyenne d'âge était de 25,83 ans \pm 5,88 avec des âges extrêmes de 17 et 40 ans. Cela peut s'expliquer car c'est la période optimum de procréation.

DIARRA B. [29] en 2007 avait trouvé 50,8% dans la même tranche d'âge au cours de son étude au CSRéf et à l'hôpital régional de Tombouctou.

➤ Nous avons trouvé dans notre étude 88,2% de femmes mariées contre 10,5% de célibataires. Cela est une bonne chose surtout quand on considère le rôle de la famille dans la gestion de la grossesse.

➤ Les parturientes non scolarisées ont représentées 68,4% de l'échantillon. Ce résultat n'est pas de nature à faciliter souvent la tâche aux praticiens confrontés entre autres à des difficultés de compréhension des messages d'IEC.

Dans une étude faite en 2008 à l'ASACODA, KONATE A. [30] avait trouvé 60,4% de non scolarisées.

➤ Les sans profession autrement appelées « les ménagères » étaient majoritaires avec 77,6% de l'échantillon.

➤ Les grandes multipares ont représenté 17,1% de notre échantillon. Ce taux est largement supérieur à celui de SAMASSEKOU G. [31] en 2008 à l'ASACOKAL qui avait

trouvé 6,7% de grandes multipares et de DIARRA B. [29] qui avait trouvé 3,2% au CSRéf et à l'hôpital de Tombouctou. Des efforts doivent être consentis d'avantage par les agents de santé afin de minimiser les risques encourus par ces femmes surtout quand on sait que la multiparité constitue un facteur de risque important de morbidité et de mortalité maternelle notamment les présentations vicieuses, la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance.

2.2 Analyse de la qualité de la dimension humaine

La prise en charge des parturientes a été assurée dans 56,6% des cas par une sage femme et dans 34,2% des cas par une infirmière obstétricienne.

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révèle que le CSRéf est de niveau III où 94,7% des gestes de la dimension ont été réalisés. Ce résultat est le même que celui obtenu par BOIRE M. [32] en 2000 qui classait l'hôpital Gabriel TOURE de niveau III. DIARRA M. [16] par contre a trouvé en 2005 au CSRéf de la CV un niveau IV.

L'accueil a été de qualité satisfaisante dans l'ensemble. Les parturientes ont été soutenues de l'entrée jusqu'à la table d'accouchement. Cependant elles recevaient peu d'explications sur l'évolution et le déroulement du travail d'accouchement.

La peur de l'accouchement résulte de tout un héritage de croyances terrifiantes. La parturiente recherche donc une sécurité, un désir de s'appuyer et de dépendre de quelqu'un ; c'est là où doit intervenir le personnel soignant.

2.3 Analyse du déroulement de l'accouchement

❖ L'analyse des variables techniques de l'interrogatoire ont permis de classer le CSRéf de niveau III où 92,0% des gestes ont été exécutés. Ce taux avoisine celui obtenu par DIARRA B. [29] et inférieur à celui de DIARRA M. [16] qui ont respectivement trouvé 91,2% et 97 à 100%.

Cependant des questions sur la notion de pertes liquidiennes, de métrorragie, la vérification de la réalisation d'un éventuel BPN étaient peu explorées.

❖ L'examen général était de faible qualité (43,3%). Des paramètres comme la prise de poids, de la température, la mesure de la taille, l'auscultation cardio-pulmonaire étaient rarement faits. Les mêmes résultats ont été évoqués par DIARRA M. [16] au CSRéf de la CV qui attestait 24%. L'examen général a été constaté quasi nul en 2008 à l'ASACOKAL par SAMASSEKOU G. [31]. Ces résultats sont inquiétants quant on sait que l'examen général joue un rôle prépondérant dans la détection des facteurs de risque.

❖ L'examen obstétrical était de qualité assez bonne où 91,6% des gestes ont été réalisés. Cependant des efforts doivent être faits afin d'améliorer l'examen des seins, le

résumé de l'examen obstétrical et la note des résultats sur le partographe. Ce résultat nous montre que l'examen obstétrical doit être amélioré comparativement à celui enregistré par DIARRA M. [16] qui avait trouvé un niveau de qualité élevé où 100% des paramètres de l'examen obstétrical étaient réalisés.

❖ L'hygiène au cours de l'accouchement qui est la clé de réussite contre les infections était de niveau assez élevé. Ces résultats nous paraissent peu satisfaisants. Des gestes comme le lavage des mains avant chaque examen était peu pratiqué et n'était fait en général qu'après. Les mêmes résultats ont été rapportés par FOFANA A. [17] en 2007 au CSRéf de Kolondièba où seulement 26% des gestes de prévention des infections ont été exécutés.

Le port de gants stériles n'a été respecté que dans 64,5% des cas. Cette pratique interpelle les agents de santé à améliorer la qualité de la prévention des infections.

Ailleurs le matériel a été baigné dans une solution de décontamination à base d'eau de javel diluée à 0,5% de façon systématique avant sa mise en stérilisation.

❖ Les antispasmodiques ont été les plus utilisés soit 82,9% des cas. D'autres traitements utilisés dans le cadre de la correction et/ou de l'accélération du travail d'accouchement ont été les ocytociques en perfusion, geste qui peut malheureusement être source de graves complications materno-fœtales telles que la rupture utérine, la souffrance fœtale. Il faut de même noter l'utilisation d'ocytociques en IVD par inattention du personnel à la place des antispasmodiques.

Nous n'avons pas enregistré de cas de complication lié à l'utilisation des ocytociques au cours de notre étude. Une étude faite par TRAORE Y. en 1996 à l'hôpital du Point « G » avait trouvé 3,8% de ruptures utérines liées à l'usage des ocytociques avec 84,1% de mortalité fœtale [33].

❖ Les résultats de notre étude ont montré que le partographe, outil indispensable au suivi du travail d'accouchement et à la prise de décision n'a été utilisé de façon convenable que chez 52,6% des parturientes. Ce résultat nécessite aussi une amélioration contrairement à celui enregistré par FOFANA A. [17] qui avait trouvé 19% de parturientes non suivies par le partographe et 66% de partogrammes remplis tout au long de l'accouchement.

Une étude menée en 1998 au CSRéf de la CV [25] avait montré que l'utilisation du partographe avait permis :

- Une réduction du taux de mortalité néonatale de 21 à 19,6‰
- Une réduction de la mortinatalité de 33 à 17,3%

– Une réduction du taux de décès maternel de 206,6 à 131 pour 100000 naissances vivantes.

Selon une autre étude faite en 1999 dans les maternités publiques, l'utilisation du partographe avait permis une réduction du taux de réanimation du nouveau né de 13 à 2% [34].

❖ L'accouchement a été dirigé dans 35,5% par un médecin. Cela s'explique par la prise de décision et la réalisation de la plupart des accouchements dystociques faites par ces derniers.

❖ La césarienne a été le mode d'accouchement chez 23,7% des parturientes. L'épisiotomie a été très peu pratiquée.

❖ Les accouchements se faisaient à l'abri des regards injustifiés. La présence d'accompagnatrices dans la salle d'accouchement a été quelques fois observée soit pour fournir des renseignements ou pour remettre des vêtements ou un carnet de CPN.

❖ La gestion technique de la délivrance était de niveau assez élevé où 90,3% des gestes ont été réalisés. Ce résultat se rapproche à celui de FOFANA A. [17] qui avait rapporté 90% de réalisation des gestes de la délivrance.

Des efforts doivent être fournis quant à l'examen des conjonctives et du placenta, geste capitale dans la prévention des hémorragies de la délivrance.

❖ La surveillance du post-partum immédiat a été de qualité moyenne où seulement 53,8% des gestes ont été réalisés. Ce taux est largement plus bas que celui de DIARRA B. [29] qui avait trouvé des gestes de bonne qualité. Il est regrettable que le contrôle de la température, de la TA, du pouls ne se sont effectués que dans une faible proportion et cela devant des cas admis déjà avec des complications.

❖ Les soins donnés au nouveau né sont de qualité moyenne. Certains gestes comme le contact entre le nouveau né et sa mère juste après l'expulsion ; l'administration de la vitamine K1 ; de gouttes de collyre dans les yeux du nouveau né ; l'établissement d'un carnet de santé de l'enfant ont été faiblement réalisés. L'évaluation du score d'Apgar et les mesures anthropométriques ont été effectuées dans 89,5% des cas. Nous avons malheureusement enregistré au cours de notre étude 8 cas de mort nés (frais et macérés) soit 10,5% de l'échantillon.

❖ Durée de séjour après accouchement a été de moins de 6 heures chez 15,8% des accouchées. Ce taux nous paraît élevé et interpelle les praticiens à plus d'informations et de

vigilance quant aux risques encourus par ces accouchées qui rentreraient précocement à domicile avant la fin de la durée réglementaire de surveillance du postpartum.

❖ Les accouchées ont bénéficié de peu de conseils dans le postpartum surtout sur l'alimentation de la femme allaitante (32,9%), la vaccination du nouveau né, etc.

3-Perception des accouchées sur la qualité des prestations

L'évacuation a été la raison la plus évoquée par le 1/4 des accouchées suivie de loin du ;

- Conseils d'un parent (18,4%)
- Référéées (11,8%)
- Habitude d'y accoucher (10,5%)
- Accouchement assisté (9,2%).

Aucune CPN n'avait été faite par 23,7% des accouchées, ou la qualité de ces CPN si réalisées laissait souvent à désirer.

Plus de la moitié des accouchées n'avait pas réalisé aucun BPN soit 52,6% de l'échantillon. Les raisons évoquées ont été entre autres « le chef de famille ne m'a pas donné de l'argent, mon mari a refusé de payer les ordonnances... ».

Les mêmes constats ont été observés par rapport au nombre de CPN. Sur les 30 parturientes suivies dans la structure seules 2 parturientes sur 5 avaient suivi au moins 4 CPN. Ailleurs nous ne disposons pas toutes les fois de renseignements fiables par rapport aux nombres de CPN réalisées hors de la structure.

❖ L'accueil a été qualifié de « satisfaisant » ou de « meilleure » par la majorité des accouchées soit 97,4%. Quelques cas d'amélioration de l'accueil et notamment à des heures tardives de la nuit ont été évoqués par certaines.

❖ Les soins ont été jugés « satisfaisants » par 89,5% des accouchées et les tarifs élevés par quelques unes.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Cette étude faite à la maternité du Centre de Santé de Référence de Koutiala du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2009 a permis une analyse des structures, des procédures de l'accouchement et la perception des parturientes sur la qualité des soins.

A cet effet l'analyse du niveau de qualité des structures montre que les références sont satisfaisantes mais certaines infrastructures à l'instar d'une salle d'opération nécessite d'être intégrée au sein de la maternité.

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine révèle que le CSRéf est de niveau III. Cependant les parturientes recevaient peu d'explication sur l'évolution et le déroulement du travail d'accouchement.

L'analyse discriminatoire des différentes variables de l'accouchement révèle des soins de niveau III pour l'interrogatoire, l'examen obstétrical, le respect de l'intimité, la gestion technique de la délivrance où 50 à 74,99% des parturientes reçoivent des soins de « bonne » et « assez bonne qualité ».

Le remplissage des supports standards, la surveillance du post-partum immédiat, les conseils donnés à l'accouchée, les soins prodigués au nouveau né sont de qualité moyenne. Quant à l'examen général et la prévention contre les infections, ils sont de très faible qualité.

L'évacuation a été la raison du choix de la maternité du CSRéf pour le quart des femmes suivie de loin du conseil d'un parent pour 18,4% d'entre elles.

La suggestion des parturientes sur les prestations reçues révèle dans une faible proportion une amélioration de la qualité de l'accueil et du système de tarification.

On peut utiliser ces différents résultats dans le but d'une amélioration des soins dans la formation sanitaire du CSRéf de Koutiala, d'où l'objet des recommandations suivantes.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

1 Aux personnels de santé

- Améliorer les conditions d'accueil et d'orientation dans le centre
- Renforcer la responsabilisation des médecins et des sages femmes dans la prise en charge des patientes
- Améliorer les mesures de prévention des infections
- Améliorer l'examen clinique, l'explication de l'évolution et du déroulement du travail d'accouchement, la surveillance du post-partum
- Renforcer l'utilisation des supports standards dans le but d'une meilleure prise en charge des parturientes
- Insister lors des séances d'IEC sur l'importance des CPN et de la préparation à l'accouchement.

2 Aux autorités sanitaires et politiques

- Améliorer l'état des structures à hauteur des normes de références
- Assurer un équipement des structures sanitaires
- Instaurer un système de retro-information au niveau des centres de santé de référence

- Elaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel sur la prise en charge des urgences obstétricales
- Instaurer un système d'identification et de prise en charge de personnes démunies
- Assurer la formation continue du personnel chargé de la santé de la reproduction.

3 Aux populations

- Faire régulièrement les CPN
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé
- Prendre plus de conscience de leur rôle dans l'amélioration de leur état de santé
- Renforcer la scolarisation des filles.

RÉFÉRENCES

1-**Sidibé N.** Cartographie et qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires de la commune IV du district de Bamako

Thèse médecine : Bamako, 1999 ; N°33

2-**Kodio B.** Niveaux, causes et facteurs de risque de mortalité maternelle en milieu rurale au Sénégal 1984-1998

Thèse médecine : Bordeaux 2, 2001 ; D 2001

3-**OMS** : Recommandations générales

<http://perinatalite.cheztiscali.fr/OMS.htm>

4-**OMS (Chronique)** Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal,

4d5/193-202, Genève, 1987

5- **Maternal mortality : Rotios and Rates.** A tabulation of available information

Third edition, Geneva, 1991

6-**Conditions de la femme et population, le cas de l'Afrique francophone** : Publiée pour les Nations Unies par le CEPED, avec la collaboration du FNUAP et de l'IRD, 1992

7- **Leke. RJI** Adolescence et santé de reproduction : situation en Afrique au Sud du Sahara

Rapport OMS, 1992

8-**OMS/RAFT** Santé reproductive pour les pays d'Afrique francophone : la mortalité maternelle et infantile dans la région Afrique, et les stratégies visant à la réduire

<http://raft.hcuge.ch>(Consulté le 14 décembre 2008)

9-**Cellule de planification et de statistique** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire

Bamako (Koulouba), 2000-2001

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala

**10-Cellule de planification et de statistique(CPS), Ministère de la santé (MS),
Direction nationale de la statistique et de l'informatique(DNSI) Enquête
démographique et santé au Mali (Mortalité maternelle)
Bamako, 2006-2007**

11-Nouveau né : un bon départ : L'enfant en milieu tropical, 1991 ; n°191

12-OMS /UNICEF Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle
Nouvelle méthodologie
Thèse médecine : Genève, avril 1996 ; N°53

13-OMS Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : Résultats d'une enquête à Abidjan,
Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack
OMS Bureau Afrique Division santé de la famille, Novembre 1997

14-Fourm L. , Fayomi E. , Zohoum T. Santé mère /enfant au Benin : réalisation et déficit
Revue Médecine d'Afrique noire, Février 1998, p.2-5 ; N°2

15-Fomba S. Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de
santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako
Thèse médecine : Bamako, 2003 ; N°64

16-Diarra M G. Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de
référence de la commune V du district de Bamako
Thèse médecine : Bamako, 2005; N°154

17-Fofana A. Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de
référence de Kolondièba dans la région de Sikasso
Thèse médecine: Bamako, 2007; N°131

18-The Word Bank Saff Appraisal Repport-Republic of Mali, Second health,
Population and Rural water Supply Poject N°8683-Mali
The Word Bank: Febrary 22; 1991

19-**Seguy B.** Obstétrique : Dossiers médicaux-chirurgicaux (DMC) Fascicule 16
2ème partie (complications obstétricales)

Maloine, Paris, 1981.-224 pages.

20-**Merger R. , Levy J. , Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Masson, Paris,
2001.-583 pages

21-**Leroy B. , Bessis R.** Echographie en obstétrique /

Collection de médecine ultrasonore, 2^{ème} édition

Masson, Paris, 1983. -148 pages

22-**Grande Encyclopédie Médicale**

EDDIF INTERNATIONAL 116 av des Champs Elysées 75008, Paris, 2001

23-**Mars de Wagner M D.** Technology in Birth: First Do No Harm, 1987-2001

Midwifery Today, Inc

Traducteur Mary Pascal Beauregard, Mai 2001

Site internet et association francophone pour une approche « citoyenne » de la naissance

<http://www-fraternet.org/naissance/docs/wagner-fr.htm>

24-**Koemer M I. , Montaya A.** L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de
santé primaire

OMS, Publication offset, Genève ; N°105

25-**Bamba M.** Etude antenne des paramètres du partogramme dans le centre de santé
de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 3878 cas

Thèse médecine: Bamako, 1998; N°52

26-**Donabedian A.** Exploration in assessment and monitoring, vol 1

The definition of quality and approaches to its assessment, health administration.

Press An Arbor, Michigan, 1980

27-Coulibaly M. Qualité de l'accouchement dans les CSCOM des communes V et VI du district de Bamako,

Thèse médecine : Bamako, 2001; N°46

28-Rossant L., Rossant-Lumbresso J. L'accouchement

<http://www.doctissimo.fr/html/santé/femme/sa-571-emenorma12.htm2004>

29-Diarra B. Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au CSRéf et à l'hôpital régional de Tombouctou

Thèse médecine : Bamako, 2007; N°156

30-Konaté A. Qualité des soins obstétricaux au CSCom de Daoudabougou en commune V du district de Bamako

Thèse médecine : Bamako, 2008; N°534

31-Samassekou G Evaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au CSCom de Kalaban Coura

Thèse médecine : Bamako, 2008; N°101

32-Boïré M. Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux, médico-technique et pharmaceutique de l'hôpital Gabriel TOURE

Thèse médecine : Bamako, 2000; N°69

33 Traoré Y. Les ruptures utérines à l'hôpital du Point « G » : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas

Thèse médecine : Bamako, 1996 ; N°27

34-Kanté M. Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques

Thèse médecine : Bamako, 1999 ; N°75

ANNEXES

Equipement et matériel d'accouchement et de CPN selon les normes et procédures

a- Matériel technique

- ♦ Table gynécologique
- ♦ Pèse personne
- ♦ Toise murale
- ♦ Mètre ruban
- ♦ Thermomètre
- ♦ Tensiomètre
- ♦ Stéthoscope biauriculaire
- ♦ Stéthoscope obstétrical
- ♦ Boîte à instruments
- ♦ Jeu de spéculum (3 dimensions)
- ♦ Haricot inoxydable
- ♦ Trousse d'analyse d'urine
- ♦ Lampe baladeuse
- ♦ Alèses
- ♦ Balance clinique adulte
- ♦ Gants et doigtiers
- ♦ Négatoscope
- ♦ Boite de curetage et AMIU
- ♦ Kit mini laparotomie

b- Supports de surveillance de la mère

- ♦ Registre de consultation
- ♦ Registre d'accouchement
- ♦ Registre d'évacuation
- ♦ Carnet de CPN
- ♦ Fiche de référence
- ♦ Fiche de suivi de grossesse
- ♦ Echographie obstétricale

- ♦ Cardiocographie

Fiche d'enquête N°.....

OBSERVATION DES ACCOUCHEMENTS

A- Caractéristiques de la parturiente :

Q1- Date et Heure d'entrée à la maternité :.....

Q2- Nom et Prénom.....

Q3- Age en années.....

Q4- Ethnie (1-8) 1. Mianka 2. Senoufo 3. Bamanan 4. Bobo 5. Dogon 6. Peulh 7. Soninké 8. Autre.....

Q5- Profession (1-6) 1. Ménagère 2. Vendeuse 3. Aide- ménagère 4. Fonctionnaire 5. Elève ou Etudiante 6. Autre.....

Q6- Mode d'admission (1-4) 1. Auto référée 2. Référée 3. Evacuée 4. Autre.....

Q7- Résidence habituelle (1-3) 1. Koutiala ville 2. Village 3. Autre.....

Q8- Niveau d'instruction (1-6) 1. Analphabète 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Medersas 6. Autre.....

Q9- Etat matrimonial (1-4) 1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve

Q10- Gestité (1-4) 1. Primigeste 2. Paucigeste 3. Multigeste 4. Grande Multigeste

Q11- Parité (1-5) 1. Nullipare 2. Primipare 3. Paucipare 4. Multipare 5. Grande multipare

Q12- Appartenance à un groupe à risque (1-8) 1. Taille < à 1,50 mètres 2. ATCD de césarienne 3. ATCD de gros fœtus 4. ATCD de mort né 5. ATCD d'HTA 6. ATCD de diabète 7. ATCD d'anémie 8. Autres.....

B- Caractéristiques de l'agent de santé ayant fait l'accueil

Q13- Qualification (1-7) 1. Médecin 2. Sage-femme 3. Matrone 4. Interne 5. Infirmière obstétricienne 6. Aide-soignante 7. Autre..... ;

Q14- Statut (1-6) 1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. Bénévole 4. Remplaçant

C- Qualité de l'accueil

Q15- Salutations conformes aux normes sociales 1. Oui 2. Non

Q16- Explique ce qui va se dérouler 1. Oui 2. Non

Q17- S'adresse avec douceur 1. Oui 2. Non

Q18- L'encourage 1. Oui 2. Non

D- Qualité de l'interrogatoire de la parturiente

Q19- Début et fréquence de la douleur 1. Oui 2. Non

- Q20- Mouvements fœtaux 1. Oui 2. Non
- Q21- Détermination de l'âge de la grossesse 1. Oui 2. Non
- Q22- Possession de carnet de CPN 1. Oui 2. Non
- Q23- Examen du carnet de CPN 1. Oui 2. Non
- Q24- Vérification du nombre de CPN 1. Oui 2. Non
- Q25- Vérification de la réalisation du BPN 1. Oui 2. Non
- Q26- BPN réalisé (1-5) 1. =0% 2. =30% 3. =60% 4. =80% 5. =100%
- Q27- Ecoulement sanguin vaginal 1. Oui 2. Non
- Q28- Pertes liquidiennes 1. Oui 2. Non

E- Préparation de la parturiente

- Q29- Se lave les mains avant chaque opération 1. Oui 2. Non
- Q30- Fait uriner la parturiente 1. Oui 2. Non
- Q31- Toilette vulvaire 1. Oui 2. Non

F- Examen général

- Q32- Evaluation de l'état général 1. Oui 2. Non
- Q33- Mensuration de la taille 1. Oui 2. Non
- Q34- Prise du poids 1. Oui 2. Non
- Q35- Prise de la TA 1. Oui 2. Non
- Q36- Prise du pouls 1. Oui 2. Non
- Q37- Prise de la température 1. Oui 2. Non
- Q38- Etat des conjonctives 1. Oui 2. Non
- Q39- Recherche d'OMI 1. Oui 2. Non
- Q40- Auscultation cardio-pulmonaire 1. Oui 2. Non

G- Examen obstétrical

- Q41- Aspect des seins 1. Oui 2. Non
- Q42- Présence de cicatrice abdominale 1. Oui 2. Non
- Q43- Mesure de la hauteur utérine (HU) 1. Oui 2. Non
- Q44- Palpation abdominale à la recherche d'un pôle fœtal 1. Oui 2. Non
- Q45- Evaluation de la fréquence et du rythme des contractions utérines 1. Oui 2. Non
- Q46- Evaluation des BDCF 1. Oui 2. Non
- Q47- Appréciation de la dilatation du col 1. Oui 2. Non
- Q48- Appréciation de la poche des eaux 1. Oui 2. Non

Q49- Appréciation de la présentation 1. Oui 2. Non

Q50- Appréciation du bassin 1. Oui 2. Non

Q51- Aspect du doigtier 1. Oui 2. Non

Q52- Note les renseignements sur la partographe 1. Oui 2. Non

Q53- Résume -t-il l'examen 1. Oui 2. Non

H- Familiarisation entre parturiente et agent de santé

Q54- Explication de l'évolution et du déroulement du travail d'accouchement 1. Oui
2. Non

I- Prise de décision

Q55- Donne un pronostic de l'accouchement 1. Oui 2. Non

Q56- Une décision de césarienne a-t-elle été prise 1. Oui 2. Non

J- Normes d'hygiène pendant l'accouchement

Q57- Changement de blouses 1. Oui 2. Non

Q58- Lavage des mains 1. Oui 2. Non

Q59- Gants à usage unique 1. Oui 2. Non

Q60- Nouveau doigtier à chaque examen 1. Oui 2. Non

Q61- Matériel changé pour chaque accouchement 1. Oui 2. Non

Q62- Matériel plongé dans une solution de décontamination 1. Oui 2. Non

Q63- Présence d'alèse propre sur la table d'accouchement 1. Oui 2. Non

K- Surveillance du travail d'accouchement

En phase de latence

Q64- Examen obstétrical toutes les deux heures 1. Oui 2. Non

Q65- Si rythme différent : toutes les Heures 1. Oui 2. Non

Q66- Si oui, contenu.....

1. Prise de la TA 1. Oui 2. Non

2. Evaluation des CU 1. Oui 2. Non

3. Evaluation des BDCF 1. Oui 2. Non

4. Appréciation de la dilatation du col 1. Oui 2. Non

En phase active

Q67- Examen obstétrical toutes les heures 1. Oui 2. Non

Q68- Si autre, préciser : toutes les heures 1. Oui 2. Non

Q69- Appréciation de l'évolution 1. Oui 2. Non

Q70- Amniotomie 1.Oui 2. Non

Q71- Evaluation des BDCF juste après la rupture et note 1. Oui 2. Non

Q72- Plusieurs personnes font-elles des TV 1. Oui 2. Non

L- Aspect thérapeutique pendant l'une des deux phases du travail d'accouchement

Q73- Thérapeutique (1-8)

1. Prise d'une veineuse sure 1. Oui 2. Non

2. Antispasmodique 1. Oui 2. Non

3. Ocytocique en perfusion 1. Oui 2. Non

4. Ocytocique par voie intraveineuse directe 1. Oui 2. Non

5. Antihypertenseur 1. Oui 2. Non

6. Anticonvulsivant 1. Oui 2. Non

7. Antipyrétique 1. Oui 2. Non

8. Aucun 1. Oui 2. Non

M- Relations humaines

Q74- Des personnes viennent-elles tranquiliser la parturiente 1. Oui 2. Non

Q75- Si oui, lesquelles?.....

N- Caractéristiques de l'accoucheur (se)

Q76- Est-ce la même personne qui a effectué le suivi du travail 1. Oui 2. Non

Q77- Si non, quelle est sa qualification? (1-7) 1. Médecin 2. Sage femme 3. Matrone

4. Interne 5. Infirmière obstétricienne 6. Aide-soignante 7. Autre

Q78- Statut (1-4) 1. Fonctionnaire 2. Contractuel 3. Bénévole 4. Remplaçant

Q79- Heure de l'accouchement

O-Réalisation de l'accouchement

Q80- Changement de blouses 1. Oui 2. Non

Q81- Lavage des mains avant et après chaque accouchement 1. Oui 2. Non

Q82- Port des gants 1. Oui 2. Non

Q83- Fait faire une toilette 1. Oui 2. Non

Q84- Geste actif du troisième stade du travail (GATS) 1. Oui 2. Non

Q85- S'adresse à la parturiente (1-4)

1. Avec douceur 1. Oui 2. Non

2. Lui crie dessus 1. Oui 2. Non

3. L'encouragement 1. Oui 2. Non

4. Ton normal 1. Oui 2. Non

Q86- Réalisation de méthodes d'intervention obstétricale spécifiques

1. Episiotomie 1. Oui 2. Non

2. Forceps 1. Oui 2. Non

3. Ventouse 1. Oui 2. Non

4. Césarienne 1. Oui 2. Non

5. Aucune 1. Oui 2. Non

Q87- Qui fait la section du cordon ombilical?.....

Q88- Qui fait la ligature du cordon ombilical?.....

P- Intimité de l'accouchement

Q89- Accouchement à l'abri des regards indiscrets non justifiés 1. Oui 2. Non

Q90- Nombre de personnes en salle d'accouchement

1. Nombre de femmes entrain d'accoucher

2. Nombre d'accompagnatrices

3. Nombre de personnel soignant

Q91- Entrées et sorties non justifiées en salle d'accouchement 1. Oui 2. Non

Q- Qualité de la délivrance

Q92- Pratique du GATPA 1. Oui 2. Non

Q93- Examen du placenta 1. Oui 2. Non

Q94- Appréciation du globe utérin de sécurité 1. Oui 2. Non

Q95- Surveillance du saignement vulvaire 1. Oui 2. Non

Q96- Examen des conjonctives 1. Oui 2. Non

R-Utilisation du partographe

Q97- N'a pas été rempli 1. Oui 2. Non

Q98- Partiellement rempli 1. Oui 2. Non

Q99- Rempli après accouchement 1. Oui 2. Non

Q100- Rempli tout au long de l'accouchement 1. Oui 2. Non

S- Qualité des soins au nouveau né

Q101- Soins immédiats au nouveau né s'il a crié 1. Oui 2. Non

Q102- Dégage les mucosités du nez et de la bouche 1. Avec poire 2. Avec aspirateur

Q103- Aspire les voix respiratoires du bébé 1. Oui 2. Non

- Q104- Place le bébé sous oxygène (si détresse respiratoire) 1. Oui 2. Non
- Q105- Pose le bébé sur le ventre de sa mère 1. Oui 2. Non
- Q106- Recueil du nouveau né dans un linge propre 1. Oui 2. Non
- Q107- Recouvre le bébé pour le réchauffer 1. Oui 2. Non
- Q108- Evaluation du score d'APGAR 1. Oui 2. Non
- Q109- Administration de la vitamine K1 1. Oui 2. Non
- Q110- Administration de gouttes de collyre dans les yeux 1. Oui 2. Non
- Q111- Pèse le nouveau né 1. Oui 2. Non
- Q112- Mesure de la taille du nouveau né 1. Oui 2. Non
- Q113- Mesure du périmètre crânien du nouveau né 1. Oui 2. Non
- Q114- Mesure du périmètre thoracique du nouveau né 1. Oui 2. Non
- Q115- Examen systématique de tout son corps 1. Oui 2. Non
- Q116- Note le résultat sur le partographe 1. Oui 2. Non
- Q117- Montre le bébé à sa mère 1. Oui 2. Non
- Q118- Met le bébé au sein 1. Oui 2. Non
- Q119- Lavage du bébé 1. Oui 2. Non
- Q120- Etablir un carnet de santé de l'enfant 1. Oui 2. Non

T-Réanimation du nouveau né s'il n'a pas crié

- Q121- Cherche-t-on à dégager les voix respiratoires 1. Oui 2. Non
- Q122- Si oui, comment?.....
- Q123- Cherche-t-on à le ventiler 1. Oui 2. Non
- Q124- Fait-on un massage cardiaque 1. Oui 2. Non
- Q125- Le place-t-on sous l'oxygène 1. Oui 2. Non
- Q126- Le perfuse-t-on 1. Oui 2. Non
- Q127- Réfère-t-on le nouveau né 1. Oui 2. Non
- Q128- Si oui, sur où?.....

U-Examens complémentaires demandés en per-partum

- Q129- Groupage et Rhésus 1. Oui 2. Non
- Q130- Taux d'hémoglobine et l'hématocrite 1. Oui 2. Non
- Q131- Protéinurie et glycosurie à la bandelette 1. Oui 2. Non
- Q132- Sérologie rétrovirale 1. Oui 2. Non
- Q133- Aucun 1. Oui 2. Non

V-Qualité de la surveillance du post-partum immédiat

- Q134- Examen des conjonctives 1. Oui 2. Non
Q135- Appréciation du globe utérin de sécurité 1. Oui 2. Non
Q136- Appréciation du saignement vulvaire 1. Oui 2. Non
Q137- Recherche de déchirures des parties molles 1. Oui 2. Non
Q138- Contrôle de la TA 1. Oui 2. Non
Q139- Contrôle du pouls 1. Oui 2. Non
Q140- Contrôle de la température 1. Oui 2. Non

W- Conseils donnés à l'accouchée

141- Conseils donnés à l'accouchée

1. Toilette vulvaire 1. Oui 2. Non
2. Allaitement maternel 1. Oui 2. Non
3. Planning familial 1. Oui 2. Non
4. Suivi du nouveau né 1. Oui 2. Non
5. Alimentation d'une femme allaitante 1. Oui 2. Non

X- Durée de l'accouchement

Q142- Durée de l'accouchement

1. Moins d'une ½ heure 1. Oui 2. Non
2. ½ heure à 4 heures 1. Oui 2. Non
3. 4 heures à 8 heures 1. Oui 2. Non
4. 8 heures à 12 heures 1. Oui 2. Non
5. Plus de 12 heures 1. Oui 2. Non

Y-Durée de séjour après accouchement

Q143- Durée de séjour après accouchement

1. Moins de 6 heures 1. Oui 2. Non
2. 6 heures à 12heures 1. Oui 2. Non
3. 12 heures à 24 heures 1. Oui 2. Non
4. Plus de 24 heures 1. Oui 2. Non

OPINIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS

A- Raisons du choix de la maternité

Q1- Pourquoi avez-vous choisi cette maternité ?.....

Q2- Avez-vous été suivi en consultations prénatales dans la structure? 1. Oui 2.

Non

Q3- Si oui, combien de fois?

Q4- Si non, quel a été le lieu des consultations prénatales

1. Dans un CSCom
2. Dans une structure privée
3. En partie à la maternité du CSRéf
4. Dans un autre établissement à préciser.....

Q5- Avez- vous accouché au paravent dans cette formation sanitaire? 1. Oui 2.

Non

Q6- Si oui, combien de fois?

B- Suggestions

Q7- Sur la qualité de l'accueil.....

Q8- Sur la qualité des soins.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Soumaiya

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité des soins obstétricaux au Centre de Santé de Référence de Koutiala

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Santé Publique

Résumé :

Notre étude portant sur l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala s'est déroulée du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2009. Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive. Elle a porté sur l'évaluation de la qualité des structures, des procédures et la perception des parturientes sur la qualité des soins reçus.

Cette étude a révélé que le CSRéf est de niveau III. Cependant l'analyse discriminatoire des différentes variables retrouvait des points de faible qualité. Il s'agit entre autre de la prévention contre les infections, l'examen général, le remplissage des supports standards, la surveillance du post-partum ...

Les résultats de cette étude peuvent servir également à améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires, ce qui pourra réduire considérablement le taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

Mots clés : accouchement, qualité des soins, obstétrique

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !