

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à
la maternité de l'HFDK

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi



*Université des Sciences des Techniques et des
Technologies de Bamako (U.S.T.T.B)*

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2017-2018

N° /2018

TITRE

**UTILISATION DE LA CHECK-LIST OMS (LISTE DE CONTROLE
OMS) POUR UN ACCOUCHEMENT SECURISE A LA MATERNITE
DE L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/05 /2018 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie et FAPH

Par Mr. TANGARA ADAMA

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

Jury

Président : Pr Saharé FONGORO
Membre : Dr Abdoulaye SISSOKO
Codirecteur : Dr Mahamadou DIASSANA
Directeur : Pr Issa DIARRA

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Je dédie cette thèse

A ALLAH le Tout miséricordieux le Très miséricordieux.

Louange et gloire à ALLAH l'Omnipotent, l'Omniscient qui nous a donné la santé et le courage de mener à bien ce travail et de voir ce jour.

Ce travail nous permettra d'avoir l'autorisation de soigner nos prochains puisse ALLAH nous guides et faire de nous de bon médecin pour soulager les patients.

Au Prophète Mohammad : Paix et Salut sur Lui.

A mon père Zoumana Tangara :

On te doit tout. Tu as toujours été un père exemplaire. Nous ne saurons jamais te remercier à hauteur pour l'effort consentis. Merci père pour tout ce que tu as fait pour nous. Qu'ALLAH t'accorde une longue vie pleine de santé.

A mes mamans : Bintou Dembélé et Hawa Bouaré

Douceur, tendresse sont certaines de vos qualités.

Vous êtes vénérablement toujours prêtes à tout sacrifier pour que nous vos enfants deviennent meilleurs.

Vous nous avez appris la bonté, la modestie, la tolérance, pardon et l'amour du prochain.

Vous nous avez toujours conseillés à rester unis comme un seul homme.

Merci mamans pour tout. Seul Dieu saura vous récompenser à la hauteur de vos actes. Qu'il vous accorde une longue et heureuse vie.

A toute ma famille : qui m'a permis d'étudier, ce modeste travail est le couronnement de vos efforts. Je ne saurais jamais te remercié ma chère famille.

A ma femme Fatoumata Baby

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

J'aimerais bien que tu trouve dans ce travail l'expression de mon sentiment de reconnaissance les plus sincères car grâce à ton aide et a ta patience que ce travail a pu avoir le jour.

Que Dieu le tout puissant nous accorde un avenir meilleur.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

REMERCIEMENTS :

A notre cher pays le Mali de nous avoir donné l'éducation.

A mes frères et sœurs :

Binasidi, Alou, Baseydou, Lassi, Issa, Banou, Fatim, Tenin, Bamouna sans oublier les autres ce travail est également le votre.

Le soutien social dont j'ai bénéficié de votre part m'a été d'un appui inestimable pour la réalisation de ce travail. Que Dieu renforce la solidarité au sein de la famille. Je vous souhaite une longue vie et beaucoup de chances.

A mes tantes et tontons :

Basali, Mahawa, Bakadia, Tanassa, Yayi, Balafo, Ayababa, Madou Samaké et sa femme Hawa Dembélé à Daoudabougou, Niana Tangara et sa femme Djénéba Traoré à yirimadio vos soutiens, conseils, et assistance ne m'ont jamais manqué. Toute ma reconnaissance envers vous.

A la famille Dabatié Tangara de Sotuba : merci pour ta

Fraternité, ta sympathie, toi qui nous as accueilli à Bamako. Trouvez ici toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A la FMOS-FAPH : plus qu'une faculté d'étude médicale tu as été pour nous une famille, une école de formation dans la vie.

A tous les enseignants de la FMOS-FAPH : ce travail est avant tout le votre. Merci pour la qualité de l'enseignement dispensé. Nous ferons partout votre fierté. Nous vous sommes éternellement reconnaissants.

A tous le personnel de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et particulièrement ce de la Gynécologie-Obstétrique : merci pour l'accueil, l'encadrement et la bonne collaboration. Ça été un réel plaisir d'avoir fait cette thèse dans votre structure. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Dr Ballan Macalou gynécologue-obstétricien :

Vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social incommensurable. Votre culture scientifique et l'abord facile font de vous un maître exemplaire. Nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés, merci

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

pour l'enseignement reçu. Vous avez été un frère pour nous, soyer rassuré cher maître nous vous en serons éternellement reconnaissant.

A Dr Sitapha Dembélé gynécologue obstétricien :

je ne saurai jamais te dire merci pour tes conseils, ton soutien, et ton accompagnement. Tu as été comme un frère pour moi, merci pour l'affection. Reçois ici toutes mes affections du fond du cœur et bonne chance à nous.

Aux docteurs Faly Niang, Diakaridia Diarra, Bakary Koita, Salimou Diarra, Ba Sidibé, Bréhima Traoré, Sékou Traoré depuis Kolokani: votre soutien et vos conseils ont contribué à la réalisation de ce travail. Seul ALLAH peut vous récompenser.

A tous les internes de l'HFDK :

Merci pour votre soutien et votre collaboration.

A tous mes amis et collaborateurs : Hamidou Fofana, Kantara N'Daou, Souleymane Baye, Jean paul Koné, Jean Kamissoko, Dramane Ouattara, Ibrahim Keita, Abdoulaye Djiguiba, Hamidou Berthe, Adama Karamoko Traoré, Adama Tenema Traoré, Youssouf Tounkara, Diakaridia Mallé, Sadio Kouba, Mamadou Coulibaly, Dr Dabo merci pour votre soutien.

A tous les éléments du groupe des bons amis

A toute la 8^e promotion du numéris clausus de la FMOS

A toutes les personnes de bonnes volontés qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

A l'Association des Etudiant Ressortissant de Kayes(AERK)

Au Groupement des Etudiants en Santé du Cercle de Macina(GESCM)

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Saharé FONGORO

- **Professeur Titulaire de Néphrologie**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Officier de l'Ordre du mérite de la santé**
- **Chef de Service de Néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations. Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Trouvez ici chers maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Abdoulaye Sissoko

- **Maître-assistant en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue- Obstétricien à l'Hôpital Mère-enfant le
« Luxembourg »**
- **Ancien Chef de service de Gynécologie Obstétrique de la garnison
militaire de Kati**
- **Lieutenant des forces armées du Mali**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SAGO**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher maître, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en donnant votre accord pour juger ce travail malgré votre calendrier si chargé. C'est avec patience et amour que vous avez dirigé cette thèse. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici, chers maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Mahamadou DIASSANA

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique.**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.**

Cher maître ce travail est le vôtre.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect scientifique dans votre service. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et les soirées consacrées à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur ISSA DIARRA

- **Colonel Major de l'armée malienne**
- **Spécialiste en gynéco-obstétrique**
- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Ancien Directeur central du service de santé des armées**
- **Chef de service de la Gynéco-Obstétrique à l'Hôpital mère enfant
le Luxembourg du Mali.**

Cher Maître, Nous avons été émerveillés par votre esprit de synthèse, de critique et votre capacité de prendre des décisions en toutes circonstances. Vos qualités scientifiques, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un maître exemplaire et respecté. Cher maître Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Liste des abréviations

AMPR : Activation Métaphorique des Processus Régénératif

ARV : Antirétroviraux

ATB : Antibiotique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIFF : Children's, Investment, Fund, Fondation

CPN : Consultation Périnatale

CSREF : Centre de Santé de Référence

EAQ : Equipe d'Amélioration de la Qualité

EDS : Enquête Démographique et de Santé

GEU : Grossesse Extra Utérine

HFDK : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HPP : Hémorragie du Post-partum

HRP : Hématome Rétro Placentaire

MgSO₄ : Sulfate de Magnésium

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies

ORL : Oto- Rhino- Laryngologie

PF : Planification Familial

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement

SAA : Soins Après Avortement

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Tx d'HB : Taux d'hémoglobine

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon la fréquence de la check-list OMS

Tableau II : Répartition des femmes selon la réalisation du Tx d'HB

Tableau III : Répartition des femmes selon le besoin de l'ATB et administration effective

Tableau IV : Répartition des femmes ayant bénéficiée du MgSO₄ et administration effective

Tableau V : Répartition des femmes selon le besoin de l'ARV et administration effective

Tableau VI : Répartition des femmes selon la maitrise du saignement

Tableau VII : Répartition de la check-list OMS en fonction du respect des 4 étapes

Tableau VIII : Répartition de la check-list en fonction de la faisabilité

Tableau IX : Répartition de la check-list OMS en fonction du respect des 24h de surveillance du post-partum

Tableau X : Répartition selon la voie d'accouchement

Tableau XI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Tableau XII : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Tableau XIII : Répartition des nouveau-nés selon la référence à la pédiatrie

Tableau XIV : Répartition selon l'état du nouveau-né à la sortie

Tableau XV : Répartition selon l'état de la mère à la sortie

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Répartition selon la qualification des agents ayant utilisés la check-list OMS

Figure 2 : Répartition des nouveau-nés selon le motif de la référence

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION : | 15 |
| 2. OBJECTIFS : | 17 |
| 3 . GENERALITE | 18 |
| 3.1. Check-list | 18 |
| 3.1.1. Définition : | 18 |
| 3.1.2. Historique..... | 18 |
| 3.1.3. Description | 20 |
| 3.1.4. Intérêt | 44 |
| 3.2. Mécanisme et physiologie de l'accouchement | 45 |
| 3.2.1. L'engagement..... | 46 |
| 3.2.2. Descente et rotation dans l'excavation:..... | 48 |
| 3.2.3. Expulsion: | 48 |
| 4. METHODOLOGIE | 50 |
| 4.1. Cadre d'étude | 50 |
| 4.1.1. Description de la région..... | 50 |
| 4.1.2. Historique de l'HFD..... | 51 |
| 4.1.3 .Service de gynécologie et d'obstétrique : | 52 |
| 4.2. Type d'étude : | 54 |
| 4.3. Période d'étude..... | 54 |
| 4.4. Population d'étude | 54 |
| 4.5. Echantillonnage..... | 54 |
| 4.5.1. Critères d'inclusion | 54 |
| 4.5.2. Critères de non inclusion | 55 |
| 4.6. Collecte des données | 55 |
| 4.7. Taille de l'échantillon | 55 |
| 4.8. Plan d'analyse et traitement des données..... | 55 |
| 5. RESULTATS | 56 |
| 6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 65 |

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a
la maternité de l'HFDK

| | |
|--|-----------|
| 7. CONCLUSION ETRECOMMANDATIONS | 68 |
| 8. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 70 |
| ANNEXES | 78 |

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

1. INTRODUCTION :

L'accouchement est un processus complexe et il est essentiel de penser à fournir tout ce qui est nécessaire pour garantir que la mère et le nouveau-né reçoivent les soins les plus sûrs possible.

Selon l'OMS ,303 000 femmes sont décédées dans le monde en 2015 en raison de problème liés à la grossesse ou l'accouchement et 2,8 millions de nouveau-nés sont morts avant l'âge de 28 jours. La majorité de ces décès ont eu liés dans des environnements limités en ressources et la plupart aurait pu être évité. [1]

En France le taux de mortalité maternelle est de 8 à 10 pour 100000 naissances vivantes. [5]

Au Burkina Faso selon EDS 2010, le taux de mortalité maternelle est de 341 pour 100000 NV.[6]

Au Mali selon EDS-V, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100000 naissances vivantes et néonatale est de 35 pour 1000 (N V).[7]

Si en Afrique la mortalité maternelle mérite une attention particulière, il se trouve que même après l'accouchement un nombre encore plus important des femmes trouvent leur vie fortement compromise.

Dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de la parturiente de l'accouchée et du nouveau-né l'OMS a lancé en 2012 la collaboration pour la liste de contrôle ou check-list pour un accouchement sécurisé.

Compte tenu de ces éléments de fait, l'Organisation mondiale de la Santé avec la contribution d'infirmières, de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres, de médecins généralistes, d'experts de la sécurité des patients et des patientes du monde entier a établi la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement pour aider les agents de santé à dispenser des soins de grande

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

qualité lors des accouchements en établissement de santé, depuis le moment où la mère arrive dans l'établissement jusqu'à celui où elle le quitte avec son nouveau-né.[3 ,4]

La liste OMS de contrôle correspond à une action cruciale dont l'omission peut entraîner de graves dommages pour la mère et/ ou le nouveau-né.

En 2015 la check-list a été introduite dans quelques maternités au Mali. Cet outil a été introduit à la maternité de l'HFDK en Mai 2015 , d'où la nécessité d'évaluation et de suivi de cet outil à la disposition de la maternité de HFDK .Ce qui nous permis de se fixer comme Objectifs :

.

2. OBJECTIFS :

Objectif général

- Étudier l'utilisation de la check-list OMS à la maternité de l'HFDK

Objectif spécifique

- Déterminer la fréquence d'utilisation de la check-list OMS
- Evaluer la faisabilité de la check-list OMS
- Evaluer l'impact de l'utilisation de la check-list OMS sur la surveillance du travail d'accouchement et des accouchées
- Déterminer le pronostic materno-fœtal

3 .GENERALITE

3.1. CHECK-LIST

3.1.1. Définition :

Une liste de vérification ou check-list est un outil qui permet de vérifier méthodiquement les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité.[42]

3.1.2. Historique

Les check-lists sont utilisées depuis de nombreuses années dans l'aéronautique et dans l'industrie (notamment pharmaceutique). [41]

L'utilisation des CL très systématiques dans l'aviation a fait la preuve de son efficacité avec une diminution de 50% des événements indésirables.[39 ,40]

Etant donné ses similitudes avec ces différents domaines (profession à haut risque impliquant un travail d'équipe dans des conditions de stress, conséquences lourdes liées aux erreurs) le domaine médical s'est récemment intéressé à cet outil pour sécuriser certaines procédures. [41]

L'organisation mondiale de la santé a expérimenté la liste de contrôle sur une grande échelle .L'édition pilote de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a fait l'objet d'évaluations sur le terrain dans neuf pays, lesquels ont fourni des informations détaillées en retour. Il est apparu que le recours systématique aux pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques est passé d'une moyenne de 10 pratiques sur 29 avant l'introduction de la liste de contrôle à une moyenne de 25 sur 29 après son introduction (2). À la suite de cette étude pilote au Karnataka, un vaste essai de contrôle aléatoire a été mis au point pour suivre 116 000 naissances dans

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

l'Uttar Pradesh, État indien le plus peuplé. Cet essai le programme BetterBirth se poursuit et déterminera l'effet de l'introduction réussie de la liste de contrôle sur les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés.

Les résultats préliminaires issus des cinq premiers établissements participant au programme BetterBirth sont prometteurs.

Avant l'introduction de la liste, ces établissements ne mettaient en œuvre que cinq des 17 pratiques en matière d'accouchement évaluées dans l'essai.

Au Rajasthan (Inde), Jhpiego, avec l'appui de la Children's Investment Fund Fondation (CIFF) et en partenariat avec le Gouvernement du Rajasthan, a employé la liste de contrôle dans 101 établissements publics. Parallèlement aux efforts engagés pour expérimenter la liste de contrôle, l'OMS en partenariat avec AriadneLabs, a créé la Collaboration pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (la Collaboration) afin d'étudier les circonstances influant sur l'utilisation de la liste de contrôle dans le monde. De novembre 2012 à mars 2015, trente-quatre groupes ont inscrit des projets avec la Collaboration, couvrant 29 pays et 234 sites. Ces groupes se sont penchés sur de nombreuses questions pour déterminer pourquoi et comment certains établissements ont utilisé la liste de contrôle sans difficulté avec succès et de manière systématique, alors que cela n'a pas été le cas pour d'autres.

-Au MALI

En 2012 le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali en partenariat avec le projet USAID/ASSIST et en collaboration avec l'OMS a accepté l'utilisation de la Liste de Contrôle pour un accouchement sécurisé (check-list) . En prélude de la mise en œuvre sur le terrain une série d'activités a été menée en phase préparatoire parmi lesquelles la formation de 117 prestataires sur la check- List dans les districts sanitaires de Kéniéba (24 sites) et Kita (17 sites)

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

en mai 2015 considérés comme des districts de démonstration, puis dans les autres districts des Régions de Kayes et de Sikasso en 2016.

Une des étapes du processus d'amélioration de la qualité, est la mise en échelle des résultats probants issus de la mise en œuvre des activités par les EAQ (Equipe d'Amélioration de la Qualité) dans d'autres régions par une stratégie planifiée d'extension. L'extension dans d'autres régions (Koulikoro, Mopti et le district de Bamako) de l'approche d'amélioration de la qualité appliquée aux différents contenus techniques.

3.1.3. Description

La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement est prévue pour une utilisation en quatre étapes lors des accouchements en établissement de santé:

- ÉTAPE 1:

A l'admission Il est important d'examiner la mère au moment de l'admission afin de déceler et de traiter les complications qu'elle pourrait déjà avoir, de confirmer si elle a besoin d'être transférée vers un autre établissement, de la préparer (ainsi que son accompagnant) pour le travail et l'accouchement, et de l'informer (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

- **VERIFIER LE CARNET DE CPN DE LA MERE**
- **LA MÈRE A T-ELLE BESOIN D'ÊTRE TRANSFÉRÉE ?**

Les mères présentant des complications ou celles chez qui le risque de complications est élevé, peuvent avoir besoin d'être transférées vers un autre établissement pour garantir qu'elles reçoivent des soins sûrs. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère doit être transférée vers un autre établissement en examinant les critères de transfert de l'établissement. S'il y a

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDDK

lieu, l'agent de santé doit prendre des mesures immédiates pour organiser le transfert en toute sécurité.

L'agent de santé devrait communiquer la raison du transfert à la mère (et à l'accompagnant) ainsi qu'aux agents de santé de l'établissement vers lequel elle est transférée. Il existe une liste des critères de transfert dans la zone d'admission ; elle sert de référence pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les mères qui devraient être transférées.

- **A T-ON COMMENCÉ LE PARTOGRAMME ?**

Le partogramme est un outil d'une page utilisé pour évaluer la progression du travail. Les lignes d'alerte et d'action du partogramme aident les agents de santé à reconnaître le travail prolongé et la dystocie et à agir pour leur prise en charge. Les études ont montré que l'utilisation du partogramme peut contribuer à prévenir le travail prolongé, à limiter les interventions chirurgicales et à améliorer les issues néonatales. [8]

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait commencer le partogramme quand le col de l'utérus est dilaté de quatre centimètres ou plus (c'est-à-dire, quand la mère est en travail actif). [8] Puis le col devrait se dilater d'au moins un centimètre par heure. Toutes les 30 minutes, l'agent de santé devrait noter sur le partogramme le rythme cardiaque de la mère, la fréquence des contractions et le rythme cardiaque du fœtus. Toutes les deux heures, il importe de noter la température de la mère et toutes les quatre heures, sa tension artérielle. Si la mère n'est pas en travail actif au moment de l'admission, il faut joindre un partogramme à sa fiche ou à son dossier médical et le commencer quand la dilation du col atteint quatre centimètres

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES**

Les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme enceinte a une infection ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection chez cette femme, chez le fœtus et chez le nouveau-né.[11]

Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments.

Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus (TDR négatif), en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures. [9,10]

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER DE PRENDRE DU SULFATE DE MAGNÉSIUM ET DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS ?**

La pré éclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Une tension artérielle très élevée ($\geq 160/110$ mm Hg) est associée à des complications, telles que l'éclampsie et l'accident vasculaire cérébral pour la mère et le décès intra-utérin pour l'enfant. Le traitement prophylactique des mères souffrant de pré éclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir ces complications.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs au moment de l'admission. Si c'est le cas, le sulfate de magnésium et le médicament antihypertenseur (selon les lignes directrices locales) devraient être administrés de toute urgence si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de pré éclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).[9]

Si la tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus, utilisez un traitement antihypertenseur (conformément au protocole local) pour abaisser et maintenir la tension artérielle juste en dessous de 150/100 mm Hg.

Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier. [9, 12]

La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum.

- **CONFIRMER LA PRÉSENCE DE MATÉRIELS ET FOURNITURES POUR L'HYGIÈNE DES MAINS ET LE PORT DE GANTS À CHAQUE EXAMEN VAGINAL**

Les agents de santé dont les mains ne sont pas propres peuvent transmettre des infections aux mères et aux nourrissons. Les bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains aident à prévenir les infections évitables. Ainsi, les agents de santé devraient utiliser une solution hydro-alcoolique pour les mains ou se laver les mains soigneusement avec de l'eau propre et du savon chaque fois (avant et après) qu'ils sont en contact avec une mère ou un nouveau-né. Toutes les fois qu'un agent de santé est en contact avec les sécrétions d'une mère ou d'un nouveau-né (par exemple, pendant les examens vaginaux), il devrait se laver soigneusement les mains et porter des gants propres. [9, 10]

Les agents de santé devraient également se nettoyer les mains avant toute procédure d'asepsie. Les fournitures d'hygiène (c'est-à-dire, savon et eau courante propre ou solution hydro-alcoolique pour les mains et gants propres)

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

doivent être rapidement disponibles et accessibles à tout moment pour aider les agents de santé à se conformer aux bonnes pratiques en matière d'hygiène.

- **ENCOURAGER L'ACCOMPAGNANT À ÊTRE PRÉSENT À LA NAISSANCE**

Les accompagnants à la naissance offrent un soutien à la mère pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. Ils peuvent aussi aider à reconnaître les signes de danger, alerter l'agent de santé en cas d'urgence et soigner le nouveau-né. Comme exemples d'accompagnants possibles à la naissance, on peut citer les membres de la famille, l'époux, les amis, les agents de santé communautaires et les membres du personnel.

Il ressort des données disponibles que les accompagnants à la naissance peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé. Leur présence augmente la probabilité que la mère ait un accouchement spontané par voie basse, plutôt qu'une césarienne ou un accouchement par ventouse ou par forceps. [9]

En outre, il est apparu que les mères accompagnées avaient besoin de moins d'analgésiques, étaient davantage satisfaites de leur expérience de l'accouchement et avaient des phases de travail légèrement plus courtes. Les nourrissons peuvent aussi bénéficier de cet accompagnement. Les études ont montré que les nouveau-nés ont de meilleurs résultats au test d'Apgar cinq minutes après la naissance et que le lien postnatal avec la mère est plus fort quand des accompagnants sont présents à la naissance.[9, 10, 13,14]

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait encourager la présence d'un accompagnant pendant le travail, la naissance et les périodes post-partum et postnatale. Si un accompagnant est présent au moment de l'admission, cette personne devrait être incitée à demeurer pendant tout le processus de

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

l'accouchement. En l'absence d'accompagnant au moment de l'admission, il faudrait conseiller à la mère d'en désigner un.

- **CONFIRMER QUE LA MÈRE OU L'ACCOMPAGNANT APPELLERA A L'AIDE PENDANT LE TRAVAIL EN CAS DE BESOIN**

Les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment pendant l'accouchement. C'est pourquoi il est important pour les agents de santé de déceler et de traiter les complications dès que possible.

Les signes de danger sont des symptômes et des signes cliniques qui indiquent qu'une complication est peut-être en train d'apparaître ou qu'elle est déjà présente. Les agents de santé sont souvent en mesure de reconnaître les signes de danger directement.

Mais parfois, ils s'occupent d'autres accouchements ou sont distraits pour une autre raison au moment de l'apparition d'un signe de danger chez une mère ou un nourrisson. Dans une telle situation, il est important que la mère (et l'accompagnant à la naissance) préviennent les agents de santé de la présence de signes de danger. Il faudrait par conséquent informer les mères (et les accompagnants) à reconnaître ces signes et à alerter un agent de santé immédiatement au cas où l'un d'eux apparaîtrait. Les agents de santé sont encouragés à communiquer leur nom à la mère et à l'accompagnant, car ces derniers se sentiront en général plus à l'aise pour leur demander de l'aide.

Au moment de l'admission, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant à la naissance) d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant le travail l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, ou incapacité d'uriner. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère de prévenir un agent de santé quand elle sent

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

commencer la phase d'expulsion puisque cela signifie que l'enfant va probablement naître bientôt.

-Etape 2

Avant la naissance :Il est important d'examiner la mère juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir pendant le travail et de se préparer aux événements habituels et aux situations de crise qui peuvent se produire après la naissance.

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?**

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques au début de la phase d'expulsion et le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus, en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures. [9, 10]

Il convient également d'administrer des antibiotiques si la mère va accoucher par césarienne. [11]

- **CONFIRMER LA PRÉSENCE DE MATÉRIELS ET FOURNITURES ESSENTIELS AU CHEVET ET PRÉPARER POUR L'ACCOUCHEMENT**

Le moment de la naissance et les premières minutes qui suivent la naissance sont des périodes où le risque de complications est le plus élevé pour la mère et pour le nouveau-né. Les situations de crise peuvent évoluer rapidement, la mère et l'enfant étant alors particulièrement susceptibles de connaître des complications et même de mourir. En général, les agents de santé n'ont pas

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

assez de temps pour se préparer quand la situation de crise est là ; ils doivent donc se préparer en amont aux situations de crises potentielles et aux soins courants à chaque naissance, pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant.

Les agents de santé doivent être préparés de deux façons au moment de la naissance. Ils doivent notamment prévoir des matériels et fournitures essentiels et se préparer à prendre des mesures cruciales. Les matériels et fournitures essentiels doivent toujours être propres, opérationnelles et prêtes à être utilisées avant l'accouchement. Les mesures doivent être prises immédiatement, faute de quoi les complications peuvent se présenter rapidement. Les agents de santé doivent donc se rappeler les mesures essentielles avant la naissance, de façon à les mettre en œuvre rapidement au moment de la naissance et dans les premières minutes qui suivent la naissance.

Pour la mère : Au début de la phase d'expulsion (ou avant la césarienne), les agents de santé devraient confirmer que l'on trouvera au chevet, prêtes à être utilisées au moment de la naissance, les matériels et fournitures essentiels suivants pour la mère ; gants ; savon, eau propre et serviettes à usage unique, ou solution hydro-alcoolique pour les mains et ocytocine (10 unités internationales dans une seringue).

L'utilisation de gants, de savon et d'eau propre, de serviettes à usage unique et d'une solution hydro-alcoolique pour les mains vise à garantir de bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains pendant l'accouchement pour prévenir l'infection chez la mère et chez le nouveau-né. L'ocytocine est utilisée pour favoriser la contraction de l'utérus afin de prévenir les saignements du post-partum.

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer à la mère immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir l'expulsion sans

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

danger du placenta et à prévenir les saignements du post-partum. Il est important de s'assurer qu'il n'y a plus d'autres enfants à naître avant de démarrer la première mesure qui est d'administrer à la mère 10 unités internationales d'ocytocine par voie intramusculaire, dans la minute qui suit l'accouchement.

La deuxième mesure est de clamber et de couper le cordon avant de veiller à l'expulsion complète du placenta. La troisième étape est de masser l'utérus immédiatement après l'expulsion du placenta.

Cette technique favorise la contraction de l'utérus et contribue à prévenir les saignements. Enfin, l'agent de santé devrait palper l'utérus pour s'assurer qu'il reste contracté. Pour l'enfant : Au début de la phase d'expulsion (ou avant la césarienne), les agents de santé devraient confirmer que l'on trouvera au chevet, prêtes à être utilisées au moment de la naissance, les matériels et fournitures essentiels suivants pour l'enfant ; serviettes propres, fil ou pince pour cordon ombilical, lame stérile pour couper le cordon ombilical, dispositif d'aspiration et ballon-masque.

L'utilisation d'une serviette propre pour sécher le nouveau-né immédiatement après la naissance aide à conserver la chaleur de celui-ci ; en s'évaporant le liquide amniotique et vaginal présent sur sa peau peut être à l'origine d'un refroidissement susceptible d'être dangereux.[9,15] Sécher le nourrisson le stimule également et l'incite à crier ou à respirer.

L'utilisation d'une lame stérile pour couper le cordon contribue à prévenir l'infection chez le nouveau-né (les lames non stériles risquent de transmettre une infection au nouveau-né).[9,15] Selon les données disponibles, le meilleur moment pour clamber et couper le cordon se situe entre une et trois minutes après la naissance.[18] Cette durée permet à une quantité adéquate de sang d'irriguer le système circulatoire du nouveau-né.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

L'utilisation d'un dispositif d'aspiration pour dégager les sécrétions de la bouche et du nez du nouveau-né sera importante en cas d'obstruction des voies respiratoires et si l'enfant ne crie pas ou ne respire pas immédiatement à la naissance.

L'utilisation d'un ballon-masque sera importante si le nouveau-né a besoin d'être réanimé pour commencer à crier ou à respirer.[16]

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer à l'enfant immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir une transition réussie vers la vie extra-utérine. Le laps de temps d'une minute après la naissance est appelé la « minute d'or » pour le nouveau-né, parce que celui-ci doit commencer à crier ou à respirer à l'âge d'une minute environ pour être hors de danger.[16]

Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas spontanément dans la minute qui suit la naissance, les agents de santé doivent fournir une assistance rapidement.

La première mesure à prendre immédiatement après la naissance est de sécher le nouveau-né et de le maintenir au chaud. Il est possible de garder l'enfant au chaud en le plaçant sur sa mère peau à peau ou en le couvrant avec un tissu chaud et sec. Si le nouveau-né crie et semble en bonne santé, les soins courants peuvent être dispensés. Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas, l'agent de santé devrait le stimuler en lui frottant le dos. Si le nouveau-né ne crie ou ne respire toujours pas, l'agent de santé devrait rapidement clamber et couper le cordon ombilical, nettoyer ou aspirer la bouche et le nez du nourrisson s'ils sont obstrués, oxygéner le nourrisson de toute urgence avec un ballon-masque et appeler à l'aide.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

La plupart des nouveau-nés qui ne crient pas ou ne respirent pas à la naissance se mettent à le faire quand ils sont stimulés. Ceux qui ne réagissent pas à la stimulation commencent presque toujours à crier ou à respirer quand on les oxygène convenablement sous pression positive à l'aide d'un ballon-masque.[9, 15, 16,17]

- **ASSISTANT DÉSIGNÉ ET PRÊT À AIDER À LA NAISSANCE EN CAS DE BESOIN**

Comme il est expliqué plus haut, le moment de la naissance et les premières minutes qui suivent la naissance est les périodes où le risque de complications est le plus élevé pour la mère et pour le nouveau-né et la préparation est cruciale. Les agents de santé doivent se préparer en amont aux situations de crises possibles à la naissance pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Il est également important d'avoir un assistant disponible au cas où une situation de crise se présenterait. Les assistants peuvent jouer plusieurs rôles complémentaires y compris évaluer l'état de la mère ou de l'enfant, poser des perfusions intraveineuses, administrer des médicaments, organiser des transferts et appeler des renforts.

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient désigner un assistant qui est informé du fait que la naissance va bientôt avoir lieu, qui restera à proximité et qui sera prêt à aider à la naissance si nécessaire. L'assistant peut être un autre agent de santé ou, dans les situations où l'on manque de personnel, l'accompagnant à la naissance ou un autre non-professionnel (dans ce cas, l'assistant ne sera pas censé réaliser des tâches médicales, telles que poser des perfusions intraveineuses ou administrer des médicaments, mais il peut aider à rassembler les matériels et fournitures, appeler des renforts et effectuer d'autres tâches simples mais importantes).[9, 12.]

-ÉTAPE 3:

Peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit)

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir après l'accouchement, d'informer la mère (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

• LA MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?

Les saignements anormaux post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée dès que possible. Les saignements post-partum peuvent être dus à plusieurs troubles, y compris une atonie utérine, une rétention du placenta ou de fragments placentaires, une déchirure vaginale ou une rupture utérine. Les saignements anormaux sont définis comme une perte de sang de 500 ml ou plus, ou comme toute perte de sang entraînant une détérioration de la santé de la mère, en particulier si celle-ci est anémique (si une mère souffre d'une anémie grave, le seuil pour la prise de mesures peut être bien inférieur à 500 ml).[18, 19]

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait évaluer si la mère a des saignements anormaux peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et le cas échéant, prendre les mesures suivantes : masser l'utérus, envisager d'augmenter la dose d'utéro tonique — par exemple, l'ocytocine — administrée, poser une perfusion intraveineuse et administrer des solutions intraveineuses, garder la mère au chaud, et traiter la cause spécifique des saignements anormaux.[12, 14, 16, 18,20]

Il est également important de mesurer le pouls de la mère ; un pouls plus rapide est un signe avant-coureur de choc hypovolémique, dans la mesure où la

fréquence du pouls augmente avant que les autres signes de choc ne soient manifestes. [11]

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES**

Comme il est expliqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans un délai d'une heure) et le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement.

Des antibiotiques devraient être donnés si le placenta a été retiré manuellement, si la mère a souffert d'une déchirure périnéale de troisième ou de quatrième degré, ou si sa température est de 38°C ou plus et qu'elle a des frissons ou des pertes vaginales malodorantes.[9,10,14,19,21]

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DU SULFATE DE MAGNÉSIUM ET DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS ?**

Comme il est expliqué plus haut, la pré éclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Le traitement prophylactique des mères souffrant de pré éclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir les complications liées à l'hypertension (en particulier, les crises ou convulsions éclamptiques). L'hypertension lors de la grossesse peut demeurer un problème après la naissance de l'enfant ; un tiers des crises éclamptiques se produisent après l'accouchement. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur peu de temps après la naissance (dans un délai

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

d'une heure) et, le cas échéant, le sulfate de magnésium devrait être administré immédiatement.

Le sulfate de magnésium devrait être administré si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de pré éclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).[9,12]

La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum.

Si la tension artérielle systolique est supérieure à 160 mm Hg, administrez des médicaments antihypertenseurs pour abaisser et maintenir la tension artérielle diastolique juste en dessous de 150/100 mm Hg.

Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou 24 heures après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.

- **L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN TRANSFERT ?**

Les nouveau-nés présentant des complications peuvent avoir besoin d'être transférés vers un autre établissement pour garantir qu'ils reçoivent des soins sûrs. [9, 15, 18,20]

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant doit être transféré vers un autre établissement en examinant les critères de transfert de l'établissement. S'il y a lieu, l'agent de santé doit prendre des mesures immédiates pour organiser le transfert en toute sécurité. L'agent de santé devrait communiquer la raison de l'orientation à la mère et aux agents de santé de l'établissement vers lequel l'enfant est transféré. Il peut être utile d'afficher une liste des critères de transfert dans la zone postnatale ; elle servira de référence

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les nouveau-nés qui devraient être transférés.

- **L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ANTIBIOTIQUES ?**

Si un nouveau-né a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection. [11] Les nouveau-nés sont particulièrement sensibles aux infections parce que leur système immunitaire est relativement fragile. Il faut traiter de toute urgence les nouveau-nés ayant une infection ou des facteurs de risque d'infection. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. L'enfant aura besoin d'antibiotiques si des antibiotiques ont été administrés à la mère, ou s'il présente l'un des signes ou symptômes suivants : fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température <35°C (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^\circ\text{C}$. [9, 14,22]

- **L'ENFANT A-T-IL BESOIN DE SOINS PARTICULIERS OU D'UN SUIVI ?**

Certains nouveau-nés peuvent présenter des facteurs de risque qui ne satisfont pas aux critères d'orientation, mais qui requièrent néanmoins des soins particuliers ou un suivi pour garantir que l'enfant demeure hors de danger. Par exemple, les nouveau-nés petits ou prématurés peuvent sembler en bonne santé, mais ils sont en fait beaucoup plus susceptibles de complications dans les premières heures et dans les jours qui suivent la naissance. Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer si l'enfant a besoin de soins particuliers ou d'un suivi peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et s'il y a lieu, organiser immédiatement ces soins ou ce suivi. Il convient de donner des soins

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

particuliers ou un suivi si l'enfant est né plus d'un mois trop tôt, pèse à la naissance <2,5 kg, a besoin d'antibiotiques, ou a dû être réanimé pour crier ou respirer à la naissance. [9, 16, 20, 23,24]

- **COMMENCER L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE CONTACT PEAU À PEAU (SI LA MÈRE ET L'ENFANT SE PORTENT BIEN)**

Comme il est expliqué plus haut, les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment au cours du processus de l'accouchement. C'est vrai pour les mères comme pour les nouveau-nés. Il est possible de donner des informations aux mères et leurs accompagnants à la naissance pour qu'ils sachent reconnaître les signes de danger et puissent alerter un agent de santé immédiatement au cas où un signe de danger apparaîtrait.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) d'alerter un agent de santé immédiatement si la mère présente pendant la période du post-partum l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, ou difficultés à vider la vessie. [9, 15, 16, 20,22]

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) de prévenir un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, il a anormalement froid, il cesse de bien s'alimenter, il a une activité réduite, ou son corps devient entièrement jaune.[9,15,16,22]

ÉTAPE 4 :

Avant la sortie Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né avant la sortie pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, qu'un suivi a été mis en place, que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère (et à son accompagnant) et qu'elle a été informée des signes de danger à surveiller, chez la mère et chez l'enfant, au cas où il faudrait des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

- **CONFIRMER LE SÉJOUR DANS L'ÉTABLISSEMENT PENDANT 24 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT**

La moitié des décès maternels et 40 % des décès néonataux surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Par conséquent, l'OMS recommande de garder la mère et son nouveau-né en observation dans l'établissement de santé

- **LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES?**

Les antibiotiques sont nécessaires pour traiter les infections qui peuvent apparaître chez la mère pendant la période du post-partum. La septicémie puerpérale est une cause majeure d'infection maternelle après l'accouchement. D'autres infections potentielles sont la mastite ou l'infection de la plaie après une césarienne ; ces troubles peuvent ne pas être présents au moment de la sortie, mais il devrait être demandé aux femmes de se présenter à l'établissement si ces problèmes surviennent après la sortie. Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques avant la sortie et le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement et reporter la sortie. Les antibiotiques devraient être administrés et la sortie reportée si la mère a une température de 38°C ou plus et des frissons ou des pertes vaginales malodorantes. [9,10,14,19]

- **LA TENSION ARTÉRIELLE DE LA MÈRE EST-ELLE NORMALE ?**

Avant la sortie de la mère, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait contrôler la tension artérielle et le pouls pour s'assurer que la tension artérielle est normale, étant donné que la pré éclampsie peut survenir après l'accouchement et qu'un tiers des convulsions éclamptiques apparaissent pendant la période post-partum. En outre, si la mère a eu une hémorragie du post-partum, il est important de savoir que sa tension artérielle et son pouls sont normaux. [18,27, 28,29]

- **MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?**

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si les saignements de la mère sont maîtrisés avant la sortie et si le pouls est normal.

Il est possible de le déterminer en examinant la mère et en l'interrogeant sur sa perte de sang. L'agent de santé devrait examiner l'abdomen de la mère pour être sûr que l'utérus est contracté et contrôler la perte de sang provenant du vagin. [13]

Il devrait également rechercher d'autres signes ou symptômes, tels que l'essoufflement, le sentiment de fatigue ou le fait d'être trop faible pour sortir du lit. [9]

Si les saignements de la mère ne sont pas maîtrisés ou si son pouls est rapide, il convient de la traiter et de reporter sa sortie. On ne devrait en aucune circonstance laisser sortir une mère qui a des saignements non maîtrisés.

- **L'ENFANT DOIT-IL COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?**

Les antibiotiques sont nécessaires pour traiter les infections qui apparaissent chez le nouveau-né pendant la période postnatale. La septicémie bactérienne est une cause majeure de décès chez les nouveau-nés. [26]

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques avant la sortie et le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement, reporter la sortie et dispenser des soins particuliers ou un suivi. L'enfant a besoin d'antibiotiques s'il présente l'un des symptômes suivants ; fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température $<35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$, il ne s'alimente plus bien, ou rougeur de l'ombilic s'étendant à la peau ou écoulement de pus. [9, 15,22]

- **L'ENFANT S'ALIMENTE-T-IL BIEN**

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'allaitement maternel est convenablement mis en place avant que la mère et l'enfant quittent l'établissement où la naissance a eu lieu. Au cas où l'allaitement maternel ne serait pas possible, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'enfant est bien nourri au biberon. On voit qu'un nouveau-né s'alimente bien s'il s'alimente de façon active toutes les 1 à 3 heures et qu'il urine ou va à la selle fréquemment. [9, 16, 20,22]

Si le nouveau-né ne s'alimente pas bien, il faut aider la mère et l'enfant à mettre en place une alimentation convenable et reporter la sortie.

- **ÉTUDIER LES OPTIONS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET LES PROPOSER À LA MÈRE**

La planification familiale peut aider à prévenir les grossesses non désirées et contribuer à préserver la santé des mères à l'avenir. Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère avant la sortie. Dans l'idéal, il faudrait donner aux mères au moins deux options. Parmi les options en matière de planification familiale, on peut compter les préservatifs, les dispositifs intra-

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

utérins, les implants, progestérone injectable à effet prolongé (AMPR), contraceptifs oraux et ligature des trompes.

Les dispositifs intra-utérins peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement ou après six semaines post-partum. Il est préférable d'insérer un dispositif intra-utérin dans les dix minutes qui suivent l'expulsion du placenta, mais cela peut aussi être fait dans un délai de 48 heures post-partum avec de faibles niveaux d'expulsion. [30]

Les dispositifs implantables (Norplant, jadelle) peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement ou après six semaines post-partum.

L'utilisation de méthodes ne contenant que de la progestérone, à l'exception du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, n'est généralement pas recommandée pour les mères qui sont à moins de six semaines post-partum et qui allaitent, sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou acceptables. Au-delà de six semaines post-partum, il n'y a pas de restriction à l'utilisation de méthodes contraceptives ne contenant que de la progestérone pour les mères allaitantes. Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel n'est en général pas recommandé pendant les quatre premières semaines post-partum, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables. Au-delà de quatre semaines post-partum, il n'y a pas de restriction à son utilisation. [31]

Les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'œstrogène devraient en général être évités pendant les 21 premiers jours post-partum. En outre, les mères qui allaitent ou qui ont d'autres facteurs de risque de thrombose veineuse ne devraient pas les utiliser pendant les 21 premiers jours post-partum. [30] Entre le 21^e et le 42^e jour post-partum, les contraceptifs hormonaux combinés peuvent généralement être utilisés, bien que pour certaines mères ayant d'autres facteurs de risque de thrombose, ces méthodes ne devraient pas être utilisées,

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles. Les mères allaitantes ne devraient en général pas utiliser de contraceptifs hormonaux combinés à moins de six mois post-partum. [33]

Si la mère souhaite une ligature des trompes, il peut être intéressant de prévoir cette procédure avant sa sortie.

Avant que la mère ne quitte l'établissement, les utilisateurs de la liste de contrôle devraient également saisir l'occasion d'aborder la question de l'espacement optimal des naissances. Après une naissance vivante, il est recommandé, avant de tenter une nouvelle grossesse, d'attendre au moins 24 mois afin de réduire le risque d'issues défavorables pendant la période périnatale, pour la mère et pour le nouveau-né. [9, 15,33]

- **ORGANISER UN SUIVI ET CONFIRMER QUE LA MÈRE/L'ACCOMPAGNANT DEMANDERAIT DE L'AIDE SI L'APPARAISSENT DES SIGNES DE DANGER APRÈS LA SORTIE**

Même si la mère et l'enfant semblent en bonne santé au moment de la sortie, des complications peuvent se présenter après leur retour à la maison. Un suivi de routine est nécessaire pour la mère comme pour l'enfant afin que les agents de santé puissent déceler et traiter rapidement toute complication.

Il faudrait que les mères et les accompagnants à la naissance soient informés à reconnaître eux-mêmes les signes de danger pour lesquels des soins devraient être dispensés par du personnel qualifié après la sortie. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît chez la mère l'un des signes de danger suivants : saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, difficultés à vider la vessie ou douleurs épigastrique. [9, 15, 16, 20,22]

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, sa peau est anormalement froide, il cesse de bien s'alimenter, son activité est réduite, ou son corps devient entièrement jaune. [15, 16, 20,22]

Adaptations optionnelles de la liste de contrôle, en fonction du contexte

Il existe différentes adaptations optionnelles de la liste de contrôle qui reposent sur des données factuelles et sont fonction du contexte. Certaines de ces adaptations prennent en compte les antirétroviraux pour les zones où la prévalence du VIH est élevée ; le dépistage du paludisme dans les zones à haut risque ; et la prise en charge des nouveau-nés prématurés dans les établissements ayant les ressources et les possibilités pour offrir les soins nécessaires.

- **VIH ET ANTIRÉTROVIRAUX**

Étape 1 : La mère doit-elle commencer à prendre des antirétroviraux ? Les mères qui ont eu un résultat positif au test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peuvent tomber très malades, et le VIH peut être transmis des mères séropositives à leurs enfants. Si une femme enceinte est porteuse du VIH, un traitement antirétroviral (TAR) à vie aidera à prévenir les complications liées à l'infection pour elle, pour le fœtus et pour le nouveau-né. Il réduira aussi le risque de transmission à l'enfant. Donner des antirétroviraux à titre prophylactique aux mères pouvant bénéficier d'un TAR aide à prévenir la transmission du virus aux nouveau-nés. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoins d'antirétroviraux (TAR ou prophylaxie) au moment de l'admission et, le cas échéant, administrer les antirétroviraux immédiatement.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK

Depuis 2013, l'OMS recommande l'option B et l'option B+ comme protocoles de traitement du VIH. [34] Chaque pays décide quel protocole adopter en fonction de sa situation en termes d'épidémie, de priorités et d'incidences sur les coûts.

S'il apparaît qu'une femme enceinte est séropositive pour le VIH et peut bénéficier d'un TAR, les médicaments antirétroviraux devraient être donnés en fonction du protocole national.

D'après le protocole thérapeutique B, les mères séropositives pour le VIH devraient suivre une trithérapie antirétrovirale tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le traitement n'est prolongé à vie que si la femme répond aux critères suivants ; nombre de cellules CD4 inférieur à 500 cellules/mm³ ou stade clinique 3 ou 4. Le protocole de traitement du VIH correspondant à l'option B+ implique une trithérapie antirétrovirale à vie pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement puis par la suite, indépendamment de la numération des CD4 ou du stade clinique.

S'il apparaît qu'une femme enceinte est séropositive pour le VIH et peut bénéficier d'un TAR, les médicaments antirétroviraux devraient être donnés en fonction du protocole national. Les mères séropositives pour le VIH qui ont besoin d'un TAR devraient poursuivre le traitement tout au long du travail, de l'accouchement et de l'allaitement puis par la suite. Il faudrait commencer le traitement dès que possible après confirmation du statut sérologique pour le VIH et fournir des conseils et des explications appropriées.

Si le statut de la mère par rapport au VIH n'est pas connu au moment de l'admission, un test de dépistage devrait être obtenu immédiatement si possible, conformément aux pratiques recommandées au niveau local. Le statut sérologique pour le VIH devrait être consigné dans le dossier médical de chaque mère. Il est important que d'autres agents de santé prodiguant des soins à la

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

mère et à l'enfant soient informés du statut de la mère par rapport au VIH de façon à pouvoir garantir une prise en charge appropriée de la mère et de l'enfant après la naissance.

Étape 3 : L'enfant a-t-il besoin d'antirétroviraux ? Les mères séropositives pour le VIH sont susceptibles de transmettre à leurs enfants l'infection à VIH. Administrer une prophylaxie antirétrovirale aux nouveau-nés immédiatement après la naissance et tout au long de la période d'allaitement peut aider à diminuer le risque de transmission du VIH. [35,36]

Les utilisateurs de la liste de contrôle devraient confirmer avant la sortie si l'enfant a besoin d'une prophylaxie antirétrovirale et le cas échéant, l'administrer dès que possible après la naissance (dans les 4 à 6 heures qui suivent). Par la suite, si la mère est séropositive pour le VIH, la prophylaxie antirétrovirale devrait être administrée conformément aux lignes directrices locales.

Étape 4 : Si la mère est séropositive pour le VIH, la mère et l'enfant bénéficient d'antirétroviraux pendant six semaines L'utilisateur de la liste de contrôle devrait avoir confirmé à cette étape si la mère est séropositive pour le VIH et si un TAR ou une prophylaxie antirétrovirale sont indiqués d'après les lignes directrices locales. Si la mère est séropositive pour le VIH, il faudrait lui fournir, pour elle et son enfant, six semaines d'antirétroviraux et organiser un suivi pour une prise en charge continue de l'infection à VIH. [34, 35]

- **PALUDISME**

Étapes 1, 2, 3 et 4 ; Les mères ayant de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) devraient être soumises à des tests de diagnostic rapide du paludisme et traitées en conséquence d'après les lignes directrices nationales existantes. Si le traitement est administré avant la naissance de l'enfant, il est important de rappeler que certains traitements

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

peuvent avoir des conséquences pour le nouveau-né ; par exemple, le traitement à la quinine peut causer de l'hypoglycémie. [37]

• PRISE EN CHARGE DES NAISSANCES PRÉMATURÉES

La prise en charge des naissances prématurées est une adaptation optionnelle de la liste de contrôle, pour les seuls établissements de santé ayant les ressources et les possibilités pour offrir les soins adéquats à la mère et à son nouveau-né.

La prise en charge des naissances prématurées par l'administration de corticostéroïdes pendant la période prénatale pour la maturation pulmonaire est recommandée pour l'âge gestationnel compris entre 24 et 34 semaines, pour les mères ayant une rupture prématurée des membranes en pré travail, pour les mères souffrantes d'hypertension et de diabète, et pour les grossesses avec un retard de croissance fœtale. Toutefois, avant que l'on décide de donner des corticostéroïdes pendant la période prénatale, certains critères devraient être remplis, par exemple, une évaluation précise de l'âge gestationnel, une naissance imminente, le fait qu'une infection maternelle a été exclue et que l'établissement de santé peut offrir à la mère et à son enfant un niveau convenable de soins de prise en charge de la prématurité. [38]

3.1.4. Intérêt

-Pourquoi utiliser la check-list ?

- Rappeler aux prestataires les étapes nécessaires pour le travail d'accouchement et le suivi post natal immédiat dépister et prendre en charge à temps les complications dans les mêmes périodes.

-Quand utiliser la check-list ?

Dès l'admission de la femme en travail ou en post partum

-Comment utiliser la check-list ?

✓ Lorsque le prestataire est seul:

- Il exécute d'abord les tâches
- Vérifie à l'aide de la check-list que toutes les tâches de l'étape ont été exécutées
- Exécute les tâches oubliées selon les normes
- Coche les cases correspondantes de la Check- List

✓ Lorsqu'il s'agit de deux prestataires:

- L'un (prestataire) exécute les tâches
- L'autre (assistant) vérifie à l'aide de la check-list que toutes les tâches de l'étape ont été exécutées selon les normes
- L'assistant rappelle les tâches oubliées
- L'assistant coche les cases correspondantes de la check-list lorsque le prestataire exécute les tâches.

NB : Le partogramme reste et demeure l'outil de référence pour la surveillance du travail d'accouchement et du post-partum immédiat

3.2. Mécanisme et physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ces 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).

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

L'accouchement en présentation du sommet représente 95% de tous les accouchements. Il est plus souvent normal, mais son mécanisme et les paramètres de sa surveillance doivent être bien connus.

Il comporte 3 temps :

3.2.1. L'engagement

C'est le franchissement de l'aire du détroit supérieur par la présentation.

Facile chez mammifère engagement devient ici plus problématique et suppose une accommodation de la présentation.

Celle-ci nécessite toujours une flexion et une orientation adéquates, le plus souvent un degré d'asynclitisme et parfois un véritable modelage du crâne, incluant une déformation plastique temporaire de la calotte et un chevauchement des os du crâne, du faite de la saillie du promontoire.

L'engagement direct en OP ou en OS est habituellement impossible.

Très généralement le diamètre de la présentation emprunte un des diamètres oblique du bassin, dans 90% des cas le gauche beaucoup plus souvent que le droit 10% en raison de la d'extro-rotation physiologique de l'utérus gravide.

Le dos est préférentiellement orienté vers l'avant, sans doute à cause de gaine que la colonne vertébrale maternelle provoque sur l'attitude en flexion des fœtus. Ces données permettent d'expliquer les fréquences respectives de l'engagement en OIGA (50%) et OIDP (33%) et la rareté de l'engagement en OIGP (6%) ou en OIDA (4%).

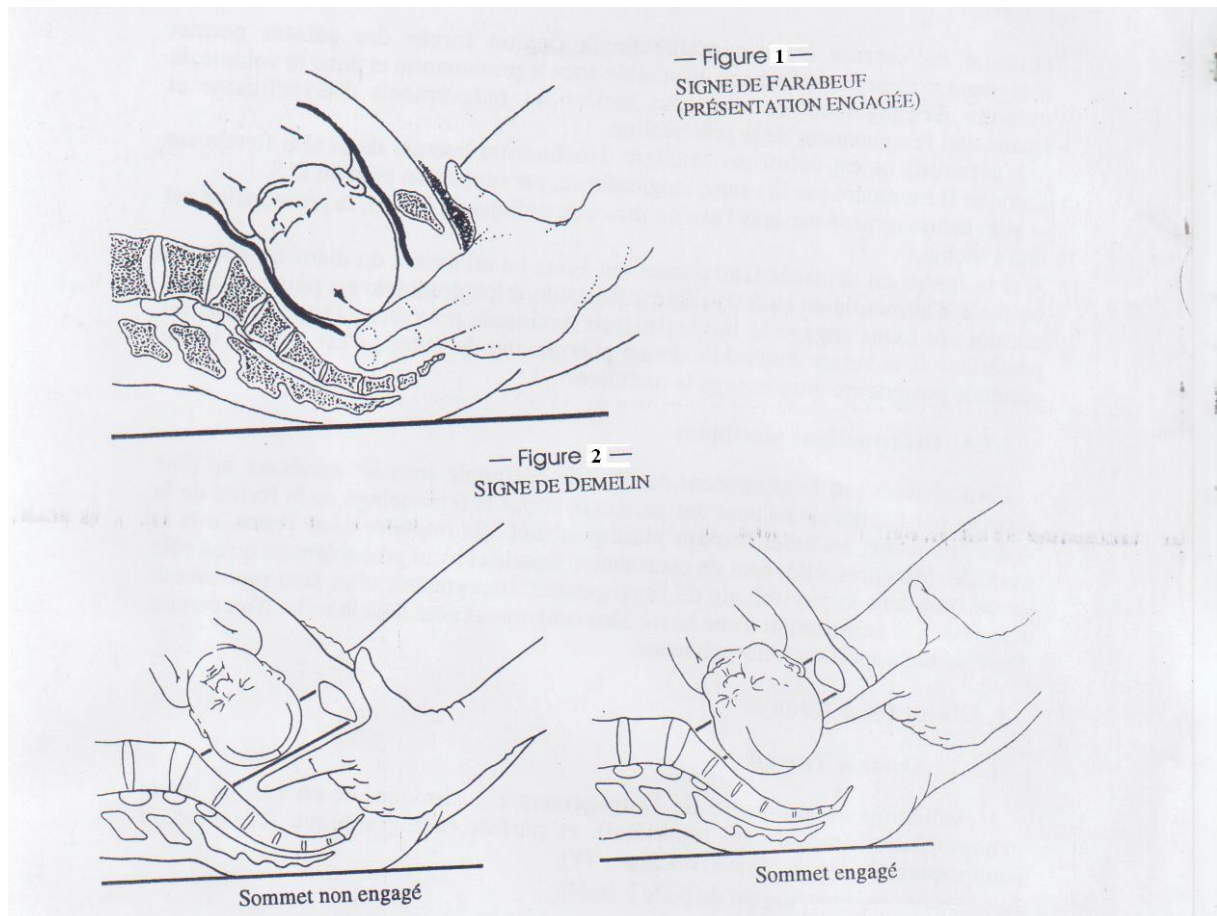
La dominance physiologique des muscles fléchisseurs et les contraintes imposées par la forme du segment inférieur favorisent avant l'engagement une flexion modérée de la tête fœtale dont le diamètre antéropostérieur est compris entre 10,5 et 11cm (diamètre sous-occipitaux-frontal).

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Le travail permet une flexion complémentaire de la tête qui réduit au maximum le diamètre antéropostérieur de la présentation a 9,5cm (diamètre sous-occipitaux-bregmatique).

L'asynclitisme défini par l'engagement successif d'une bosse pariétale puis de l'autre prend une importance fondamentale lorsqu'il existe une disproportion fœto-pelvienne mineure et que le diamètre bipariétal dépasse de quelques mm a peine les mensurations du détroit supérieur.

Le diagnostic de l'engagement repose sur le palper abdominal et le toucher vaginal signe de FARABEUF, signe de DEMELIN figure (1,2).



Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Le toucher vaginal par ces deux signes apportent les éléments essentiels mais peut toutefois être l'origine d'erreurs aux conséquences parfois dramatique, surtout lorsqu'il existe une volumineuse bosse sérosanguine.

3.2.2. Descente et rotation dans l'excavation:

- l'axe du dégagement est imposé au grand diamètre de la présentation par la forme générale de la fente périnéo-vulvaire et de la boutonnière uro-génitale.

Il faut donc que la tête tourne dans l'excavation du bassin pour faire coïncider son grand diamètre avec le diamètre pubo-coccygien.

La poussée utérine en bas et en avant, appuie la présentation contre l'arc antérieur du bassin et peut être décomposée en deux forces élémentaires : l'une perpendiculaire au plan pubien qui maintient la tête appliquée contre le pubis, l'autre qui permet le glissement progressif de la présentation.

Lorsque la présentation poursuit sa descente, on atteint successivement les niveaux +1 à +5, ce dernier correspondant a une tête fœtale sur les périnées.

3.2.3. Expulsion:

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

Pendant les contractions la tête bute contre le mur périnéale accentue sa flexion.

Les petites lèvres s'écartent, le périnée postérieur s'étend, l'anus s'entrouvre.

Le dégagement débute lentement, le front balaie progressivement les périnées.

Dont l'ampliation est maximale, la déflexion s'accélère, la tête monte vers l'accoucheur, les bosses pariétales, le front puis la face achèvent leur dégagement.

L'engagement des épaules est contemporain du dégagement de la tête.

Le diamètre bi acromial (12 cm réductible 9,5 cm par tassement) emprunte le diamètre oblique du bassin.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Après que la tête se soit dégagée et qu'elle ait effectuée son mouvement de restitution, la mise en tension du sterno-cléido-mastoïdien antérieur attire l'épaule antérieure qui vient se fixer sous la symphyse.

Le dégagement se fait alors par rotation du bi-acromial autour de la symphyse faisant apparaître l'épaule postérieure à la fourchette.

Le dégagement de l'épaule antérieure puis du tronc et des membres inférieurs lui fait suite rapidement et ne soulève aucune difficulté.

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital FousseyniDaou de Kayes.

4.1.1. Description de la région

La région de Kayes 1^{er} région administrative du Mali avec une superficie de 120760 km². La région compte 1996812 habitants. Son chef lieu est le cercle de Kayes qui s'étend sur une superficie de 22190 km² avec une population de 513362 habitants, il compte 28 communes. La région de Kayes est limitée au sud par la Guinée Conakry à l'Est par la région de Koulikoro ; au nord la Mauritanie ; à l'ouest par le Sénégal.

Plusieurs fleuves et rivières traversent la région : le baoulé, le Bafing et le Bakoye qui se rejoignent à Bafoulabe pour former le Sénégal.

Dans la région se trouvent les chutes du félou (à 17 km de Kayes), les chutes de Gouina (à 82 km au sud-est de Kayes sur le fleuve Sénégal), le lac Magui et le lac de Doro. A la frontière Guinéenne le climat est assez humide. En remontant vers le nord, on traverse une zone soudanienne puis on arrive à une zone sahélienne. Kayes connaît des températures très élevées, faisant d'elle la ville la plus chaude d'Afrique. Les grandes villes de la région sont Kayes, Nioro du sahel, Diéma, Yélimané, Sadiola, Bafoulabé, Kéniéba et Kita. La région de Kayes compte 21 forêts classées couvrant une superficie de 260545 km². Dans la région sont situés deux parcs nationaux (Kouroufing et wango), un sanctuaire des chimpanzés et une zone d'intérêt cynégétique dans le cercle de Bafoulabé, et la réserve totale de faune de Talikourou dans le cercle de Kita, ainsi que la réserve de la biosphère de la boucle du Baoulé. Les femmes représentent 50,7 % de la population.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

Plusieurs ethnies vivent dans la région notamment: les Soninkés, Khassonkés, Malinkés, peuls, Bambara, Maure.

4.1.2. Historique de l'HFD

L'Hôpital Fousseyni Daou est l'une des structures sanitaires les plus anciennes du Mali ; créé en 1883 par les militaires français en mission en Afrique de l'ouest. Elle avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales. En 1959 il devient Hôpital secondaire, avec la réorganisation des centres hospitaliers en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et l'Italie. En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousseyni DAOU ; un des médecins directeurs qui a été assassiné la même année. Il est situé au Sud - Est de la ville de Kayes au Quartier Plateau au voisinage de la gare ferroviaire. De nos jours l'hôpital prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, des cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry. **Il comprend :**

- Un service de médecine ;
- Un service de gynéco obstétrique ;
- Un service de chirurgie divisé en 5 unités (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique, Urologie, Traumatologie) ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de laboratoire et une pharmacie ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service des urgences et soins intensifs ;
- Un service d'Odontostomatologie.
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

- Un service de dermatologie
- Un service de kinésithérapie-rééducation
- Le service d'imagerie médicale et radiologique ;
- Un service d'administration ;
- Une morgue ;
- Une buanderie.

4.1.3 .Service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment construit en 2015 comprend :

- Une salle d'accouchement et de soins des nouveau- nés comportant:
- Cinq tables d'accouchement et communiquant avec une toilette des femmes en travail et la salle de garde
- Une salle de réveil
- Une salle de travail
- Une salle de suite de couche
- Une salle du major d'accouchement
- Une salle de pansement des malades opérées
- Une salle des étudiants en année de thèse
- Une salle pour les manœuvres
- Quatre toilettes dont (2) pour les personnels et (2) pour les malades
- Une salle de staff
- Une salle de dépistage de cancer du col de l'utérus
- Une salle de soin après avortement (SAA)
- Une salle de major de la consultation
- Une salle de major d'hospitalisation
- Une salle de consultation pré natale
- Une salle de planification familiale (P F)
- Une salle d'archivage

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

- Trois salles pour les consultations externes
- Deux salles V I P a un lit chacune
- Une salle V I P a quatre lits
- Trois salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits
- Une salle réservée pour la néonatalogie non fonctionnelle
- Un bloc opératoire non fonctionnel

-Le personnel se compose de :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens,
- Quatre étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse,
- Neufsages-femmes,
- Un Infirmier d'état
- Trois infirmières obstétriciennes,
- Quatre matrones et trois manœuvres.

-Les activités du service sont programmées comme suites :

- Cinq jours de consultation prénatale,
- Quatre jours de consultation externe,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).

-Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste à compétence chirurgicale, un étudiant en année de thèse, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

L'équipe dispose de :

- Trois salles d'opérations fonctionnelles
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et un kit de césarienne.
- Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par un gynécologue obstétricien. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.
- Une visite générale chaque jour après le staff.
- Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive.

4.3. Période d'étude

L'étude s'est étendue du 1^{er} aout 2016 au 31 juillet 2017 soit 1année.

4.4. Population d'étude

Il s'agissait de toutes les femmes admises dans le service pendant la période de la puerpéralité.

4.5. Echantillonnage

4.5.1. Critères d'inclusion

Toutes les parturientes et les accouchées de moins de 24heures admises dans le service.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

4.5.2. Critères de non inclusion

Les femmes non en travail et les patientes admises après 24heures du post-partum.

4.6. Collecte des données

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire porté en annexe.

Les supports de données ont été :

- Les dossiers des malades
- Registres d'accouchement de la maternité
- Registre du compte rendu opératoire
- Partogramme et carnet des malades
- Registre de référence pédiatrique

4.7. Taille de l'échantillon

A partir des critères d'inclusion et de non inclusion nous avons enregistré 4346 femmes admises.

4.8. Plan d'analyse et traitement des données

Nous avons fait une saisie des textes et des tableaux sur le MicrosoftWord2007.L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel SPSS 20 et EXCEL 2007.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5. RESULTATS

Durant la période d'étude nous avons enregistré 4346 femmes admises dans le service de gynéco-obstétrique de l' H F D K.

5.1. Fréquence d'utilisation

Tableau I : Répartition selon la fréquence d'utilisation de la check-list OMS

| Utilisation de la CL | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Oui | 4340 | 99 ,86 |
| Non | 06 | 0,14 |
| Total | 4346 | 100 |

La check-list a été utilisée dans 99,86% des cas

5.2. Réalisation du taux d'hémoglobine

Tableau II : Répartition des femmes selon la réalisation du taux d'hémoglobine au cours des CPN

| Taux d'hémoglobine réalisé au cours des C.P.N | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| Oui | 4187 | 96,34 |
| Non | 159 | 3,66 |
| Total | 4346 | 100 |

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 96,34% des femmes au cours des CPN

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.3. Besoin de l'ATB et l'administration effective

Tableau III : Répartition des femmes selon le besoin de l'ATB et l'administration effective

| Besoin d'Antibiotique | Oui | Non | Total |
|--------------------------|-----|------|-------|
| Antibiotique reçu | | | |
| Reçu | 412 | 0 | 412 |
| Non reçu | 2 | 3932 | 3934 |
| Total | 414 | 3932 | 4346 |

L'antibiothérapie a été effectuée chez 412 sur 414 femmes.

5.4. Besoin du Mg SO4 et l'administration effective

Tableau IV : Répartition des femmes ayant bénéficié du Mg SO4.

| Besoin de Mg S04 | OUI | NON | TOTAL |
|--------------------|-----|------|-------|
| Mg S04 reçu | | | |
| Reçu | 434 | 0 | 434 |
| Non Reçu | 03 | 3909 | 3912 |
| TOTAL | 437 | 3909 | 4346 |

Le MgSO4 a été administré chez 434 sur 437 femmes.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.5. Besoin de l'ARV et l'administration effective

Tableau V: Répartition des femmes selon le besoin de l'ARV et l'administration effective

| | Besoin d'ARV | Oui | Non | Total |
|----------|--------------|-----|------|-------|
| ARV reçu | | | | |
| Reçu | | 27 | 0 | 27 |
| Non reçu | | 05 | 4314 | 4319 |
| Total | | 32 | 4314 | 4346 |

Sur 32 femmes séropositives 27 étaient suivies.

5.6. Maîtrise du saignement

Tableau VI : Répartition des femmes selon la maîtrise du saignement avant la sortie

| Saignement maîtrisé | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|----------|-------------|
| Oui | 4344 | 99,95 |
| Non | 02 | 0,05 |
| Total | 4346 | 100 |

Le saignement a été maîtrisé dans 99,95% des cas

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.7. Respect des 4 étapes

Tableau VII: Répartitions de la check-list OMS en fonction du respect des 4 étapes

| Respect des 4 étapes | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Respecté | 3827 | 88,06 |
| Non respecté | 519 | 11,94 |
| Total | 4346 | 100 |

Les 4 étapes étaient respectées dans 88,06% des cas.

5.8. Faisabilité

Tableau VIII: Répartition de la check-list OMS en fonction de la faisabilité

| Faisabilité | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Correct | 4109 | 94,55 |
| Incorrect | 237 | 5,45 |
| Total | 4346 | 100 |

La check-list a été correctement faite dans 94,55% des cas.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.9. Respect des 24h de surveillance du post partum

Tableau IX : Répartition de la check-list OMS en fonction du respect des 24h de surveillance du post partum.

| Respect des 24h de surveillance du post-partum | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| Oui | 3801 | 87,46 |
| Non | 545 | 12,54 |
| Total | 4346 | 100 |

Les 24h de surveillance du post-partum ont été respectées chez 87,46% des femmes.

5.10. Qualification de l'agent

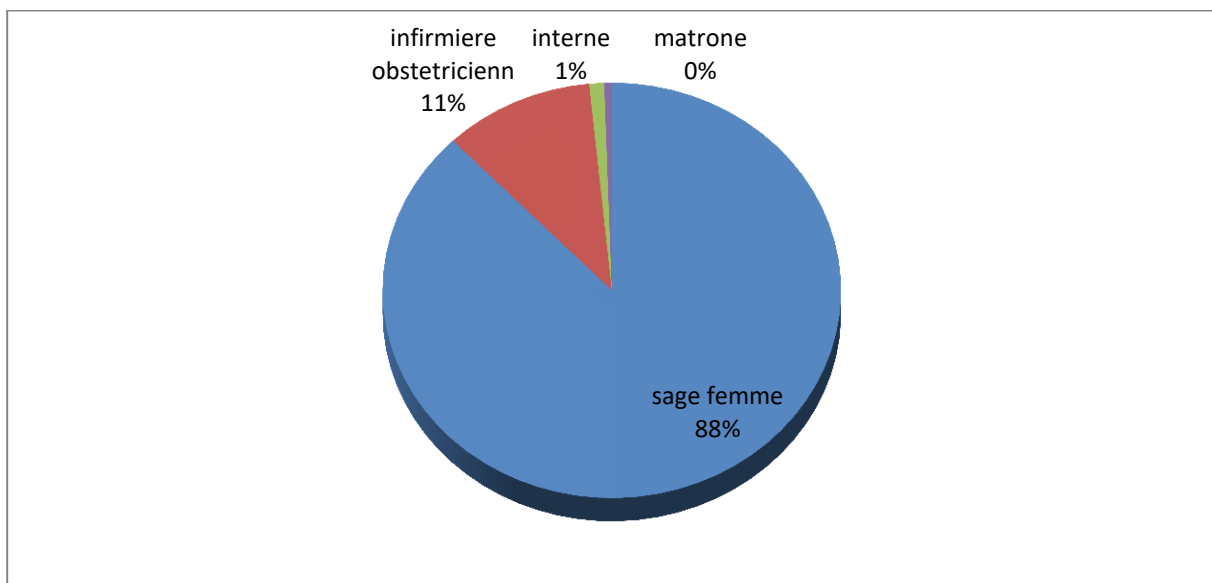


Figure 1 : Répartition selon la qualification de l'agent ayant utilisé la check-list OMS

Les sages-femmes étaient les plus représentées avec 88%

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.11. Voie d'accouchement

Tableau X : Répartition selon la voie d'accouchement

| Voie d'accouchement | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|----------|-------------|
| Voie basse | 3765 | 86,63 |
| Césarienne | 581 | 13,37 |
| Total | 4346 | 100 |

La voie basse était la voie d'accouchement la plus fréquente.

5.12. Score d'Apgar

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

| Score d'Apgar | Effectif | Pourcentage |
|---------------|----------|-------------|
| >7 | 282 | 6,49 |
| ≤7-10> | 4064 | 93,51 |
| Total | 4346 | 100 |

Les nouveau-nés avec un score d'Apgar compris entre 7 et 10 représentaient 93,51%.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.13. Poids de naissance

Tableau XII : Répartition des nouveau- nés selon le poids de naissance

| Poids | Effectif | Pourcentage |
|---------------|----------|-------------|
| <2500 g | 646 | 14,86 |
| <2500g-4000g> | 3681 | 84,70 |
| >4000g | 19 | 0,44 |
| Total | 4346 | 100 |

Les nouveau-nés avec un poids de naissance situé entre 2500g et 4000g ont représentés 84,70%

5.14. Référence à la pédiatrie

Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés selon la référence à la pédiatrie

| Nné référée à la pédiatrie | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Oui | 899 | 20,69 |
| Non | 3447 | 79,31 |
| Total | 4346 | 100 |

Les nouveau-nés référés à la pédiatrie ont représentés 20,69%.

5.15. Motif de référence

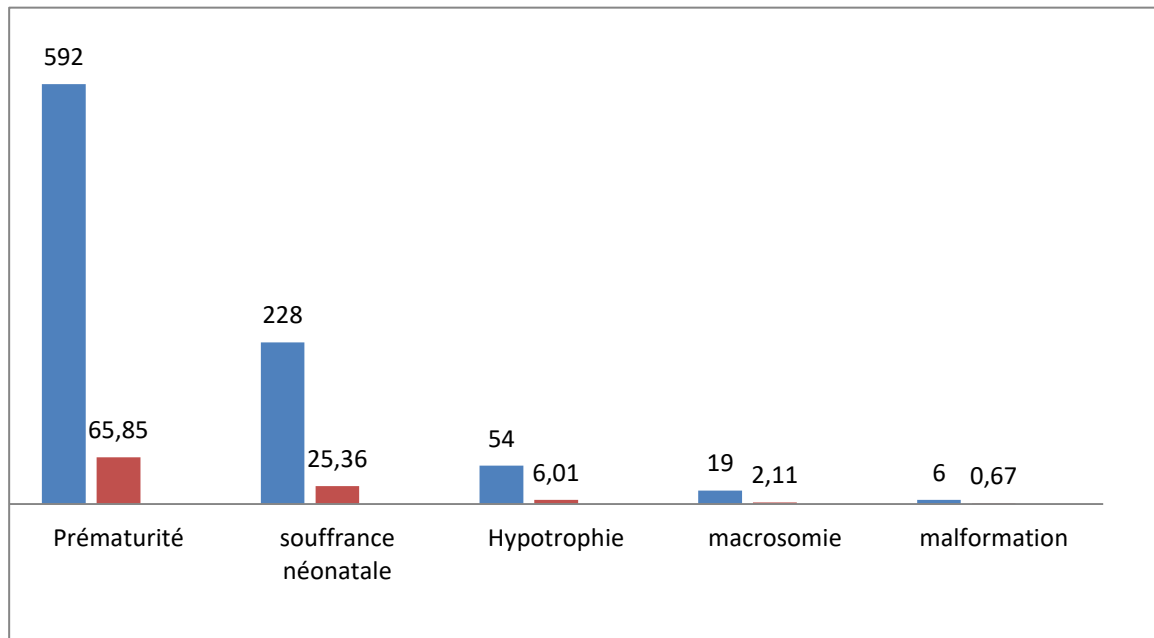


Figure 2 : Répartition des nouveau-nés selon le motif de la référence

La prématurité était le motif de référence le plus fréquent.

5.16. Etat des nouveau-nés à la sortie

Tableau XIV : Répartition selon l'état du Nné à la sortie de l'Hôpital

| Etat du Nné à la sortie | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|----------|-------------|
| Vivant | 4184 | 98,98 |
| Décédé | 43 | 1,02 |
| Total | 4227 | 100 |

Les nouveau-nés décédés ont représentés 1,02%.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

5.17. Etat de la mère à la sortie

Tableau XV : Répartition selon l'état de la mère à la sortie de l'Hôpital

| Etat de la mère à la sortie | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|----------|-------------|
| Vivante | 4333 | 99,70 |
| Décédée | 13 | 0,30 |
| Total | 4346 | 100 |

Nous avons enregistré 13 cas de décès maternels.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Utilisation de la check-list OMS

-fréquence d'utilisation de la check-list OMS

Au cours de la période d'étude la check-list a été utilisée chez 99,86 % des parturientes contre 0,14% des femmes chez qui l'utilisation n'a pas été effectuée. .

-Taux d'hémoglobine

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 96,34% de nos patientes pendant les CPN contre 3,66% des parturientes qui n'en n'ont pas bénéficié.

-Utilisation d'antibiotique

L'antibiothérapie a été utilisée chez 412 sur 414 contre 2 qui ne l'ont pas bénéficiée selon la fiche de la check-list.

-Utilisation du sulfate de magnésium

Le sulfate de magnésium a été utilisé chez 434 sur 437 patientes contre 3 qui ne l'ont pas reçu.

-Utilisation d'Anti Rétro Viraux (ARV)

Sur 32 femmes séropositives 27 étaient suivies contre 5 qui ne l'étaient pas cela s'explique par la non réalisation des bilans biologiques au cours des CPN.

- Saignement

Le saignement a été maîtrisé dans 99,95% des cas contre 0,05% soit 2 patientes qui l'ont été évacuées dans le service pour HPP dans un état de choc qui en sont décédées par la suite.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

-Respect des 4 étapes :

Les 4 étapes ont été respectées dans 88,06% des cas contre 11,94%.

-Faisabilité de la check-list OMS

Elle a été correctement faite dans 94,55% des cas contre 5,45% qui sont incorrectement faites.

-Respect des 24h de surveillance du post-partum

Les 24h de surveillance du post partum ont été respectées chez 87,46% des femmes contre 12,54%.

- Qualification des agents ayant utilisés la check-list OMS

Lessages-femmes ont représentées 88% contre 11% des Infirmières Obstétriciennes et 1% des Internes.

-Mode d'accouchement

Nous avons enregistré 3765 accouchements par voie basse soit 86,63%. Le taux de césarienne effectuée est de 13,37%. Confronter aux données de la littérature, notre taux de césarienne est supérieur au résultat de **Diarra A [47]** qui a trouvé 10,11% par contre inférieur à celui trouvé par **Diane H [46]** qui est de 39%.

-le score d'Apgar :

Durant la période d'étude 93,51% de nos nouveau-nés avaient un score d'Apgar situé entre 7 et 10. Les scores d'Apgar inférieurs à 7 ont représentés 6,49% ce taux est supérieur à celui de **Bamba M [43]** et inférieur à celui de **Dembele D [45]** qui avaient trouvé respectivement des taux de 6,1% et 56,6%.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

-Poids du nouveau-né :

Les nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2500g ont représentés 14,86%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par **DIANEH et DIARRAA [46,47]** qui trouvaient respectivement 41,5% et 71,4% contre 85,14% des nouveau-nés qui ont un poids normal à la naissance (poids entre 2500-4000g) ce taux est supérieur à celui de **CAMARAS [44]** qui trouve 81,8%.

-Le pronostic maternel :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 13 cas de décès maternels soit 0,30%.

-Le pronostic fœtal :

Dans notre étude 899 nouveau-nés ont été référés à la pédiatrie pour des raisons différentes soit pour 65,85% de prématurité ; 25,36% de souffrance néonatale ; 6,01% d'hypotrophie ; 2,11% de macrosomie ou soit 0,67% pour malformation. Sur les 899 référés à la pédiatrie de l'HFDK 1,02% sont décédés avant leurs sorties.

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. CONCLUSION

La Check-list est un outil facile à utiliser, sa vulgarisation et son application correctes apporteront plus de rigueur dans la surveillance du travail d'accouchement et des suites de couches ce qui contribuera certainement à rehausser la qualité des services et réduire les décès maternels et néonataux.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

7.2. RECOMMANDATIONS :

Au ministère de la santé et de l'hygiène publique :

- Vulgariser l'utilisation de la check-list OMS
- Rendre opérationnel le système de référence-évacuation dans tout le pays.
- Trouver un système de motivation des prestataires : une possibilité de bourses d'étude ou de stages.
- Encourager la faculté de médecine et les établissements de formation des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes à enseigner les principes de l'emploi de la check-list OMS de leurs cours.

A la direction de l'HFD Kayes :

- Augmenté la capacité d'accueil des femmes en travail et les accoucher à la maternité
- Créer un service de réanimation du nouveau-né et adulte

Aux personnels de la maternité :

- Utiliser correctement la check-list OMS
- Application des directives de la check-list
- Améliorer la qualité des consultations prénatales dont le but est de prévenir les complications de la grossesse et de l'accouchement.
- Informer et éduquer pour le changement du comportement
- Formation continue en check-list OMS
- Respect des nombres et procédures de la check-list OMS

Aux Femmes

- Respecter le calendrier de consultation prénatale.
- Eviter le mariage précoce chez les adolescentes.

8. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS, Centre des médias.

Mortalité maternelle.

Aide-mémoire, 2015, N°348.

2. Spector JM et al.

Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Check-list Program.

PLOS ONE, 2012, 7(4): e35151.

3. Gawande A.

The checklist manifesto: How to get things right.

New York, Metropolitan Books, 2010.

4. Pronovost P et al.

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU.

The New England Journal of Medicine, 2006, 355(26): 2725– 32.

5. Merger R, Levy J, Melchior J.

J. Gynecol.Obst., Biol-Reprod.1992; 21:236-240.

6. EDSBF-MICS IV 2010.

Mortalité maternelle, P : 208

7. EDS- V Mali 2012-2013.

Mortalité maternelle et néonatal, p : 203

8. OMS.

World Health Organization pantograph in management of labour.

Lancet, 1994, 343: 1399– 404.

9. OMS.

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice.

Genève, 2015.

10. OMS.

Managing prolonged and obstructed labour.

Genève, 2008.

11. OMS.

WHO Guidelines for Safe Surgery.

Genève, 2009.

12. OMS.

Recommandation pour la prévention et le traitement de la pré éclampsie et de l'éclampsie.

Genève, 2011.

13. Hodnett E D et al.

Continuous support for women during childbirth.

The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, (3) :CD003766.

14. OMS.

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin.

Genève, 2007.

15. OMS.

Soins hospitaliers pédiatriques : Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux.

Genève, 2005.

16. OMS.

Guidelines on basic new born resuscitation.

Genève, 2012.

17. Singhal N et al.

Helping Babies Breathe: Global neonatal resuscitation program development and formative educational evaluation.

Resuscitation, 2011.

18. OMS.

Recommandations pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum.

Genève, 2012.

19. OMS.

Education materiel for teachers of midwifery.

Midwifery education modules second edition.

Managing postpartum haemorrhage.

Genève 2008.

20. OMS.

Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin.

Genève 2003.

21. OMS.

WHO recommandations on postnatal care of the mother and newborn.

Genève 2013.

22. OMS.

Recommendations for management of common childhood conditions.

Genève 2012.

23. OMS, UNICEF.

Integrated Management of Childhood Illness: Caring for Newborns and Children in the Community.

Genève 2011.

24. OMS.

La protection thermique du nouveau-né : Guide pratique.

Genève, 1997.

25. OMS.

Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.

Genève ,2009.

26. OMS.

Rapport sur la santé dans le monde: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

Genève, 2005.

27. OMS.

WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care.

Genève ,2008.

28. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines.

Geneva, World Health Organization, 2015.

29. OMS.

Recommendations on maternal and perinatal health.

Genève, 2013.

30. OMS.

Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th ed: A WHO family planning cornerstone.

Genève, 2010.

31. Programme spécial **PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP)**. Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate.

Genève, 2008 (déclaration).

32. OMS.

Combined hormonal contraceptive use during the post-partum period.

Genève ,2010 (déclaration).

33. OMS.

Le dossier mère-enfant : Guide pour une maternité sans risque.

Genève, 1996.

34. OMS.

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.

Genève, 2013.

35. OMS.

Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : Recommandations pour une approche de santé publique.

Genève ,2010.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

36. OMS, ONUSIDA, UNFPA et UNICEF.

Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.

Genève, 2010.

37. OMS.

Guidelines for the treatment of malaria, Third édition.

Genève ,2015.

38. OMS.

WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.Genève, 2015

39. Gueguen T.

Déploiement de la check-list <<sécurité du patient au bloc opératoire>> dans deux hôpitaux Lorrains performance et difficultés.

Thèse de Médecine : Nancy 2011 ; n°3566

40 .Hales B et Pronovost P.

The check-list a tool for error management and performance improvement.

Journal of critical care 2006-21,231-235

41. Sow F.

Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie général du CHU Gabriel Toure de Bko

Thèse de Médecine 13M 207. P : 25

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

42. Nadia D.

Etude de la faisabilité d'implantation de la check-list OMS pour la sécurité de l'accouchement dans deux structures de santé a Casablanca.

Aide-Mémoire 10068-17

43. Bamba M.

Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence commune V de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas.

Thèse de Médecine 1995, n°52.

44. Camara S.

Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence commune V de Bko.

Thèse de Med Bko : 07M235 p : 57

45. Dembélé D.

Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le centre de santé de référence commune II de Bko

Thèse de Médecine Bko : 2002 ;p :70

46 .Diane H.

Accouchement chez les adolescentes au csref commune V de Bko.

Thèse de Médecine 2011 ; 11M265p : 47.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

47. Diarra A.

Nouveau-né vivants de petites poids de naissance ; facteurs étiologiques et pronostic fœtal immédiat au Cs réf commune I de Bko.

Thèse de Med2011-11-M-209 p : 74.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

ANNEXES FICHE D'ENQUETE

I. Profil socio démographique :

Nom :

Pré nom :

Age :(.....)

1-(15-18)

2-(19-35)

3->35

Profession :(.....)

1-Ménagère

2-Elève /Etudiante

3-Fonctionnaire

II. ATCD : Gynéco-obstétrique

✓ Gynécologique :(.....)

1- Myomectomie

2- Kystectomie

3- Césarienne

4- Autres

✓ Obstétriques :(.....)

A. Gestite (.....)

1- Primi geste

2- Pauci geste

3- Multi geste

4- Grande Multi geste

B. Parité (.....)

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

- 1- Primipare
- 2- Pauci pare
- 3- Multi pare
- 4- Grande Multi pare

C. Vivant (.....)

D. Décédé (.....)

III. Mode d'admission

1. Venue d'elle-même

2. Référence /Evacuation

IV. Utilisation de la check-list :

- Dès l'admission :

- La mère a-t-elle un carnet de santé

- 1. Oui 2.Non

- Taux d'hémoglobine réalisée

- 1. Oui 2.Non

- La mère a-t-elle besoin de commencer les antibiotiques :

- (....)

- 1. oui 2.non

- Si oui a-t-elle reçu

- La mère a-t-elle besoin de commencer le sulfate de

- Magnésium :(....)

- 1. oui 2. Non

- Si oui a-t-elle reçu

- La mère a-t-elle besoin de commencer les

- antirétroviraux :(....)

- 1. Oui 2. Non

- A dilatation complète/

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

- les produits et matériels sont-ils disponibles et à portée de mains pour l'accouchement :(...)
1 .oui 2. non
- Juste après la naissance :
 - La mère a-t-elle besoin de commencer les antibiotiques :(...)
 - 1. oui 2.nonsi oui a-t-elle reçu
 - La mère a-t-elle saigné anormalement : (...) 1.oui 2. nonSi oui demande de l'aide
 - La mère a-t-elle besoin de commencer : le sulfate de magnésium :(...)1. oui 2.non
- Si oui a-t-elle reçu
- Avant la sortie
 - Est-ce que le saignement de la mère est maîtrisé : (...)1. oui 2.non
 - Est-ce la mère doit commencer les antibiotiques : (...)1.oui 2.non
 - Est-ce que le bébé tète bien :(...)1. oui 2.non
- V. Respect des 4 étapes :(...)
1. Oui 2.non
- VI. Remplissage correct :(...)
1. Oui 2.non
- VII. Respect des 24 h de surveillance post -partum (...)
1. Oui 2.non

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

VIII. Mode d'accouchement :(....)

1. Césarienne

2. Voie basse

IX. Nouveau-né :

A. Apgar : (.....)

1- <7

2- >7

Poids:(.....)

1- <2500g

2- <2500g-4000g>

3- >4000g

X. Nouveau-né référée a la pédiatrie :(....)

1. Oui 2.Non

XI. Motif de la référence:(.....)

1- Souffrance néonatale

2- Détresse respiratoire

3- Prématurité

4- Macrosomie

5- Autres

XII. Etat du N Ne à la sortie :(....)

1. Vivant 2.Décédé

XIII. Etat de la mère à la sortie (....)

1. Vivante 2.Décédé

XIV. Qualification de l'agent ayant utilisé la check-list (....)

1. Sage-femme

2.Interne

3.IO

4.Matrone

Fiche signalétique :

Nom : TANGARA

Prénom : Adama

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2017-2018

Ville : Bamako

Titre : Utilisation de la Check-List pour un accouchement sécurisé à la maternité de HFDK

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

RESUME

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 01 Août 2016 au 31 juillet 2017 soit une durée d'un an.

La check-list a été utilisée chez 99,86 % des femmes. Et correctement faite dans 94,55% des cas.

Le taux d'hémoglobine était réalisé chez 96,34% de nos parturientes.

L'antibiothérapie a été utilisée chez 412 femmes.

Le sulfate de magnésium a été utilisé chez 434 femmes.

Sur les 32 femmes séropositives 27 étaient suivies.

Le saignement a été maîtrisé dans 99,95% des cas.

Les 4 étapes étaient respectées dans 88,06% des cas.

Les 24h de surveillance du post partum ont été respectées chez 87,46% des femmes.

Les sages-femmes étaient les plus représentées avec 88%.

Les nouveau-nés référés à la pédiatrie représentaient 20,69% et 1,02% sont décédés avant leurs sorties.

Nous avons enregistré 13 cas de décès maternels.

Mots clés : Check-list, Puerpéralité, Nouveau-né.

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé a la maternité de l'HFDK
