

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUES

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 2019-2020

N°...../2020

THEME

**QUALITE DE REMPLISSAGE DE LA CHECK-LIST
OBSTETRICALE DANS LES CENTRES DE SANTE
COMMUNAUTAIRES DE LA COMMUNE II DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23/07/2020 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie.

Par Mr. DABO Ibrahima

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

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE
Membres : Dr Mamadou SIMA
: Dr Lazare COULIBALY
Codirecteur : Dr Seydou Z DAO
Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie cette thèse

Au seigneur le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux. Louange et gloire à lui 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 le Seigneur nous guider et faire de nous de bons médecins pour soulager les patients.

A mon défunt père Famakan DABO : durant toute ta vie, tu as fait de l'éducation et de la formation de tes enfants ta priorité. Tu as donné ta vie pour nous assurer une meilleure éducation afin de réaliser nos rêves. Toi qui as toujours cru à l'éducation comme le meilleur des investissements et des héritages qu'un père peut laisser à ses enfants. Nous voulons te dire que l'arbre que tu as planté a maintenant mûri. Nous aimerons que là où tu es, tu sois fier de nous et que tu te reposes avec le sentiment du devoir accompli. Nous espérons maintenir le flambeau et transmettre à nos enfants et à nos entourages, cet amour et cette soif d'apprendre que tu as su nous donner.

A ma maman Feue Kadia Diakité : douceur, tendresse étaient certaines de vos qualités. Vous étiez vénérablement toujours prête à tout sacrifier pour que nos enfants deviennent meilleurs. Tu nous avais appris la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Tu nous as toujours conseillé à rester unis comme un seul homme. Mais hélas maman le plus grand miséricordieux n'a pas voulu que tu sois présente en ce jour solennel auprès de ton cher fils, merci maman pour tout l'effort que tu as conjugué pour tes enfants. Là où tu es, seul Dieu saura te récompenser à la hauteur de tes actes. Que ton âme repose en paix avec le sentiment du devoir accompli par ton fils.

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

REMERCIEMENTS :

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

A mes frères et sœurs :

Ousmane DABO, Tienfing DABO, Alassane DABO, Ruth DABO, Harouna DABO sans oublier les autres ; ce travail est également le vôtre. 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 :

Marie SAGARA, Adia KONATE, Fatoumata DIAKITE, Mahamadou dit Job DABO, Moussa DABO et Alymamy DABO : vos soutiens, conseils et assistance ne m'ont jamais manqué. Toute ma reconnaissance envers vous que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

A toutes les familles :

DABO, SISSOKO, DIAKITE, KEÏTA, CAMARA, KOÏTE, KAMISSOKO, SAGARA, MAKALOU pour le soutien inestimable et inconditionnel qu'elles m'ont toujours apporté.

A mes chers maîtres : Dr Seydou Z DAO, Dr TRAORE Bakary Abou, Dr Sackoba KONATE : Merci pour votre accueil et la qualité de votre encadrement pour la réalisation de ce travail car il est de votre.

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 vôtre. Merci pour la qualité de l'enseignement dispensé. Nous ferons partout votre fierté. Nous vous sommes éternellement reconnaissants.

A tous le personnel du CSREF de la commune II et particulièrement ceux 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 tous les internes du CSREF de la commune II : Merci pour votre soutien et votre collaboration.

A tous mes amis et collaborateurs : Dr Mamoudou SISSOKO, Dr TRAORE Daouda, Dr SIDIBE Kassim, Dr KONARE Alfousseyni, Dr DIARRA Sitapha, Dr DIABATE Salifou, Dr DIARRA Adama, Dr SAMATE Souleymane, Dr BOITE Adama, Levi DIARRA, Charles Samba KONE, Adama DEMBELE, Moussa ZIGUIME et Salia KONE merci pour votre soutien.

A toute la 10^{ème} promotion du numérus clausus de la FMOS

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr. Bakary Tientigui DEMBELE

- **Maitre de Conférences Agrégé en Chirurgie Générale à la FMOS**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Toure**
- **Diplômé de pédagogie en science de santé à l'université de Bordeaux**
- **Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté, avec spontanéité et ce, malgré vos multiples et importantes occupations, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec lesquelles vous savez transmettre votre savoir. Votre modestie et votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté de tous.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

A notre Maitre et Membre du jury

Dr SIMA Mamadou

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;**
- **Maitre- assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury. C'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait. Vos connaissances scientifiques ainsi que vos qualités humaines forcent le respect.

Recevez ici, cher maitre le témoignage de notre profonde gratitude. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer humblement nos vives émotions.

A notre Maître et Membre du jury

Dr Lazare COULIBALY

- **Médecin**
- **Master en santé publique**
- **Directeur adjoint du projet USAID/ HRH2030 Mali**
- **Chargé de la gestion des connaissances et de la communication**

Cher Maître,

Nous vous remercions pour votre grande disponibilité et la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury, cela est la preuve de votre détermination à la formation des étudiants. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A notre maître et codirecteur de thèse

Dr Seydou Z DAO

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII**
- **Chargé de recherche**
- **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université Paris Descartes.**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître,

Honorable maître, avec indulgence et gentillesse vous avez accepté de codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable.

Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis.

Veillez accepter, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse,

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ABOSAC : Association Bozolaise de santé communautaire

ARV : Antirétroviraux

ASSIST : Application de la science pour le renforcement et l'amélioration des systèmes.

ASACOHI : Association de santé communautaire de l'Hippodrome

ASACOME : Association de santé communautaire de Médine

ASACOGO : Association de santé communautaire de N'Gomi

ASACOBAG : Association de santé communautaire de Bagdadji

BENKADI : Centre de santé communautaire Benkadi.

BONIABA : Association de santé communautaire de Bozola, Niaréla et de Bagdadji

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

EDS : Enquête Démographique et de santé

GATPA : Gestion active de la troisième période de l'accouchement

HAS : Haute Autorité de la Santé

HFDK : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HTA : Hypertension artérielle

I.O : Infirmière Obstétricienne

Nné : Nouveau-né

N.V : Naissances vivantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TAR : Traitement antirétroviral

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TSF : Téléphone Sans Fil

USAID : Agence des Etats Unis pour le développement international

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION :.....	17-18
II.GENERALITES :.....	22-35
III.METHODOLOGIE :.....	37-43
IV. RESULTATS :.....	45-67
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	69-74
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	76
VII. REFERENCES :.....	78-79
ANNEXES :.....	81-84

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Partout dans le monde, la majorité des décès des mères et des nouveau-nés se produisent autour de l'accouchement principalement dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance dont il s'agit pour la plupart de décès évitables [1]. La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. En 2015 selon l'OMS sur plus de 130 millions de naissances qui ont eu lieu dans le monde près de 30300 femmes sont décédées suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement [1]. Les principales causes de ces décès sont les hémorragies, les infections, l'HTA et ses complications, les dystocies et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité [2]. L'accouchement étant un processus complexe dont 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 [3]. Au Mali selon EDSVI, le taux de mortalité maternelle était 325 pour 100000 naissances vivantes et celui des décès néonataux était de 33 pour 1000 (N.V) [4]. La mortalité maternelle mérite une attention particulière. La check-list est un outil essentiel à l'amélioration de la qualité de prise en charge des parturientes, des femmes dans le post-partum immédiat, du fœtus au cours du travail d'accouchement et des nouveau-nés. Elle rappelle aux prestataires de santé les différentes étapes à ne pas oublier afin de donner les meilleurs soins possibles. La sécurité du patient est un sujet qui doit être porté explicitement par le projet d'établissement et ses instances, dans le cadre d'un dispositif global de gestion des risques associé aux soins, tel que le prévoit la réglementation en vigueur [5]. Cet engagement peut se traduire par la mise en place de programme d'amélioration organisationnelle, type check-list au bloc opératoire, avec les données actuelles des sciences, il n'était pas concevable que le système de soins puisse nuire à ce point à la santé du patient [6]. Ainsi l'amélioration de la sécurité des patients est devenue une priorité croissante pour les chirurgiens et les hôpitaux [7]. Cette liste inclut des items aussi simples que de vérifier

l'identité du patient, vérifier qu'il a bien reçu un traitement antibiotique préventif, recompter les instruments après l'opération. Sans check-list, 1,5 % des opérés décèdent dans les 30 jours suivant l'opération, et avec cette procédure de contrôle ce taux n'est plus que de 0,8 % [8]. Et le taux de complications non mortelles est passé de 11,0 % des patients à 7,0% après l'introduction de la liste de contrôle [9]. Le temps qui peut sembler perdu au moment de l'opération est largement récupéré par la diminution des échecs et des récurrences [10]. C'est pourquoi en 2012, l'OMS avec la contribution de différents organismes en santé, d'experts de la sécurité des patients a établi la liste de contrôle pour un accouchement sécurisé. Cette liste prend en compte toutes les étapes de l'accouchement de l'admission de la femme enceinte jusqu'à sa sortie de l'établissement de santé avec son nouveau-né. En 2015, elle a été introduite dans quelques maternités au Mali. Depuis son introduction dans notre pays, une seule étude a été réalisée à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes en 2018 [11]. Selon les résultats de cette étude l'utilisation de la check-list a permis de faire 94,55% d'accouchements sécurisés.

L'absence d'étude sur la qualité de son remplissage nous a amené à initier ce travail en nous fixant comme objectifs.

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier la qualité de remplissage de la check-list dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence d'utilisation de la check-list.
- Déterminer le niveau de qualification des prestataires ayant rempli la check-list.
- Analyser la qualité de remplissage des check-lists.
- Déterminer la relation entre la qualité de remplissage de la check-list et le niveau de qualification du prestataire.

GENERALITES

II-GENERALITES :

1. Définition : Une check-list ou liste de vérification, est un document construit dans le but de ne pas oublier les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. Cette opération peut se dérouler à voix haute et/ou en cochant une liste écrite de procédure. Elle est utilisée en particulier dans le domaine de l'aéronautique et de la santé.

2. Historique :

Les check-lists sont utilisées depuis de nombreuses années dans l'aéronautique et dans l'industrie (notamment pharmaceutique) [12].

Selon l'OMS, 234 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde [5].

Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8% et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16% dont la moitié est considérée comme évitable. C'est pourquoi l'OMS a lancé le programme « Safe surgery saves lives » (la chirurgie sûre sauve des vies) visant à réduire les taux de complications et de décès postopératoires. Partant de cela la liste de contrôle pour un accouchement sécurisé a été établie pour aider des agents de santé à dispenser des pratiques essentiels en santé à la mère et au nouveau-né.

Au Mali :

En 2012 le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique 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 de Kita (17 sites) en mai 2015 considérés comme des districts de démonstration. Elle a ensuite été introduite dans les autres districts des régions de Kayes et de Sikasso en 2016 compte tenu des résultats encourageants de Kayes et de Sikasso, elle a été

introduite dans les régions de Koulikoro, Mopti et du district de Bamako son utilisation dans les CSREF et CSCOM de Bamako a commencé le 1^{er} mars 2017

3. Description :

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

Etape 1: A l'admission [13]

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.

➤ La mère a-t-elle besoin d'être transférée ?

Les patientes 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.

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

Il 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 peut être utile d'afficher une liste des critères de transfert dans la zone d'admission ; elle servira 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 [14].

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) [14].

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 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 au partogramme une fiche et commencer le partogramme 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 [15].

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 au moment de l'admission et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement.

Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus avec un TDR de paludisme négatif, ou en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures.

➤ **La mère doit-elle commencer de prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?**

Le sulfate de magnésium et les antihypertenseurs aident à prévenir les complications chez les mères souffrant des pré-éclampsies sévères.

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 l'antihypertenseur (selon les lignes directrices locales) devraient être administrés de toute urgence si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mmHg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mmHg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de pré-éclampsie sévère (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique).

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

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 [16].

➤ **La mère a-t-elle besoin de commencer des antirétroviraux ?**

Les mères qui ont un statut VIH positif peuvent transmettre le VIH 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.

➤ **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.

Les fournitures d'hygiène (savon et eau courante propre ou solution hydro-alcoolique pour les mains et gants propres) 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. Comme exemples d'accompagnants possibles à la naissance, on peut citer les membres de la famille, l'époux, les amies, les agents de santé communautaires ou les membres du personnel de santé.

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.

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 scores 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 [16].

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.

➤ **Confirmer que la mère ou l'accompagnant appellera à l'aide pendant le travail en cas de besoin**

Les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment pendant l'accouchement. En général, si les complications sont décelées tardivement leur prise en charge est difficile. C'est pourquoi il est important pour les agents de santé de déceler et de traiter les complications dès leur apparition.

Les signes de danger sont des symptômes et des signes cliniques qui indiquent qu'une complication est peut-être entrain d'apparaître ou qu'elle est déjà présente. Les personnels 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 ou l'accompagnant à la naissance prévienne 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 immédiatement les agents de santé au cas où l'un d'eux apparaîtrait.

Les personnels sont encouragés à communiquer leurs noms 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 personnel quand elle sent commencer la phase d'expulsion puisque cela signifie que l'enfant va probablement naître bientôt.

Etape 2 : A dilatation complète /ou avant la césarienne

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 qui peuvent se produire pendant et après la naissance.

➤ La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ?

Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus avec un TDR de paludisme négatif, en cas de pertes vaginales malodorantes ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures.

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

➤ La mère doit-elle commencer à prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

L'administration du sulfate de magnésium et des antihypertenseurs suit les mêmes principes que dans la première étape.

➤ **Confirmer la présence de matériels et fournitures essentiels et se préparer pour l'accouchement**

Le moment de la naissance et les premières minutes qui suivent la naissance sont les périodes où le risque de complications est le plus élevé pour la mère et pour le nouveau-né. En général, les agents de santé n'ont pas assez de temps pour se préparer quand une complication survient à cette période. Ils doivent donc se préparer en amont aux risques de complications potentielles et aux soins nécessaires pour garantir la sécurité de la mère et du nouveau-né. Ils doivent 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. Ils doivent confirmer la présence de matériels et fournitures essentiels pour l'accouchement et pour les soins à prodiguer à la mère immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir l'expulsion sans danger du placenta et à prévenir les saignements post-partum par la pratique de la GATPA. Pour le nouveau-né ils doivent confirmer la présence de serviettes propres, de fils, pinces ou de clamp, de lame stérile pour couper le cordon ombilical, de dispositif d'aspiration et de 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 peuvent être à l'origine d'un refroidissement susceptible d'être dangereux. Sécher le nourrisson, le stimuler également et l'inciter 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).

Il convient de placer un lien ou une pince autour du cordon avant de le couper afin de prévenir les saignements [17]. Le meilleur moment pour clamer et couper le cordon se situe entre une et trois minutes après la naissance. Cette durée permet à la quantité adéquate de sang d'irriguer le système circulatoire du nouveau-né. 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 le nouveau-né 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. Au début de la phase d'expulsion, les soignants devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer au nouveau-né 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 [18]. Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas spontanément dans la minute qui suit la naissance, les personnels 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 le nouveau-né 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. 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 [18].

Etape 3 : Juste après la naissance (dans l'heure qui suit)

Il est important d'examiner la mère et le nouveau-né dans l'heure qui suit l'accouchement 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 du post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée dès que possible. Ils 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 [19]. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait évaluer si la mère a des saignements anormaux après la naissance et, le cas échéant prendre les mesures de prise en charge appropriée [19].

➤ **La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ?**

On administre des antibiotiques si une femme en période post-partum a une infection ou présente des facteurs de risque d'infection.

Les antibiotiques devraient être donnés en cas de délivrance artificielle du placenta, de déchirure périnéale ou fièvre supérieure ou égale de 38°C avec un TDR de paludisme négatif ou des pertes vaginales malodorantes.

➤ **La mère doit-elle commencer à prendre du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?**

L'hypertension lors de la grossesse peut demeurer un problème après la naissance. Le sulfate de magnésium et des antihypertenseurs doivent être donnés selon les mêmes principes que précédemment.

➤ **Le nouveau-né 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. 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.

S'il y a lieu, le personnel 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 pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les nouveau-nés qui devraient être transférés.

➤ **Le nouveau-né 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. 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.

Un antibiotique devra être administré au nouveau-né 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 $<35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que le nouveau-né a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ [19].

➤ **Le nouveau-né a-t-il besoin de soins particuliers ou d'un suivi ?**

Les nouveau-nés hypotrophies 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.

Il convient de donner des soins particuliers ou un suivi si le nouveau-né est prématuré ou hypotrophe a besoin d'antibiotiques, ou s'il a été réanimé [19].

➤ **Le nouveau-né a-t-il besoin d'antirétroviraux ?**

Les mères séropositives pour le VIH sont susceptibles de transmettre à leurs enfants l'infection à VIH. Par la suite, si la mère est séropositive pour le VIH, la prophylaxie antirétrovirale devrait être administrée conformément aux lignes directives locales.

Commencer l'allaitement maternel et le contact peau à peau (si la mère et le nouveau-né se portent bien).

Il faut conseiller l'allaitement maternel et le contact peau à peau avec la mère.

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, elle ou son accompagnant doit alerter les agents de santé.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) de prévenir immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant le nouveau-né : 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.

Etape 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 et qu'il a été donné à la mère (et à son accompagnant) des informations sur les signes de danger après la sortie qui exigent des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

➤ **La mère saigne-t-elle anormalement**

Les saignements anormaux du post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée rapidement.

Il est possible de le déterminer en examinant la mère et en l'interrogeant sur sa perte de sang.

Le soignant examine l'abdomen de la mère pour être sûr que l'utérus est contracté et contrôle la perte de sang provenant du vagin.

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

➤ **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.

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 avec TDR de paludisme négatif et des frissons ou des pertes vaginales malodorantes.

➤ **Le nouveau-né 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. 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.

➤ **Le nouveau-né 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, il devrait confirmer que le nouveau-né est bien nourri au biberon. Il doit aider la mère et le nouveau-né 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 sa sortie. 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 [20]. 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.

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1) Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans les maternités de tous les centres de santé communautaires de la commune II du district de Bamako.

La commune II couvre une superficie de 17km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako (267 km²).

Elle est limitée :

- Au Nord par la colline du point G ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Est par le marigot de Korofina ;
- A l'Ouest par le boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le Centre de Santé de référence se trouve au quartier TSF.

Tableau récapitulatif du type de personnels dans les différents CSCOM

Nom de la structure	Habitants	Personnels				
		médecins	Sages-femmes	Infirmières obstétriciennes	Matrones	Aides-soignantes
CSCOM ABOSAC	76196	01	05	02	02	03
CSCOM BONIABA	30089	01	05	03	00	02
CSCOM BENKADI	15066	02	05	01	00	02
CSCOM ASACOH	45876	02	05	05	00	00
CSCOM ASACOGO	4368	01	01	04	01	02
CSCOM ASACOME	17596	01	04	02	02	02
CSCOM ASACOBAG	15100	01	01	01	00	00

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective descriptive et analytique.

3. Période d'étude : Notre étude s'est déroulée du 1er mars 2018 au 28 février 2019 soit une année après le début de l'utilisation de la check-list dans les centres.

4. Population d'étude :

Elle a concerné toutes les check-lists des parturientes et accouchées admises dans les centres de santé communautaires de la commune II pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage

5.1. Critères d'inclusion :

Dans cette étude ont été incluses toutes les check-lists remplies chez les femmes enceintes et durant le travail d'accouchement dans les centres de santé communautaires de la commune II pendant la période d'étude.

5.2. Critères de non inclusion :

Les check-lists inexploitable.

Les femmes ayant accouché dans les centres chez qui la check-list n'a pas été utilisée.

5.3. Taille de l'échantillon :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de toutes les check-lists en respectant les critères d'inclusion et de non inclusion. Ainsi nous avons enregistré 2096 check-lists durant notre période d'étude.

6. Collecte des données :

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

Les supports des données ont été :

- Les registres d'accouchement.
- Les partogrammes.
- Les fiches de check-list des accouchées.

7. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Microsoft word, Excel, SPSS version 21. Les tests statistiques utilisés ont été le khi² et le test de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%.

8. Aspects éthiques

Il est déterminé par l'obtention du droit d'accès aux sites d'étude de la part des responsables hiérarchiques et le consentement préalable.

Il concerne le secteur de la santé maternelle qui connaît un fléau mondial de morbidité et la mortalité materno-fœtale. Aucune femme n'a été nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

9. Définitions opérationnelles

Check-list : une liste de vérification, un document fait pour ne pas oublier les étapes normales d'une chose.

Check-list bien remplie : lorsque toutes les consignes sont bien renseignées.

Parturiente : lorsqu'une femme est en travail d'accouchement.

Signes de danger : ce sont des signes d'alertes au cours de la grossesse ou dans le postpartum dont la patiente ou son accompagnant doivent demander de l'aide.

1. A l'admission et surveillance du travail

- Demandez à la Mère son carnet de santé et vérifiez ses visites anténatales et ses taux d'hémoglobine
- Assurez-vous que les gants et les produits pour laver les mains sont disponibles pour chaque examen vaginal.
- Assurez-vous que les produits et les matériels essentiels, recommandés par les PNP/SR, sont disponibles et à portée de main pour l'accouchement

Est-ce que la parturiente doit être évacuée ?

- Non
 - Oui déjà planifiée
- Vérifiez les critères de référence/évacuation du partogramme

Partogramme commencé?

- Non: Vérifier que le col se dilate d'au moins 1 cm/heure à la phase active, puis
 - Oui : Quand ?
 - o Latence \leq 3cm
 - o Active \geq 4 cm
- Toutes les heures: notez le pouls de la Mère, la fréquence des contractions, et les BCF
 - Toutes les heures: prenez la température et la tension artérielle
 - Apprécier la couleur/odeur du liquide amniotique toutes les heures si poche rompue

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est \geq 38°C et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures

Donnez du sulfate de magnésium si:

- Pré-éclampsie sévère:
 - Tension artérielle diastolique \geq 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique \geq 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévères, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie
 - Tension artérielle diastolique \geq 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Antirétroviraux?

- Non, VIH confirmé négatif
- Oui, déjà administré
- Si statut VIH non connu, test de dépistage proposé
- Non applicable (site non PTME et personnels non formés en counseling VIH)

- Encouragez la présence d'une accompagnante à l'accouchement (choisi par la mère)

- Expliquez à la Mère

qu'elle doit demander de l'aide besoin

Demandez de l'aide en cas de:

- Saignements
- Fortes douleurs abdominales
- Maux de tête sévères ou troubles visuels
- Ne peut pas uriner
- Besoin de pousser

Rempli par: _____

Les étapes de la check-list à connaître à l'admission de la patiente.

2. A dilatation complète/accouchement(ou avant la Césarienne)

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures ;ou
- Travail prolongé de plus de 12 heures ; ou
- Césarienne

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium si:

➤ Pré-éclampsie sévère:

-Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU

-Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique

➤ Eclampsie :

Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsion ou coma

Assurez-vous que les produits et matériels essentiels sont disponibles et à portée de main et prêts pour l'accouchement?

Pour la Mère

- Boîte d'accouchement
- Gants stériles
- Antiseptique ou savon neutre et eau propre, solution de décontamination
- Ocytocine 10 unités dans une seringue

Préparez-vous à assister la Mère immédiatement après l'expulsion du bébé: Confirmez que c'est un accouchement mono-fœtal (pas une grossesse gémellaire)

1. Donnez l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement
2. Faites sortir le placenta
3. Massez l'utérus après l'expulsion du placenta
4. Assurez-vous que l'utérus est bien contracté

Pour le Bébé

- Linges propres
- Ciseaux stériles pour couper le cordon
- Dispositif d'aspiration de mucosités
- Masque et ballon de ventilation
- Vit K 1 et pommade tetracycline 1%
- Compresses stériles

Préparez-vous à assister le Bébé immédiatement après l'accouchement:

1. Séchez le bébé, gardez-le au chaud
2. S'il ne respire pas, dégagez les voies respiratoires et stimulez (tactile)
3. S'il ne respire toujours pas:
 - Demandez de l'aide
 - clamez et coupez le cordon ombilical
 - dégagez les voies respiratoires si nécessaire
 - ventilez avec le masque et ballon de ventilation

- Identification d'un autre assistant prêt à assister l'accouchement en cas de besoin?

Rempli par: _____

Les étapes de la check-list à connaître quand la parturiente est à dilatation complète ou avant la césarienne.

3. Juste après la naissance (dans l'heure qui suit)

Est-ce que la Mère saigne anormalement?

- Non
 Oui: demande de l'aide

En cas de saignement anormal:

- Massez l'utérus
- Envisagez de donner plus d'uterotonique
- Commencez l'intraveineuse
- Traitez la cause du saignement: atonie utérine, rétention placenta/fragments, déchirure vaginale, rupture utérine

La Mère a-t-elle besoin de : Antibiotiques?

- Non
 Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif ; ou
- Pertes vaginales malodorantes

Sulfate de magnésium?

- Non
 Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium à la mère si:

- Pre-eclampsie severe:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Le Bébé a-t-il besoin de:

Etre transféré ?

- Non
 Oui, déjà planifié

Vérifiez les critères de référence du partogramme

Antibiotiques?

- Non
 Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques au bébé si :

- des antibiotiques ont été donnés à la Mère, ou si
- le Bébé présente l'une des conditions suivantes :
 - Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
 - Tirage sous-costal marqué, geignements expiratoires, ou convulsions
 - Faible réactivité à la stimulation
 - Température du Bébé $< 35^{\circ}\text{C}$ (et qui n'augmente pas malgré le réchauffement), ou température du Bébé $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Soins spécifiques/suivi?

- Non
 Oui, déjà planifié

Prévoyez les soins spécifiques à administrer ou à suivre si le Bébé présente une des conditions suivantes :

- Né avant terme
- Poids à la naissance < 2500 grammes
- Indication d'antibiotiques
- Réanimation requise

Antirétroviraux?

- Non
 Oui, déjà planifié

Si la Mère est séropositive, suivre les directives locales pour le Bébé (la prophylaxie doit être débutée dans les 12 heures qui suivent la naissance)

- Contact peau-à-peau et allaitement commencés** (si la Mère et le Bébé sont en bonne santé)
- Assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut demander de l'aide si des signes de danger se présentent**

Rempli par: _____

Les étapes à connaître ou vérifier juste après la naissance chez la mère et son nouveau-né.

4. Avant la sortie (après l'accouchement, la Mère et le Bébé doivent rester dans la structure de santé au moins 24 heures)

Est-ce que le saignement de la Mère est maîtrisé ?

- Non: Traitez et différez sa sortie
- Oui

Est-ce que la Mère doit commencer les antibiotiques ?

- Non
- Oui : Prescrivez-en et différez sa sortie

Est-ce que le Bébé doit commencer les antibiotiques ?

- Non
- Oui :
- si référence, administrez la 1^{ère} dose
- Si prise en charge locale, prescrivez-en, différez la sortie, administrez les soins spécifiques

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Lochies malodorantes

Donnez des antibiotiques si le Bébé présente une des conditions suivantes :

- des antibiotiques ont été donnés à la Mère, ou si
- Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Tirage sous-costal marqué, geignements expiratoires, ou convulsions
- Faible réactivité à la stimulation
- Température du Bébé $< 35^{\circ}\text{C}$ (et qui n'augmente pas malgré le réchauffement), ou température du Bébé $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Incapable de téter
- Rougeur ombilicale et/ou étendue à la peau
- Pustules cutanées

Est-ce que le Bébé tète bien ?

- Non: Assurez-vous du respect des bonnes pratiques d'allaitement, et différez la sortie
- Oui

Si la Mère est séropositive, est-ce que la Mère et le Bébé ont suffisamment d'ARV pour 6 semaines ?

- Oui
- Parlez à la Mère et offrez-lui plusieurs options de planification familiale.
- Prescrivez du fer pour une durée de 2 mois avant la sortie
- Rappeler le calendrier de suivi postnatal et assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut se rendre à la structure la plus proche si des signes de danger /urgence se présentent

Rempli par: _____

SIGNES DE DANGER

<i>Chez la Mère:</i>	<i>Chez le Bébé</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement / lochies purulentes • Sévères maux de tête ou troubles visuels • Crises convulsives • Douleur abdominale sévère • Difficultés respiratoires • Fièvre ou frissons • Difficulté à uriner 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration rapide/difficile • Fièvre • Peau anormalement froide • Incapacité de téter • Diminution de la réactivité • Tout le corps devient jaune • Crises convulsives • Saignement ombilical

Les étapes à expliquer ou à faire avant la sortie de l'accouchée dans le centre de santé

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence d'utilisation

Du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019, nous avons colligé 2096 accouchements dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako. La check-list a été utilisée pour chacun de ces accouchements soit un taux de 100%.

Tableau I : Répartition des check-lists par centre

Centres	effectifs	Fréquences(%)
Abosac	221	10,5
Boniaba	227	10,8
Benkadi	382	18,2
Asacohi	648	30,9
Asacogo	54	2,6
Asacome	436	20,8
Asacobag	128	6,1
Total	2096	100,0

Tableau II : Répartition des check-lists en fonction de la qualification des prestataires.

Centres	Qualification du prestataire			Total
	Médecin	Sage-femme	Infirmière obstétricienne	
Abosac	14(0,66%)	207(9,88%)	0(0%)	221(10,54%)
Boniaba	1(0,04%)	214(10,21%)	12(0,58%)	227(10,83%)
Benkadi	2(0,09%)	380(18,13%)	0(0%)	382(18,22%)
Asacohi	0(0%)	648(30,92%)	0(0%)	648(30,92%)
Asacogo	0(0%)	30(1,43%)	24(1,15%)	54(2,58%)
Asacome	2(0,09%)	394(18,80%)	40(1,91%)	436(20,80%)
Asacobag	0(0%)	118(5,63%)	10(0,48%)	128(6,11%)
Total	19(0,91%)	1991(94,99%)	86(4,10%)	2096(100%)

Test de Fisher=78,06 P= 0,00

La check-list a été remplie dans 0,91% par les médecins, dans 94,99% par les sages-femmes et dans 4,10% par les infirmières obstétriciennes.

Tableau III : Répartition des check-lists en fonction de la qualité de remplissage.

Centres	Qualité de remplissage		Total
	correctement remplie	incorrectement remplie	
Abosac	182(8,68%)	39(1,86%)	221(10,54%)
Boniaba	161(7,68%)	66(3,15%)	227(10,83%)
Benkadi	249(11,88%)	133(6,34%)	382(18,22%)
Asacohi	592(28,25%)	56(2,67%)	648(30,92%)
Asacogo	39(1,86%)	15(0,72%)	54(2,58%)
Asacome	412(19,66%)	24(1,14%)	436(20,80%)
Asacobag	117(5,58%)	11(0,53%)	128(6,11%)
Total	1752(83,59%)	344(16,41%)	2096(100%)

Test de khi²=116,06 ddl=3 P=0,00

La check-list a été correctement remplie dans 83,59% des cas.

3. Qualité de remplissage

3.1. Notification des paramètres de l'admission.

Tableau IV : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la présence du carnet de CPN.

Centres	Notification de la présence du carnet de CPN		Total
	Oui (%)	Non(%)	
Abosac	204(9,73%)	17(0,81%)	221(10,54%)
Boniaba	210(10,02%)	17(0,81%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,21%)	105(5,01%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	51(2,43%)	3(0,15%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,80%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1882(89,79%)	214(10,21%)	2096(100%)

La présence du carnet de CPN a été notifiée dans 89,79% des cas.

Tableau V : Répartition des check-lists en fonction de la notification des visites anténatales et du taux de d'hémoglobine.

Centres	Notification des visites anténatales et du taux d'hémoglobine		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	203(9,69%)	17(0,81%)	220(10,50%)
Boniaba	210(10,03%)	17(0,81%)	227(10,84%)
Benkadi	277(13,22%)	105(5,01%)	382(18,23%)
Asacohi	601(28,68%)	47(2,25%)	648(30,93%)
Asacogo	51(2,44%)	3(0,14%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,81%)	436(20,81%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1881(89,79%)	214(10,21%)	2095(100%)

La vérification des visites anténatales et du taux d'hémoglobine a été notifiée dans 89,79% des cas.

Tableau VI : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la disponibilité des gants et des produits pour laver les mains.

Centres	Notification de la disponibilité des gants et des produits pour laver les mains		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	204(9,73%)	17(0,81%)	221(10,54%)
Boniaba	210(10,02%)	17(0,81%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,21%)	105(5,01%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	51(2,43%)	3(0,15%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,80%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1882(89,79%)	214(10,21%)	2096(100%)

La disponibilité des gants et des produits pour laver les mains pour chaque examen vaginal a été notifiée dans 89,79% des cas.

Tableau VII : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la disponibilité des matériels recommandés pour l'accouchement.

Centres	Notification de la disponibilité des matériels recommandés pour l'accouchement		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	204(9,73%)	17(0,81%)	221(10,54%)
Boniaba	210(10,02%)	17(0,81%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,21%)	105(5,01%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	51(2,43%)	3(0,15%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,80%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1882(89,79%)	214(10,21%)	2096(100%)

La disponibilité des matériels à portée de main recommandés par les PNP/SR pour l'accouchement a été notifiée dans 89,79% des cas.

Tableau VIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la nécessité de commencer le partogramme.

Centres	Notification de la nécessité de commencer le partogramme		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	202(9,63%)	19(0,91%)	221(10,54%)
Boniaba	205(9,78%)	22(1,05%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,21%)	105(5,01%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	646(30,92%)
Asacogo	45(2,14%)	9(0,44%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,06%)	16(0,74%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1870(89,21%)	226(10,79%)	2096(100%)

La nécessité de commencer le partogramme a été notifiée dans 89,21% des cas.

Tableau IX : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la phase du début de partogramme

Centres	Notification de la phase du début de partogramme		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	202(9,63%)	19(0,91%)	221(10,54%)
Boniaba	203(9,69%)	24(1,14%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,21%)	105(5,01%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,14%)	9(0,44%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,06%)	16(0,74%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1868(89,12%)	228(10,88%)	2096(100%)

La phase du début de partogramme a été notifiée dans 89,12% des cas

Tableau X : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer un antibiotique à la mère.

Centres	Notification d'administrer un antibiotique à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	203(9,69%)	18(0,85%)	221(10,54%)
Boniaba	206(9,81%)	21(1,02%)	227(10,83%)
Benkadi	275(13,12%)	107(5,10%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,14%)	9(0,44%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,06%)	16(0,74%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1870(89,21%)	226(10,79%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer l'antibiotique à la mère a été notifiée dans 89,21% des cas.

Tableau XI : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer le sulfate de magnésium à la mère.

Centres	Notification d'administrer le sulfate de magnésium à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	201(9,58%)	20(0,96%)	221(10,54%)
Boniaba	184(8,77%)	43(2,06%)	227(10,83%)
Benkadi	275(13,12%)	107(5,10%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,25%)	7(0,33%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,06%)	16(0,74%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1848(88,17%)	248(11,83%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer le sulfate de magnésium à la mère a été notifiée dans 88,17% des cas.

Tableau XII : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer des antirétroviraux à la mère.

Centres	Notification d'administrer des antirétroviraux à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	199(9,49%)	21(1,02%)	220(10,51%)
Boniaba	189(9,02%)	38(1,82%)	227(10,84%)
Benkadi	275(13,13%)	107(5,10%)	382(18,23%)
Asacohi	600(28,64%)	48(2,29%)	648(30,93%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,81%)	436(20,81%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,37%)	128(6,10%)
Total	1850(88,30%)	245(11,70%)	2095(100%)

La nécessité d'administrer à la mère les antirétroviraux a été notifiée dans 88,30% des cas.

Tableau XIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de statut méconnu.

Centres	La notification de la proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de statut méconnu		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	202(9,64%)	19(0,90%)	221(10,54%)
Boniaba	183(8,73%)	44(2,10%)	227(10,83%)
Benkadi	274(13,07%)	108(5,15%)	382(18,22%)
Asacohi	600(28,62%)	48(2,30%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	419(20,00%)	17(0,80%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1846(88,07%)	250(11,93%)	2096(100%)

La proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de statut méconnu a été notifiée dans 88,07% des cas.

Tableau XIV : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la présence d'une accompagnante à l'accouchement

Centres	Notification de la présence d'une accompagnante à l'accouchement		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	202(9,64%)	19(0,90%)	221(10,54%)
Boniaba	197(9,40%)	30(1,43%)	227(10,83%)
Benkadi	274(13,07%)	108(5,15%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1862(88,83%)	234(11,17%)	2096(100%)

La nécessité de la présence d'une accompagnante à l'accouchement a été notifiée dans 88,83% des cas.

Tableau XV : Répartition des check-lists en fonction de la notification de demander de l'aide au besoin

Centres	Notification de demander de l'aide au besoin		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	202(9,64%)	19(0,90%)	221(10,54%)
Boniaba	197(9,40%)	30(1,43%)	227(10,83%)
Benkadi	275(13,12%)	107(5,10%)	382(18,22%)
Asacohi	601(28,67%)	47(2,25%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,72%)	8(0,39%)	128(6,11%)
Total	1863(88,88%)	233(11,12%)	2096(100%)

L'explication par rapport à la nécessité de demander de l'aide au besoin a été notifiée dans 88,88% des cas.

Tableau XVI : Récapitulatif des paramètres à notifier à l'admission

paramètres	Notifiés	Non notifiés	Total
Notification de la présence du carnet de CPN	(89,79%)	(10,21%)	(100%)
Notification des visites anténatales et du taux d'hémoglobine	(89,79%)	(10,21%)	(100%)
Notification de la disponibilité des gants et des produits pour laver les mains	(89,79%)	(10,21%)	(100%)
Notification de la disponibilité des matériels recommandés pour l'accouchement	(89,79%)	(10,21%)	(100%)
Notification de la nécessité de commencer le partogramme	(89,21%)	(10,79%)	(100%)
Notification de la phase du début de partogramme	(89,12%)	(10,88%)	(100%)
Notification d'administrer un antibiotique à la mère	(89,21%)	(10,79%)	(100%)
Notification d'administrer le sulfate de magnésium à la mère	(88,17%)	(11,83%)	(100%)
Notification d'administrer des antirétroviraux à la mère	(88,30%)	(11,70%)	(100%)
La notification de la proposition d'un test de dépistage si statut méconnu	(88,07%)	(11,93%)	(100%)
La notification de la présence d'une accompagnante à l'accouchement	(88,83%)	(11,17%)	(100%)
Notification de demander de l'aide au besoin	(88,88%)	(11,12%)	(100%)

3.2. Notification des paramètres à la dilatation complète ou avant la césarienne.

Tableau XVII : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer une antibiothérapie à la mère.

Centres	Notification d'administrer une antibiothérapie à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,83%)	15(0,71%)	221(10,54%)
Boniaba	203(9,69%)	24(1,14%)	227(10,83%)
Benkadi	357(17,03%)	25(1,19%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,24%)	14(0,68%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	122(5,82%)	6(0,29%)	128(6,11%)
Total	1990(94,94%)	106(5,06%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer une antibiothérapie chez la mère a été notifiée dans 94,94% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère.

Centres	Notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,83%)	15(0,71%)	221(10,54%)
Boniaba	203(9,69%)	24(1,14%)	227(10,83%)
Benkadi	357(17,03%)	25(1,19%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,24%)	14(0,68%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	122(5,82%)	6(0,29%)	128(6,11%)
Total	1990(94,94%)	106(5,06%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer du sulfate de magnésium à la mère a été notifiée dans 94,94% des cas.

Tableau XIX : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour l'accouchement

Centres	Notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour l'accouchement		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	208(9,92%)	13(0,62%)	221(10,54%)
Boniaba	204(9,73%)	23(1,10%)	227(10,83%)
Benkadi	357(17,03%)	25(1,19%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	122(5,82%)	6(0,29%)	128(6,11%)
Total	1993(95,08%)	103(4,92%)	2096(100%)

La disponibilité des produits et matériels essentiels prêt et à portée de main pour l'accouchement a été notifiée dans 95,08% des cas.

Tableau XX : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour le nouveau-né.

Centres	Notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour le nouveau-né		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	208(9,92%)	13(0,62%)	221(10,54%)
Boniaba	202(9,64%)	25(1,19%)	227(10,83%)
Benkadi	357(17,03%)	25(1,19%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	122(5,82%)	6(0,29%)	128(6,11%)
Total	1991(94,99%)	105(5,01%)	2096(100%)

La disponibilité des produits et matériels essentiels prêt et à portée de mains pour le nouveau-né a été notifiée dans 94,99% des cas.

Tableau XXI : Répartition des check-lists en fonction de la notification de l'identification d'un assistant pour l'accouchement

Centres	Notification de l'identification d'un assistant pour l'accouchement		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	208(9,92%)	13(0,62%)	221(10,54%)
Boniaba	202(9,64%)	25(1,19%)	227(10,83%)
Benkadi	357(17,03%)	25(1,19%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	48(2,29%)	6(0,29%)	54(2,58%)
Asacome	420(20,04%)	16(0,76%)	436(20,80%)
Asacobag	122(5,82%)	6(0,29%)	128(6,11%)
Total	1991(94,99%)	105(5,01%)	2096(100%)

L'identification d'un assistant pour l'accouchement en cas de besoin a été notifiée dans 94,99% des cas.

Tableau XXII : Récapitulatif des paramètres à notifier à la dilatation complète ou avant la césarienne.

Paramètres	Notifiés	Non notifiés	Total
Notification d'administrer une antibiothérapie à la mère	(94,94%)	(5,06%)	(100%)
Notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère	(94,94%)	(5,06%)	(100%)
Notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour l'accouchement	(95,08%)	(4,92%)	(100%)
Notification de la disponibilité des produits et matériels essentiels pour le nouveau-né	(94,99%)	(5,01%)	(100%)
Notification de l'identification d'un assistant pour l'accouchement	(94,99%)	(5,01%)	(100%)

3.3. Notification des paramètres juste après la naissance.

Tableau XXIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification des saignements

Centres	Notification des saignements		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	205(9,78%)	16(0,76%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	372(17,75%)	10(0,47%)	382(18,22%)
Asacohi	642(30,62%)	6(0,30%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	431(20,56%)	5(0,24%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2036(97,13%)	60(2,87%)	2096(100%)

La notification des saignements de la mère a été faite dans 97,13% des cas

Tableau XXIV : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer une antibiothérapie à la mère.

Centres	Notification d'administrer une antibiothérapie à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	205(9,78%)	16(0,76%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	372(17,75%)	10(0,47%)	382(18,22%)
Asacohi	642(30,62%)	6(0,30%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	431(20,56%)	5(0,24%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2036(97,13%)	60(2,87%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer une antibiothérapie à la mère a été notifiée dans 97,13% des cas.

Tableau XXV : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère.

Centres	Notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	205(9,78%)	16(0,76%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	372(17,75%)	10(0,47%)	382(18,22%)
Asacohi	642(30,62%)	6(0,30%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	431(20,56%)	5(0,24%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2036(97,13%)	60(2,87%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer du sulfate de magnésium à la mère a été notifiée dans 97,13% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la nécessité de transférer le nouveau-né.

Centres	Notification de la nécessité de transférer le nouveau-né		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	205(9,78%)	16(0,76%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	641(30,58%)	7(0,34%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	431(20,56%)	5(0,24%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2034(97,04%)	62(2,96%)	2096(100%)

La nécessité de transférer ou pas le nouveau-né a été notifiée dans 97,04% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer une antibiothérapie au nouveau-né.

Centres	Notification d'administrer une antibiothérapie au nné		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,82%)	15(0,72%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	641(30,58%)	7(0,34%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	430(20,52%)	6(0,28%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2034(97,04%)	62(2,96%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer une antibiothérapie au nouveau-né a été notifiée dans 97,04% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification des soins spécifiques au nouveau-né.

Centres	Notification des soins spécifiques au nné		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,82%)	15(0,72%)	221(10,54%)
Boniaba	215(10,26%)	12(0,57%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	641(30,58%)	7(0,34%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	430(20,52%)	6(0,28%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2034(97,04%)	62(2,96%)	2096(100%)

La nécessité de commencer ou pas des soins spécifiques au nouveau-né a été notifiée dans 97,04% des cas.

Tableau XXIX: Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer un TAR au nouveau-né.

Centres	Notification d'administrer un TAR au nné		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,82%)	15(0,72%)	221(10,54%)
Boniaba	213(10,16%)	14(0,67%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	642(30,63%)	6(0,29%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	430(20,52%)	6(0,28%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2033(96,99%)	63(3,01%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer un traitement antirétroviral au nouveau-né a été notifiée dans 96,99% des cas.

Tableau XXX : Répartition des check-lists en fonction de la notification du contact à peau et d'allaitement.

Centres	Notification du contact à peau et de allaitement		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	207(9,87%)	14(0,67%)	221(10,54%)
Boniaba	214(10,21%)	13(0,62%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	641(30,58%)	7(0,34%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	430(20,52%)	6(0,28%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2034(97,04%)	62(2,96%)	2096(100%)

Le contact à peau et l'allaitement a été notifié dans 97,04% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la compréhension de la nécessité de demander de l'aide en cas de signes de dangers

Centres	Notification de la compréhension de la nécessité de demander de l'aide en cas de signes de dangers		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	207(9,87%)	14(0,67%)	221(10,54%)
Boniaba	214(10,21%)	13(0,62%)	227(10,83%)
Benkadi	371(17,70%)	11(0,52%)	382(18,22%)
Asacohi	642(30,63%)	6(0,29%)	648(30,92%)
Asacogo	47(2,24%)	7(0,34%)	54(2,58%)
Asacome	430(20,52%)	6(0,28%)	436(20,80%)
Asacobag	124(5,92%)	4(0,19%)	128(6,11%)
Total	2035(97,09%)	61(2,91%)	2096(100%)

La compréhension de la mère et de l'accompagnant par rapport à la nécessité de demander de l'aide en cas de signes de dangers a été notifiée dans 97,09% des cas.

Tableau XXXII : Récapitulatif des paramètres à notifier juste après la naissance.

Paramètres	Notifiés	Non notifiés	Total
Notification des saignements	(97,13%)	(2,87%)	(100%)
Notification d'administrer antibiothérapie à la mère	(97,13%)	(2,87%)	(100%)
Notification d'administrer du sulfate de magnésium à la mère	(97,13%)	(2,87%)	(100%)
Notification de la nécessité de transférer le nouveau-né	(97,04%)	(2,96%)	(100%)
Notification d'administrer l'antibiothérapie au Nouveau-né	(97,04%)	(2,96%)	(100%)
Notification des soins spécifiques au nouveau-né	(97,04%)	(2,96%)	(100%)
Notification d'administrer un TAR au nouveau-né	(96,99%)	(3,01%)	(100%)
Notification du contact peau à peau et de allaitement	(97,04%)	(2,96%)	(100%)
Notification de la compréhension de la nécessité de demander de l'aide en cas de signes de dangers	(97,09%)	(2,01%)	(100%)

3.4. Notification des paramètres avant la sortie.

Tableau XXXIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la maîtrise du saignement chez la mère.

Centres	Notification de la maîtrise du saignement chez la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	206(9,83%)	15(0,71%)	221(10,54%)
Boniaba	214(10,21%)	13(0,62%)	227(10,83%)
Benkadi	340(16,22%)	42(2,00%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,15%)	9(0,43%)	54(2,58%)
Asacome	427(20,37%)	9(0,43%)	436(20,80%)
Asacobag	123(5,87%)	5(0,24%)	128(6,11%)
Total	1989(94,90%)	107(5,10%)	2096(100%)

La maîtrise ou pas du saignement chez la mère a été notifiée dans 94,90% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer une antibiothérapie à la mère.

Centres	Notification d'administrer une antibiothérapie à la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	204(9,73%)	17(0,81%)	221(10,54%)
Boniaba	216(10,31%)	11(0,52%)	227(10,83%)
Benkadi	339(16,17%)	43(2,05%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,15%)	9(0,43%)	54(2,58%)
Asacome	427(20,37%)	9(0,43%)	436(20,80%)
Asacobag	123(5,87%)	5(0,24%)	128(6,11%)
Total	1988(94,85%)	108(5,15%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer une antibiothérapie à la mère a été notifiée dans 94,85% des cas.

Tableau XXXV : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer une antibiothérapie au nouveau-né.

Centres	Notification d'administrer une antibiothérapie au nné		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	204(9,73%)	17(0,81%)	221(10,54%)
Boniaba	216(10,31%)	11(0,52%)	227(10,83%)
Benkadi	339(16,17%)	43(2,05%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,15%)	9(0,43%)	54(2,58%)
Asacome	427(20,37%)	9(0,43%)	436(20,80%)
Asacobag	123(5,87%)	5(0,24%)	128(6,11%)
Total	1988(94,85%)	108(5,15%)	2096(100%)

La nécessité d'administrer une antibiothérapie au nouveau-né a été notifiée dans 94,85% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la qualité de la tétée du nouveau-né.

Centres	Notification de la qualité de la tétée du nné		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	205(9,78%)	16(0,76%)	221(10,54%)
Boniaba	213(10,16%)	14(0,67%)	227(10,83%)
Benkadi	339(16,17%)	43(2,05%)	382(18,22%)
Asacohi	633(30,20%)	15(0,72%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,15%)	9(0,43%)	54(2,58%)
Asacome	427(20,37%)	9(0,43%)	436(20,80%)
Asacobag	123(5,87%)	5(0,24%)	128(6,11%)
Total	1985(94,70%)	111(5,30%)	2096(100%)

La qualité de la tétée du nouveau-né a été notifiée dans 94,70% des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des check-lists en fonction de la notification de la disponibilité d'ARV pour le nouveau-né pendant six semaines.

Centres	Notification de la disponibilité d'ARV pour le nné pendant six semaines		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	203(9,68%)	18(0,86%)	221(10,54%)
Boniaba	203(9,68%)	24(1,15%)	227(10,83%)
Benkadi	340(16,22%)	42(2,00%)	382(18,22%)
Asacohi	634(30,25%)	14(0,67%)	648(30,92%)
Asacogo	45(2,15%)	9(0,43%)	54(2,58%)
Asacome	427(20,37%)	9(0,43%)	436(20,80%)
Asacobag	123(5,87%)	5(0,24%)	128(6,11%)
Total	1975(94,22%)	121(5,78%)	2096(100%)

La disponibilité d'ARV pour le nouveau-né pendant six semaines en cas de mère SRV+ a été notifiée dans 94,22% des cas.

Tableau XXXVIII : Répartition des check-lists en fonction de la notification des options de planification familiale.

Centres	Notification des options de planification familiale		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	110 (5,24%)	111(5, 30%)	221(10,54%)
Boniaba	117(5,58%)	110(5,25%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,22%)	105(5, 00%)	382(18,22%)
Asacohi	610(29,10%)	38(1,82%)	648(30,92%)
Asacogo	49(2,34%)	5(0,24%)	54(2,58%)
Asacome	421(20,08%)	15(0,72%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1882(81,29%)	214(18,71%)	2096(100%)

L'explication des options de planification familiale a été notifiée dans 81,29% des cas.

Tableau XXXIX : Répartition des check-lists en fonction de la notification d'administrer du fer chez la mère.

Centres	Notification d'administrer du fer chez la mère		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	110(5,24%)	111(5,30%)	221(10,54%)
Boniaba	117(5,58%)	110(5,25%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,22%)	105(5,00%)	382(18,22%)
Asacohi	610(29,10%)	38(1,82%)	648(30,92%)
Asacogo	49(2,34%)	5(0,24%)	54(2,58%)
Asacome	421(20,08%)	15(0,72%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1880(81,29%)	214(18,71%)	2096(100%)

La prescription du fer chez la mère a été notifiée dans 81,29% des cas.

Tableau XL : Répartition des check-lists en fonction de la notification du rappel du calendrier de suivi du post partum.

Centres	Notification du rappel du calendrier de suivi post partum		Total
	Oui(%)	Non(%)	
Abosac	110(5,24%)	111(5,30%)	221(10,54%)
Boniaba	117(5,58%)	110(5,25%)	227(10,83%)
Benkadi	277(13,22%)	105(5,00%)	382(18,22%)
Asacohi	610(29,10%)	38(1,82%)	648(30,92%)
Asacogo	49(2,34%)	5(0,24%)	54(2,58%)
Asacome	421(20,08%)	15(0,72%)	436(20,80%)
Asacobag	120(5,73%)	8(0,38%)	128(6,11%)
Total	1879(81,29%)	215(18,71%)	2096(100%)

Le rappel à la mère du calendrier de suivi post partum a été notifié dans 81,29% des cas.

Tableau XLI : Récapitulatif des paramètres à notifier avant la sortie.

Paramètres	Notifiés	Non notifiés	Total
Notification de la maîtrise du saignement chez la mère	(94,90%)	(5,10%)	(100%)
Notification d'administrer une antibiothérapie à la mère	(94,85%)	(5,15%)	(100%)
Notification d'administrer antibiothérapie au nouveau-né	(94,85%)	(5,15%)	(100%)
Notification de la qualité de tété du nouveau-né	(94,70%)	(5,30%)	(100%)
Notification de la disponibilité d'ARV pour le nouveau-né pendant six semaines	(94,22%)	(5,78%)	(100%)
Notification des options de planification familiale	(81,29%)	(18,71%)	(100%)
Notification de la prescription du fer chez la mère	(81,29%)	(18,71%)	(100%)
Notification du rappel du calendrier de suivi post partum	(81,29%)	(18,71%)	(100%)

Tableau XLII : Relation entre la qualité de remplissage et le niveau de qualification du prestataire.

Qualification du prestataire	Qualité de remplissage			Total
	Correctement remplie	Incorrectement remplie	Raisons de la qualité de remplissage	
Médecin	15(0,72%)	4(0,19%)	négligence Responsable de la salle d'acch	19(0,91%)
Sage-femme	1656(79,01)	335(15,98%)		1991(94,99%)
I.O	81(3,86)	5(0,24%)	Travail sous contrôle de la SF	86(4,10%)
Total	1752(83,59)	344(16,41%)		2096(100%)

Le test de Fisher=3,659

P=0,144

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Discussion méthodologique :

Nous avons effectué une étude rétrospective sur l'appréciation de la qualité de remplissage de la check-list dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako. Comme toute étude rétrospective certaines données ont manqué. Ce manquement s'explique par le fait que certaines check-lists étaient incorrectement remplies. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude sur la qualité de remplissage de la check-list ce qui nous a pas permis de faire des discussions concernant certaines parties.

2-Fréquence d'utilisation de la check-list :

Du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019 dans les CSCOM de la commune II, sur un total de 2096 accouchements, la check-list a été utilisée pour chacun de ces accouchements soit une fréquence de 100%. Notre fréquence est proche de celle de Tangara A [11] qui a trouvé 99,86% d'utilisation de check-lists en 2018 à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Ces fréquences élevées s'expliquent par le fait que l'introduction de la check-list dans les établissements de santé au Mali, a été suivie par plusieurs visites de coachings dans ces centres afin d'inciter les prestataires de santé à son utilisation régulière et à son remplissage correct. De ce fait, il est rare de nos jours de voir un accouchement sans son utilisation.

3-Niveau de qualification des prestataires :

Les sages-femmes étant les premières responsables de la gestion de la salle d'accouchement, elles ont comme devoir le remplissage des check-lists et la surveillance des femmes enceintes dès leurs admissions jusqu'à leurs sorties. C'est dans ce cadre que 94,99% des check-lists, ont été remplies par les sages-femmes, 4,1% par les infirmières obstétriciennes et 0,91% par les médecins. Dans notre étude, il n'y'avait pas une relation statistiquement significative entre la qualification des prestataires et le remplissage des check-lists. ($P=0,144$; Fisher=3,659). Notre taux est supérieur à celui trouvé par Tangara A [11] où

88% des check-lists avaient été remplies par les sages-femmes, 11% par les médecins et 4,10% par des infirmières obstétriciennes.

4- Qualité de remplissage des check-lists :

Dans notre étude 83,59% des check-lists ont été correctement remplies par les prestataires. Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la qualification des prestataires et la qualité de remplissage des check-lists. (Fisher=3,659 ; P=0,144). Sow F [12] a trouvé 79% de check-lists correctement remplies au bloc opératoire du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Tangara A [11] a noté 94,55% de check-lists bien remplies dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Fousseyni DAOU de Kayes. Ces taux quoique élevés, nous semblent faibles étant donné que l'objectif c'est 100% de check-lists correctement remplies. Le taux élevé de check-lists mal remplies malgré les différentes visites de coaching peut s'expliquer par la négligence des prestataires de santé. Les différents paramètres à notifier varient en fonction des différentes étapes :

❖ A l'admission/surveillance du travail :

La présence du carnet de CPN aide à savoir sur le lieu de la CPN, les renseignements sur la grossesse. Elle a été notifiée dans 89,79% des cas. La vérification des visites anténatales et la réalisation du taux d'hémoglobine permet au prestataire de diagnostiquer précocement s'il y'a eu une anémie au cours de la grossesse qui peut exposer la femme à des éventuelles hémorragies du post partum immédiat. Elles ont été notifiées dans 89,79% des cas. Eléments essentiels de la prévention des infections, la disponibilité des gants et des produits pour laver les mains pour chaque examen vaginal évite avec le maximum de sécurité de transmettre les germes aux nouveau-nés, à la mère et aux prestataires de santé. Elle a été consignée dans 89,79% des cas. La nécessité de commencer le partogramme et la phase du début, ont été notifiées dans 89,19% des cas. Le partogramme est un outil indispensable à la surveillance du travail d'accouchement. Sa notification permet au prestataire de suivre tous les

paramètres relatifs au déroulement du travail afin de diagnostiquer précocement toutes les anomalies et de faire une prise en charge précoce et adaptée. La nécessité d'administrer ou pas des antibiotiques à la mère a été notifiée dans 89,21% des cas. Les antibiotiques doivent être administrés à la mère dès son admission en salle d'accouchement en cas de rupture des membranes de plus de 12h, d'écoulement vaginal malodorant et de fièvre avec une température supérieure ou égale à 38°C avec un TDR de paludisme négatif. L'administration du sulfate de magnésium est indiquée en cas de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie. Elle permet de réduire la mortalité maternelle liée à cette pathologie. Sa nécessité d'administration ou pas, a été notifiée dans 88,17% des cas. La notification de la nécessité d'administrer ou pas d'ARV chez la mère a comme but la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Elle a été consignée dans 88,30% des cas. La proposition d'un test de dépistage en cas de statut HIV méconnu a été notifiée dans 88,07% des cas. Elle permet de connaître le statut sérologique de la mère afin de prévenir la transmission mère enfant du VIH. La présence d'une accompagnante a été mentionnée dans 88,83% des cas. Elle permet de rassurer la patiente. La notification des explications sur les signes de dangers qui nécessitent que la patiente demande de l'aide a été faite dans 88,88% des cas. Ces signes sont les saignements, de fortes douleurs abdominales, des maux de tête sévères ou des troubles visuels, des difficultés à uriner et l'envie de pousser. Ils permettent aux patientes d'alerter immédiatement le prestataire qui doit prendre des mesures urgentes.

❖ A dilatation complète ou avant la césarienne :

La nécessité d'administrer ou pas des antibiotiques à la mère a été consignée dans 94,94% des cas. Les indications d'antibiotiques à la mère à dilatation complète sont un travail prolongé supérieur à 12h, une rupture prématurée des membranes supérieure à 12h, un écoulement vaginal malodorant, une fièvre supérieure ou égale 38°C avec un TDR de paludisme négatif. Un antibiotique doit être administré également en cas de césarienne même si la femme n'est pas

à dilatation complète. La nécessité d'administration ou pas du sulfate de magnésium a été notifiée dans 94,94% des cas. La disponibilité des produits et matériels essentiels et à porter de mains pour l'accouchement a été notifiée dans 95,08% des cas. Il s'agit des boîtes d'accouchement, des gants, de l'ocytocine pour la GATPA, de l'eau de décontamination. La disponibilité des produits et matériels essentiels pour le nouveau-né a été notifiée dans 94,99% des cas. Il s'agit des linges, des ciseaux, de la vitamine K1, de la tétracycline 1% et du matériel nécessaire pour une réanimation éventuelle. L'identification d'un assistant a été notifiée dans 94,99% des cas. Toutes ces mesures permettent de réaliser l'accouchement dans les meilleures conditions possibles.

❖ Juste dans l'heure qui suit l'accouchement :

La notification des saignements de la mère permet au prestataire de savoir la quantité de sang perdue de l'accouchée dans le post-partum. Elle a été notifiée dans 97,13% des cas. Elle permet de prendre des mesures appropriées en cas de saignement anormal. La nécessité d'administrer des antibiotiques et du sulfate de magnésium à la mère a été notifiées dans 97,13% des cas. La notification de transférer le nouveau-né, d'administration des antibiotiques et de soins spécifiques aux nouveau-nés a été faite dans 97,04%. Les antibiotiques sont donnés au nouveau-né si la mère a reçu des antibiotiques, si le bébé a une fréquence respiratoire supérieure à 60 par minutes ou inférieure à 30 par minutes, en cas de tirage sous costal marqué, de geignements expiratoires ou de convulsions, en cas de faible réactivité à la stimulation, en cas de température inférieure à 35°C qui n'augmente pas malgré le réchauffement ou en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C. Quant aux soins spécifiques, ils doivent être administrés si le nouveau-né a un petit poids de naissance, si une réanimation est requise. La nécessité d'administrer des ARV a été consignée dans 96,99% des cas. Le contact peau à peau juste après la naissance donne un grand lien d'affection entre le nouveau-né et sa mère et évitera une hypothermie chez le nouveau-né. Il a été consigné dans 97,04% des cas. La notification des

explications sur les signes de dangers qui nécessitent que la patiente demande de l'aide a été faite dans 88,88% des cas. Ces signes sont les saignements, de fortes douleurs abdominales, des maux de tête sévères ou des troubles visuels, des difficultés à uriner et l'envie de pousser. Ils permettent aux patientes d'alerter immédiatement le prestataire qui doit prendre des mesures urgentes.

❖ **Avant la sortie :**

La maîtrise du saignement avant la sortie rassure le prestataire que l'accouchée peut rentrer sans danger. Elle a été mentionnée dans 94,90% des cas. La nécessité d'administrer des antibiotiques à la mère avant la sortie a été consignée dans 94,85% des cas. Les antibiotiques sont donnés au nouveau-né si la mère a reçu des antibiotiques, si le bébé a une fréquence respiratoire supérieure à 60 par minutes ou inférieure à 30 par minutes, en cas de tirage sous costal marqué, de geignements expiratoires ou de convulsions, en cas de faible réactivité à la stimulation, en cas de température inférieure à 35°C qui n'augmente pas malgré le réchauffement ou en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C. Sa notification a été dans 94,85% des cas. La notification de la qualité du tété du nouveau-né permet de savoir si le nouveau-né a une très bonne succion ; elle a été notifiée dans 94,70% des cas. La disponibilité d'ARV pour le nouveau-né, si mère séropositive est une situation importante à connaître pour faciliter et aider la nouvelle accouchée de faire un allaitement maternel dans la plus grande sécurité pour éviter un risque de la transmission mère enfant du VIH. Elle a été notifiée dans 94,22% des cas. La notification sur les explications des options de planification familiale à la mère aide l'accouchée à choisir une méthode pour l'espacement de ses enfants, de se promouvoir et évite la malnutrition chez le nouveau-né. Son explication a été consignée dans 81,29% des cas. La notification d'administrer du fer chez la mère pour une durée de deux mois avant la sortie a pour but de la prévention de l'anémie dans le post partum. Elle a été consignée dans 81,29% des cas. La notification du rappel à la mère du

Qualité de remplissage de la check-list obstétricale dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako

scalendrier de suivi post-partum est faite dans le but de cerner vite des situations anormales dans le post partum. Sa notification a été faite dans 81,29% des cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion :

La check-list est un document permettant aux prestataires d'offrir des soins sécurisés et de qualité avec le maximum de sécurité. Sa vulgarisation et son application correctes contribueront certainement à rehausser la qualité des services et de réduire les décès maternels et néonataux.

2. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités sanitaires :

- Intégrer la check-list dans les programmes de formation des écoles de santé.
- Vulgariser l'utilisation de la check-list pour un accouchement sécurisé.

Aux prestataires :

- Remplir correctement toutes les check-lists.
- Faire les accouchements en respectant la check-list.

REFERENCES

VII. REFERENCES :

- 1. Organisation Mondiale de la santé.** Une nouvelle liste de contrôle ciblant les principales causes de décès de mères et de nouveau-né 2015. 10
- 2. Zegraoui S.** Mortalités maternelles : causes et conséquences
- 3. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition de Mason Gynecol.Obst., Biol-Reprod.1992 : 236-240.
- 4. République du Mali :** Enquête Démographique et de santé (EDS)-VI du Mali 2018. 07-08
- 5. Haute Autorité de la santé.** Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, groupement de coopération sanitaire nommé expertise performance et systèmes information en Limoussin mars 2012. 06
- 6. Kom Mogto MJH**
Evaluation de la qualité des services aux blocs opératoires de la maternité de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine, Bamako ; 2005 n°05M56
- 7. Gueguen T.**
Déploiement de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » dans deux hôpitaux Lorrains. Performances et difficultés. Thèse de médecine ; Nancy 2011 ; n°3566
- 8. Tchalla Aballo AME**
Complications postopératoires précoces dans le service de chirurgie générale de l'hôpital GT. Thèse de médecine Bamako 2004 n° 06-M-108
- 9. Traoré A, Diakité I, Dembélé BT et al.**
Complication post opératoires en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré Bamako, Mali. Médecine d'Afrique Noire, Janvier 2011. 13
- 10. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al.**
Une sécurité chirurgicale pour réduire la morbidité et la mortalité dans une population mondiale. N Engl J Med 2009; 360: 491–9.

- 11. Tangara A.** Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'HFDK. Thèse Méd, Bamako 2018 N°18M149. 59 Pages
- 12. Sow F.** Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure de Bamako. Thèse Méd, Bamako 2013 N° 13M207. 25
- 13. Spector JM et al.** Amélioration de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale : Etude pilote prospective du programme de liste de contrôle de l'accouchement en toute sécurité, 2012 : 06-08
- 14. Stéphane SL.** Le partogramme: Principes et méthodes, 15 mars 2016. 148
- 15. Hodnett ED et al.** Un Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement la base de données. Cochrane des revues systématiques, 2007. 57
- 16. Organisation Mondiale de la santé.** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin Genève, 2007.
- 17. Singhal N et al.** Aider les bébés à respirer développement global du programme de réanimation néonatale et évaluation formative à l'évaluation réanimation, 2011. 53
- 18. OMS.** Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- 19. OMS.** Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 20. OMS.** Utilisation contraceptive hormonale combinée pendant la période post-partum, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010. 08

ANNEXES

Qualité de remplissage de la check-list obstétricale dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako

1. Oui

2. Non

Q5 : Si mère séropositive la disponibilité suffisante d'ARV pour le nouveau-né pendant six semaines a été notifiée.

1. Oui

2. Non

Q6 : L'explication des options de planification familiale à la mère a été notifiée

1. Oui

2. Non

Q7 : La prescription du fer chez la mère a été notifiée

1. Oui

2. Non

Q8 : Le rappel à la mère du calendrier de suivi post partum a été notifié

1. Oui

2. Non

V.) Données en relation avec le remplissage.

Q1 : qualité du personnel ayant rempli la check-list

a-Médecin ; **b-**Sage-femme ; **c-**Infirmière ; **d-**Matrone ; **e-**Interne

VI.) En résumé la check-list est

1 : Correctement remplie ; **2 :** Incorrectement remplie

Si incorrectement remplie les paramètres incorrectement remplis ont été

a-A l'admission ; **b-**A dilatation complète ; **c-**Juste après la naissance ; **d-**Avant la sortie.

Fiche signalétique

Nom : DABO

Prénom : Ibrahima

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2019-2020

Ville : Bamako

Titre : Evaluation de la qualité de remplissage de la check-list dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Introduction:

Partout dans le monde, la majorité des décès des mères et des nouveau-nés se produisent autour de l'accouchement principalement dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance dont il s'agit pour la plupart de décès évitables [1]. La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. En 2015 selon l'OMS sur plus de 130 millions de naissances qui ont eu lieu dans le monde près de 30300 femmes sont décédées suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement [1]. C'est pourquoi en 2012, l'OMS avec la contribution de différents organismes en santé, d'experts de la sécurité des patients a établi la liste de contrôle pour un accouchement sécurisé. Cette liste prend en compte toutes les étapes de l'accouchement de l'admission de la femme enceinte jusqu'à sa sortie de l'établissement de santé avec son nouveau-né.

Objectifs :

Etudier la qualité de remplissage de la check-list dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako.

Méthodologie :

Notre étude a été réalisée dans les maternités de tous les centres de santé communautaires de la commune II du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective descriptive et analytique allant du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019 soit une durée d'un an.

Résultats :

La check-list a été utilisée pour chacun de ces accouchements soit une fréquence de 100%. Elles étaient correctement remplies dans 83,59% des cas.

Le taux d'hémoglobine a été notifié chez 89,79% des cas.

L'antibiothérapie a été notifiée chez 89,21% des cas.

Le sulfate de magnésium a été notifié chez 88,17% des cas.

La maîtrise du saignement a été notifiée dans 97,13% des cas.

La nécessité de transférer ou pas le nouveau-né a été notifiée dans 97,04% des cas.

Les check-lists ont été remplies dans 94,99% par les sages-femmes. Il n'y avait pas une relation statistiquement significative entre la qualification des prestataires et la qualité de remplissage des check-lists. (Fischer =3,659 ; P=0,144).

Conclusion :

La check-list est un document permettant aux prestataires d'offrir des soins sécurisés et de qualité avec le maximum de sécurité. Sa vulgarisation et son application correctes contribueront certainement à rehausser la qualité des services et de réduire les décès maternels et néonataux.

Mots clés : Check-list, qualité, remplissage.

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'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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