

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DESTECHNOLOGIES DE BAMAKO**



U.S.T.T.B

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année universitaire 2017 - 2018

N°/.....

TITRE

**UTILISATION DE LA CHECK-LIST
OMS POUR UN ACCOUCHEMENT
SECURISE EN COMMUNE CVI DU
DISRICT DE BAMAKO**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 24/08/2020

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako
Par

M. Cheickna KONARE

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

JURY

Président : Professeur Adégné TOGO

Membres : Dr Amadou BOCOUM

Docteur Bintou dite Tine TRAORE

Codirecteur: Docteur Mamadou KEITA

Directeur : Professeur Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect et la reconnaissance. Aussi, c'est tout simplement que Je dédie ce travail :

A Dieu

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et m'avoir préservé de tout mal.

A lui Seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que Sa protection soit sur nous. Amen !

Au Prophète Mohamed (Paix et Salut sur lui)

Que le salut et la paix soient sur toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier. Amen !

A mes très chers parents, PAPI ET MAMAN

Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes les plus chères à mon cœur ! si mes expressions pouvaient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureux. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblé tout au long de mon existence. Que ce travail soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisse DIEU tout puissant vous procurer la santé ; bonheur et prospérité.

A mon épouse : Mariam COULIBALY

Ma chérie, depuis que nos chemins se sont croisés, nous sommes restés soudés malgré toutes les difficultés rencontrées. Auprès de toi j'ai toujours trouvé du confort, de la tendresse, de l'affection et de l'amour. C'est grâce à tes sages conseils, ton aide, ton soutien moral et matériel en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Que le tout puissant nous aide à réaliser nos projets.

A mon fils : Zanké KONARE

Vous me donnez le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent. Je serai là pour vous soutenir si DIEU le veut. Merci et longue vie à vous.

□ A mes très chers frères et sœurs : Kassé DEMBELE ; Moussa DEMBELE ; djibril KONARE ; Chanckoro DEMBELE ; Ibrahim KONARE ; Sidi KONARE ; Maladon DEMBELE ; Assan KONARE ; Néné DEMBELE ; Astan DEMBELE....

Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser vos vœux. Ce Travail est le vôtre.

Que la grâce du tout Puissant nous accompagne.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements vont à l'endroit de :

A tous mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée :

Merci pour la qualité de votre formation.

Aux Professeurs de la FMOS : Merci pour la qualité de l'encadrement.

*La faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali, plus qu'une Faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté. *

A mes chers Maîtres : Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou, Dr HAIDARA Dramane, Dr DIASSANA Mama et Dr DIASSANA Boubacar.

Hommes de science, de principe, de rigueur et surtout de dignité, chers Maîtres vous avez transmis votre connaissance avec honnêteté. Soyez assurés de notre profonde gratitude.

A mes aînés : Dr Diakité Noumory ; Dr SANOGO Sékou ; Dr KAMATE Gnounoussa ; Dr SANOGO Moulaye, Dr TOGORA Moussa ; Dr TRAORE Mohamed, Dr DIABY Abdramane, Dr SAMAKE Bakary...

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mon équipe de garde du CSRéf CVI

Dr SANOGO Djouma KEITA, Koné Yacouba, DIARRA Mohamed, BERTHE Fodé Kaba, DOUMBIA Brehima, TRAORE Bablé, MAIGA Soufiana et tous les étudiants qui nous ont accompagnés pour la garde.

Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde gratitude. Vous avez été là pour moi à n'importe quel moment et cela je n'oublierai jamais. Merci pour vos soutiens sans failles.

Au personnel du CSRéf CVI du district de Bamako et plus particulièrement aux internes en gynéco-obstétrique, aux anesthésistes, sages-femmes, externes et élèves sages-femmes.

Je garde de vous un heureux souvenir vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et chaleur humaine au service des stagiaires.

Merci

Aux manœuvres du service, nous vous disons grand merci pour votre disponibilité.

Aux personnels des autres services, nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Grand merci.

Mes camarades de promotion et particulièrement ceux du centre de santé de référence de la commune IV : Dr DICKO Oumar, Dr SOUMAORO Seydou, Dr SYLLA Mohammed, Dr CAMARA Mahamadou ,Dr KONE N'tchi, KOUBA Mamadou, DIARRA Salif, DIAKITE Bakary, DAFPE Abdoulaye, COULIBALY Ousmane ,DIALLO Alidji, ARAMA Allaye, GUINDO A Karim, DIALLO Mamadou, DIALLO Mariam, TRAORE Macoura, COULIBALY Djénéba, KONARE Assétou

Merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble.

Mes cadets du service courage et bonne chance

A tous les personnels de l'ANIASCO ainsi que les stagiaires, grand merci à vous.

A mes oncles et tonton :

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

A mes tantes du côté paternel ainsi que maternel :

Recevez ici ma profonde gratitude.

A mes cousines et cousins :

Votre courtoisie ne m'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout cœur.

Mes neveux et Nièces : que ce travail vous serve d'exemple et de modèle, je

Vous aime.

A mes beaux-frères, et à mes belles sœurs :

Trouvez ici toute ma reconnaissance, que la paix et l'entente règnent toujours entre nous

□ A mes amis(es) et collègues : Dramane SIDIBE ; Mamadou CAMARA ; Ichiaka DJIBO ; Drissa DAGNON, A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous dédie ce travail ce travail en témoignage e ma reconnaissance et de mon respect. Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés. A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer

Je garde de vous un heureux souvenir que DIEU vous aide dans vos projets.

□ Thierno M. DIALLO

Que DIEU vous accorde une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

□ A l'Etat malien

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu pour la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Adegné TOGO

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS ;**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chef adjoint du département de chirurgie et spécialité chirurgicale à la FMOS ;**
- **Spécialiste en cancérologie digestive ;**
- **Membre du Concil du West Africain College of Surgeon ;**
- **Membre de la Société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA);**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Homme de science, pédagogue hors norme nous retenons de vous un maitre modeste rigoureux, au contact facile et souriant.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté

Veillez recevoir cher maitre, le témoignage de notre infinie reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Amadou BOCOUM

- **Maitre-assistant en gynécologie et d'obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France ;**
- **Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie gynécologique et obstétrique en France ;**
- **Membre de la SOMAGO et de la SAGO**

Cher maitre,

Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos immenses connaissances théoriques et de votre grande expérience pratique au cours de notre formation.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Bintou dite Tine TRAORE

- **Gynécologue-obstétricienne (Université de Rabat au Maroc)**
- **Titulaire d'un Master en santé publique à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers en Belgique ;**
- **Titulaire d'un Diplôme échographie au CHU d'Angoulême en France ;**
- **Chargée programme santé de la mère et l'enfant à la Sous-direction générale de la santé et de l'hygiène publique.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de notre grande admiration et de l'estime que nous vous portons.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Mamadou KEITA

- **Gynécologue-Obstétricien au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako (CSRéf CVI) ;**
- **Praticien au CSRéf CVI ;**
- **Président de l'Ordre des Médecins au CSRéf de la CVI.**

Cher maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait vous avez tout mis en œuvre pour la réussite de ce travail

C'est le lieu pour nous de vous témoigner notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de « Méthodes et pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Titulaire d'un certificat de « cancer and prevention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)**
- **Vice-président de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique(SAGO),**
- **Membre de l'AFOG (African Federation of Obstetrics and Gynecology) ;**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- **Enseignant-chercheur.**

Cher maitre,

Nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous acceptant et de nous confier ce travail

Plus qu'un maitre vous avez été pour nous un père à travers vos conseil vos immenses qualités scientifiques et votre rigueur dans le travail font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Que Dieu le tout puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AMPR : Activation Métaphorique des Processus Régénératifs

ARV : Antirétroviral

ATB : Antibiotique

BCG : (vaccin) Bilié de Calmette et Guérin

BDCF : Bruits Du Cœur Foetal

BPN : Bilan Prénatal

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CIFF: Children's Investment Fund Foundation

CD4: Cluster de differentiation 4

CHU : Centre hospitalier universitaire

CL : Check-List

Cm : Centimètre

CPN : Consultation Prénatale

CUD : Contractions Utérines Douloureuses

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CVI : Commune VI

EDS-M : Enquête Démographique et de Santé Mali

EAQ : Equipe d'Amélioration de la Qualité

G : Gramme

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement

Hb : Hémoglobine

HFDK : Hôpital Fousseyni N'Daou de Kayes

HU : Hauteur Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

IEC : Information, Education, Communication

IO : Infirmière Obstétricienne

MgSo4 : Sulfate de magnésium

mm hg : Millimètre de mercure

ml : millilitre

NNé : Nouveau-Né

OIDA : Occipito-iliaque droite antérieure

OIDP : Occipito-iliaque droite postérieure

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieure

OIGP : Occipito-iliaque gauche antérieure

OMS : organisation mondiale de la santé

OP : Occipito-Pubienne

OS : Occipito -sacré

OR : Odds Ratio

P : Probabilité

PF : Planification Familiale

PEV : Programme Elargi des Vaccinations

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SENN : Soin Essentiel du Nouveau-Né

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence

TA : Tension Artérielle

TAR : Traitement antirétroviral

VAT : Vaccin Antitétanique

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

< : Inférieur

> : supérieur

≤ : inférieur ou égal

≥ : supérieur ou égal

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSCom et leurs distances par rapport au CSRéf.....	42
Tableau II : Ressources humaines	44
Tableau III : Ressources humaines	45
Tableau IV: Répartition des parturientes selon la réalisation du taux d'hémoglobine à l'admission	51
Tableau V: Répartition des parturientes venues avec leur carnet de santé à l'admission.....	51
Tableau VI: Répartition des parturientes selon de la réalisation de la proteinurie à l'admission	52
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la vérification et la notification des besoins d'évacuation/référence	52
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon l'ouverture du partographe....	53
Tableau IX: Répartition des parturientes selon le moment de remplissage du partographe et la check-List à la maternité	53
Tableau X: Répartition des parturientes selon le besoin de l'ATB et l'administration effective	54
Tableau XI: Répartition des parturientes selon le besoin en MgSO ₄	54
Tableau XII: Répartition des parturientes selon le besoin en médicaments antihypertenseurs	55
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon le résultat du test VIH réalisé	55
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'état du saignement juste après la naissance	56
Tableau XV: Répartition des nouveau- nés selon le poids de naissance.....	56
Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute et à la 5 ^é minute.....	57

Tableau XVII: Répartition des nouveau-nés selon leurs références à la pédiatrie	57
Tableau XVIII: Répartition des nouveaux nés selon le besoin d'antirétroviraux juste après la naissance.....	59
Tableau XIX: répartition des parturientes selon le respect des bonnes pratiques d'allaitement	60
Tableau XX: Répartition des parturientes selon la maitrise du saignement avant la sortie	60
Tableau XXI: Répartition des parturientes selon le besoin de l'ATB et l'administration effective avant la sortie.....	61
Tableau XXII: Répartition des Nouveau-nés selon leur état à la sortie	61
Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés qui ont tété	62
Tableau XXIV: Répartition en fonction de la qualité de remplissage de la CL .	62

Liste des figures

Figure 1: Signe de FARABEUF, signe de DEMELIN figure (1,2).....	38
Figure 2 : Répartition des nouveau-nés en fonction des complications néonatale	
58	
Figure 3: Répartition des mères en fonction des complications	59
Figure 4: Répartition des accouchées en fonction de la durée de la surveillance du postpartum	63
Figure 5: Répartition selon la qualification de l'agent de remplissage de la CL	64

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

L'accouchement est un processus complexe et il est essentiel de penser à fournir tout ce qui est nécessaire pour garantir que la mère et le nouveau-né reçoivent les soins les plus sûrs possible. Les listes de contrôle sont des outils utiles pour organiser des processus aussi complexes et importants ; on les utilise depuis longtemps pour inciter les utilisateurs à se rappeler les tâches essentielles pour dispenser des soins plus sûrs et de meilleure qualité dans divers contextes [1,2].

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique.

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 dont les principales causes sont les hémorragies sévères (pour l'essentiel après l'accouchement) ; les infections (habituellement après l'accouchement) ; l'HTA durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie) ; les dystocies et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. La majorité de ces décès ont eu liés dans des environnements limités en ressources et la plupart aurait pu être évité [1].

Une prise en charge et un traitement rapide de ces complications par des professionnels de santé compétents peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant. En effet, On estime qu'en absence de traitement, le décès va survenir en moyenne. i) Deux heures suite à l'hémorragie du post-partum, ii) Douze heures suite à l'hémorragie ante-partum iii) Six jours suite à l'infection [3]. L'injection d'ocytocine immédiatement, après l'accouchement, réduit de manière efficace cet important risque d'hémorragie. Le risque d'infection peut être prévenu par la pratique d'une bonne hygiène sinon par un traitement dans les meilleurs délais devant les premiers signes d'infection déclarés. La pré-éclampsie doit être repérée et prise en charge avant la survenue de l'éclampsie par l'administration du sulfate de magnésium.

En 2017, selon l'OMS, en France, le taux de mortalité maternelle est de 8 à 10 pour 100000 naissances vivantes [4].

Au Burkina Faso selon EDS-IV 2010, le taux de mortalité maternelle est de 341 pour 100000 NV [5].

Au Mali selon EDS-VI, le taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100000 naissances vivantes et le taux mortalité néonatale est de 33 pour 1000 (N V) [6].

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

Compte tenu de ces éléments de fait, l'Organisation mondiale de la Santé avec la contribution d'infirmières, de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres, de médecins généralistes, d'experts de la sécurité des patients et des patientes du monde entier a établi la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Cette liste a pour but d'aider les agents de santé à dispenser des soins de grande qualité lors des accouchements en établissement de santé, depuis le moment où la mère arrive dans l'établissement jusqu'à celui où elle le quitte avec son nouveau-né [7]. Il s'agit de la check-list de l'OMS pour la sécurité de l'accouchement (Annexe n°1), à l'instar de la check-list au bloc opératoire déjà instaurée par l'OMS en 2008.

La première étude clinique de la check-list au bloc opératoire a été réalisée au CHU Gabriel TOURE de Bamako par SOW F [8] et c'est ainsi qu'elle a trouvé une complétion de la CL dans 81% des cas et une compliance selon le remplissage en des 3 temps de la CL était moyenne 81% cas soit : Sign in : 90%, Time out : 95%, Sign out : 83%.

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

En 2015 la check-list a été introduite dans quelques maternités au Mali. Cet outil a été introduit à la maternité de l'HFDK en Mai 2015,

Après son utilisation à la maternité de HFDK, il y a eu un impact sur la réduction de la mortalité maternelle avec 13 cas de décès sur 4346 parturientes et néonatale avec 43 cas de décès sur 4227 nouveau-nés.

Fort de ce constat cet outil utile, utilisable et utilisée a été introduit dans le district de Bamako en 2016 à la maternité de Sogoniko. Trois (3) ans après l'utilisation de la check-list dans les maternités de la commune CVI nous avons voulu faire cette étude pour évaluer son impact sur la santé de la mère de l'enfant. Ce qui nous a permis de se fixer comme Objectifs :

OBJECTIFS

II - OBJECTIFS :

1- Objectif général

- Étudier l'utilisation de la check-list OMS dans les maternités de la commune CVI

2- Objectifs spécifiques

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

GENERALITES

III- GENERALITES

1. CHECK-LIST

1.1. Définition :

Une check-list ou liste de contrôle comme un outil qui permet de se rappeler et vérifier méthodiquement les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. C'est un aide-mémoire pour réaliser les tâches [9].

1.2. Historique

Les check-lists sont utilisées depuis de nombreuses années dans l'aéronautique et dans l'industrie (notamment pharmaceutique), l'utilisation des CL très systématiques dans l'aviation a fait la preuve de son efficacité avec une diminution de 50% des événements indésirables [10 ,11].

Etant donné ses similitudes avec ces différents domaines (profession à haut risque impliquant un travail d'équipe dans des conditions de stress, conséquences lourdes liées aux erreurs) le domaine médical s'est récemment intéressé à cet outil pour sécuriser certaines procédures [9].

La liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a été élaborée comme un outil visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes qui mettent un enfant au monde. La liste de contrôle est une liste organisée des pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques ; elle cible les principales causes des décès maternels, des mortinaissances per-partum et des décès néonataux qui surviennent dans les établissements de santé dans le monde. Chaque élément de la liste de contrôle correspond à une action cruciale dont l'omission peut entraîner de graves dommages pour la mère et/ou le nouveau-né.

L'accouchement est un processus complexe nécessitant de nombreuses actions, parfois difficiles, parfois compliquées, qui garantissent que la mère et son enfant nouveau-né reçoivent les soins les plus sûrs possible. La plupart des personnes éprouvent des difficultés rien qu'à se rappeler toutes les informations pertinentes

; dans la pratique, il est plus difficile encore de réaliser toutes les actions correctement et dans le bon ordre. Or, dans des lieux tels que les restaurants, les sites de construction, les avions ou les hôpitaux, les professionnels utilisent avec succès des listes de contrôle afin d'organiser et d'ordonner d'importants volumes d'informations complexes, de penser à accomplir des tâches cruciales et, en définitive, d'effectuer leur travail avec une efficacité, une efficience et une sécurité accrues [7].

La liste de contrôle est une liste de pratiques scientifiquement fondées, organisées en quatre étapes. Reposant sur les lignes directrices de l'OMS, les éléments de la liste aident à prévenir les principales causes de décès maternels, de mortinaissances per-partum et de décès néonataux dans le monde (ces causes comprennent entre autres l'hémorragie, l'infection, la dystocie, l'hypertension et les complications de la prématurité). Chaque tâche figurant dans la liste de contrôle est une action cruciale dont l'omission peut entraîner de graves dommages pour la mère et/ou le nouveau-né.

L'Organisation mondiale de la Santé a expérimenté la liste de contrôle sur une grande échelle. L'édition pilote de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement a fait l'objet d'évaluations sur le terrain dans neuf pays, lesquels ont fourni des informations détaillées en retour. L'OMS a utilisé ces informations pour réviser la liste de contrôle, qui a ensuite été expérimentée sur le terrain dans l'État du Karnataka (Inde). Il est apparu que le recours systématique aux pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques est passé d'une moyenne de 10 pratiques sur 29 avant l'introduction de la liste de contrôle à une moyenne de 25 sur 29 après son introduction. À la suite de cette étude pilote au Karnataka, un vaste essai de contrôle aléatoire a été mis au point pour suivre 116 000 naissances dans l'Uttar Pradesh, État indien le plus peuplé. Cet essai le programme Better Birth se poursuit et déterminera l'effet de l'introduction réussie de la liste de contrôle sur les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés. Les résultats

préliminaires issus des cinq premiers établissements participant au programme Better Birth sont prometteurs. Avant l'introduction de la liste, ces établissements ne mettaient en œuvre que cinq des 17 pratiques en matière d'accouchement évaluées dans l'essai. Or, après que Better Birth a introduit la liste de contrôle en utilisant les nombreux outils et stratégies présentés ici, les accoucheurs de ces établissements ont systématiquement mis en œuvre 16 des pratiques recommandées en matière d'accouchement. Au Rajasthan (Inde), Jhpiego, avec l'appui de la Children's Investment Fund Foundation (CIFF) et en partenariat avec le Gouvernement du Rajasthan, a employé la liste de contrôle dans 101 établissements publics. Les premiers résultats du programme de Jhpiego ont mis en évidence une amélioration de la qualité des soins dans les établissements du secteur public et les États de l'Andhra Pradesh et du Gujarat ont déjà introduit la liste de contrôle dans plusieurs établissements de santé publique. Parallèlement aux efforts engagés pour expérimenter la liste de contrôle, l'OMS, en partenariat avec Ariadne Labs, a créé la Collaboration pour l'utilisation de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (la Collaboration) afin d'étudier les circonstances influant sur l'utilisation de la liste de contrôle dans le monde. De novembre 2012 à mars 2015, trente-quatre groupes ont inscrit des projets avec la Collaboration, couvrant 29 pays et 234 sites. Ces groupes se sont penchés sur de nombreuses questions pour déterminer pourquoi et comment certains établissements ont utilisé la liste de contrôle sans difficulté, avec succès et de manière systématique, alors que cela n'a pas été le cas pour d'autres. Afin de rassembler et de noter les enseignements tirés par ces 34 groupes, il a été mené une enquête exhaustive sur l'introduction et l'utilisation de la liste de contrôle. Les résultats de cette enquête ont permis de comprendre bien mieux comment rendre la liste de contrôle plus efficace en améliorant les soins pour les mères et les nouveau-nés dans divers environnements à travers le monde. La liste OMS pour la sécurité de l'accouchement aide les agents de santé à garantir que les pratiques essentielles en matière d'accouchement sont mises en

œuvre aux moments critiques de chaque accouchement. L'accouchement est caractérisé à la fois par des événements habituels et par des événements inattendus, des complications pour la mère et/ou le nouveau-né pouvant survenir de façon imprévisible. Certes, il n'est pas possible d'énumérer dans une seule liste toutes les pratiques requises à chaque naissance, mais la liste de contrôle comprend néanmoins un ensemble de pratiques de base dont il est prouvé qu'elles limitent les dommages pour la mère et le nouveau-né.

-Au MALI

En 2015 le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali en partenariat avec le projet USAID/ASSIST et en collaboration avec l'OMS a accepté l'utilisation de la Liste de Contrôle pour un accouchement sécurisé (check-list). En prélude de la mise en œuvre sur le terrain une série d'activités a été menée en phase préparatoire parmi lesquelles la formation de 117 prestataires sur la check-List dans les districts sanitaires de Kéniéba (24 sites) et Kita (17 sites) en mai 2015 considérés comme des districts de démonstration, puis dans les autres districts des Régions de Kayes et de Sikasso en 2016.

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

1.3. Intérêt

-Pourquoi utiliser la check-list ?

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

-Quand utiliser la check-list ?

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

-Comment utiliser la check-list ?

✓ Lorsque le prestataire est seul :

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

✓ Lorsqu'il s'agit de deux prestataires :

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

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

1.4. Description

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

1.4.1 ÉTAPE 1 À L'ADMISSION

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

a) LA MÈRE A-T-ELLE BESOIN D'ÊTRE TRANSFÉRÉE ?

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

L'agent de santé devrait communiquer la raison du transfert à la mère (et à l'accompagnant), ainsi qu'aux agents de santé de l'établissement vers lequel elle est transférée. Il 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.

b) 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 [12].

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) [13,14]. 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 le rythme cardiaque de la mère, la fréquence des contractions et le rythme cardiaque du fœtus. Toutes les deux heures, il importe de noter la température de la mère et toutes les quatre heures, sa tension artérielle. Si la mère n'est pas en travail actif au moment de l'admission, il faut joindre un

partogramme à sa fiche ou à son dossier médical et le commencer quand la dilation du col atteint quatre centimètres.

c) 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, en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures [13,14].

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

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

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

plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de pré éclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique) [13]. Si la tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus, utilisez un traitement antihypertenseur (conformément au protocole local) pour abaisser et maintenir la tension artérielle juste en dessous de 150/100 mm Hg.

Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier [11,14].

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

e) 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 [13,14].

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

f) ENCOURAGER L'ACCOMPAGNANT À ÊTRE PRÉSENT À LA NAISSANCE

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

Il ressort des données disponibles que les accompagnants à la naissance peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé. Leur présence augmente la probabilité que la mère ait un accouchement spontané par voie basse, plutôt qu'une césarienne ou un accouchement par ventouse ou par forceps [13].

En outre, il est apparu que les mères accompagnées avaient besoin de moins d'analgésiques, étaient davantage satisfaites de leur expérience de l'accouchement et avaient des phases de travail légèrement plus courtes. Les nourrissons peuvent aussi bénéficier de cet accompagnement. Les études ont montré que les nouveau-nés ont de meilleurs résultats au test d'Apgar cinq minutes après la naissance et que le lien postnatal avec la mère est plus fort quand des accompagnants sont présents à la naissance [13, 14, 17,18].

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

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

Les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment pendant l'accouchement. En général, plus tard les complications sont décelées et traitées,

plus 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 que possible.

Les signes de danger sont des symptômes et des signes cliniques qui indiquent qu'une complication est peut-être en train d'apparaître ou qu'elle est déjà présente. Les agents de santé sont souvent en mesure de reconnaître les signes de danger directement. Mais parfois, ils s'occupent d'autres accouchements ou sont distraits pour une autre raison au moment de l'apparition d'un signe de danger chez une mère ou un nourrisson. Dans une telle situation, il est important que la mère (et l'accompagnant à la naissance) 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 un agent de santé immédiatement au cas où l'un d'eux apparaîtrait. Les agents de santé sont encouragés à communiquer leur nom à la mère et à l'accompagnant, car ces derniers se sentiront en général plus à l'aise pour leur demander de l'aide.

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

1.4.2 ÉTAPE 2 JUSTE AVANT LA PHASE D'EXPULSION (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 pouvant survenir pendant le travail et de se préparer aux événements habituels et aux situations de crise qui peuvent se produire après la naissance.

a) LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est indiqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme en phase de travail 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 début de la phase d'expulsion et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si la mère a une température de 38°C ou plus, en cas de pertes vaginales malodorantes, ou si la rupture des membranes est survenue il y a plus de 18 heures [13,14].

Il convient également d'administrer des antibiotiques si la mère va accoucher par césarienne [15].

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

Comme il est expliqué plus haut, la pré-éclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Le traitement prophylactique des mères souffrant de pré-éclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir les complications liées à l'hypertension pour la mère (en particulier, les crises ou convulsions éclamptiques et l'accident vasculaire cérébral) et pour l'enfant. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur au début de la phase d'expulsion et, le cas échéant, le sulfate de magnésium devrait être administré immédiatement et la tension artérielle abaissée avec des antihypertenseurs. Le sulfate de magnésium devrait être administré si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus,

et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de Pré éclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique) [13, 16].

La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum. Si la tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus, utilisez des antihypertenseurs (conformément au protocole local) pour abaisser et maintenir la tension artérielle juste en dessous de 150/100 mm Hg. Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.

c) CONFIRMER LA PRÉSENCE DE MATÉRIELS ET FOURNITURES ESSENTIELS AUPRES DE SON LIT ET 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.

Les situations de crise peuvent évoluer rapidement, la mère et l'enfant étant alors particulièrement susceptibles de connaître des complications et même de mourir. En général, les agents de santé n'ont pas assez de temps pour se préparer quand la situation de crise est là ; ils doivent donc se préparer en amont aux situations de crises potentielles et aux soins courants à chaque naissance, pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant.

Les agents de santé doivent être préparés de deux façons au moment de la naissance. Ils doivent notamment prévoir des matériels et fournitures essentiels et se préparer à prendre des mesures cruciales. Les matériels et fournitures essentiels doivent toujours être propres, opérationnelles et prêtes à être utilisées avant l'accouchement. Les mesures doivent être prises immédiatement, faute de quoi les complications peuvent se présenter rapidement.

Les agents de santé doivent donc se rappeler les mesures essentielles avant la naissance, de façon à les mettre en œuvre rapidement au moment de la naissance et dans les premières minutes qui suivent la naissance.

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

L'utilisation de gants, de savon et d'eau propre, de serviettes à usage unique et d'une solution hydro-alcoolique pour les mains vise à garantir de bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains pendant l'accouchement pour prévenir l'infection chez la mère et chez le nouveau-né. L'ocytocine est utilisée pour favoriser la contraction de l'utérus afin de prévenir les saignements post-partum. Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient aussi revoir les mesures concernant les soins à prodiguer à la mère immédiatement après la naissance. Ces mesures essentielles contribueront à garantir l'expulsion sans danger du placenta et à prévenir les saignements post-partum. Il est important de s'assurer qu'il n'y a plus d'autres enfants à naître avant de démarrer la première mesure qui est d'administrer à la mère 10 unités internationales d'ocytocine par voie intramusculaire, dans la minute qui suit l'accouchement.

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

Cette technique favorise la contraction de l'utérus et contribue à prévenir les saignements.

Enfin, l'agent de santé devrait palper l'utérus pour s'assurer qu'il reste contracté.

Pour l'enfant : Au début de la phase d'expulsion (ou avant la césarienne), les agents de santé devraient confirmer que l'on trouvera au chevet, prêtes à être utilisées au moment de la naissance, les matériels et fournitures essentiels suivants pour l'enfant ; serviettes propres, fil ou pince pour cordon ombilical, lame stérile pour couper le cordon ombilical, dispositif d'aspiration et ballon-masque.

L'utilisation d'une serviette propre pour sécher le nouveau-né immédiatement après la naissance aide à conserver la chaleur de celui-ci ; en s'évaporant, le liquide amniotique et vaginal présent sur sa peau peut être à l'origine d'un refroidissement susceptible d'être dangereux [13, 19].

Sécher le nourrisson le stimule également et l'incite à crier ou à respirer.

L'utilisation d'une lame stérile pour couper le cordon contribue à prévenir l'infection chez le nouveau-né (les lames non stériles risquent de transmettre une infection au nouveau-né) [13, 19].

Il convient de placer un lien ou une pince autour du cordon avant de le couper afin de prévenir les saignements [13,19]. Selon les données disponibles, le meilleur moment pour clamber et couper le cordon se situe entre une et trois minutes après la naissance [20]. 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 l'enfant ne crie pas ou ne respire pas immédiatement à la naissance. L'utilisation d'un ballon-masque sera importante si le nouveau-né a besoin d'être réanimé pour commencer à crier ou à respirer [20].

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

doit commencer à crier ou à respirer à l'âge d'une minute environ pour être hors de danger [20]. Si le nouveau-né ne crie pas ou ne respire pas spontanément dans la minute qui suit la naissance, les agents de santé doivent fournir une assistance rapidement.

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

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 [13, 19, 20,21].

d) ASSISTANT DÉSIGNÉ ET PRÊT À AIDER À LA NAISSANCE EN CAS DE BESOIN

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

perfusions intraveineuses, administrer des médicaments, organiser des transferts et appeler des renforts.

Au début de la phase d'expulsion, les agents de santé devraient désigner un assistant qui est informé du fait que la naissance va bientôt avoir lieu, qui restera à proximité, et qui sera prêt à aider à la naissance si nécessaire. L'assistant peut être un autre agent de santé ou, dans les situations où l'on manque de personnel, l'accompagnant à la naissance ou un autre non-professionnel (dans ce cas, l'assistant ne sera pas censé réaliser des tâches médicales, telles que poser des perfusions intraveineuses ou administrer des médicaments, mais il peut aider à rassembler les matériels et fournitures, appeler des renforts et effectuer d'autres tâches simples mais importantes) [13, 16].

1.4.3 ÉTAPE 3 PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (DANS L'HEURE QUI SUIV)

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

a) LA MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?

Les saignements anormaux post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée dès que possible. Les saignements post-partum peuvent être dus à plusieurs troubles, y compris une atonie utérine, une rétention du placenta ou de fragments placentaires, une déchirure vaginale ou une rupture utérine. Les saignements anormaux sont définis comme une perte de sang de 500 ml ou plus, ou comme toute perte de sang entraînant une détérioration de la santé de la mère, en particulier si celle-ci est anémique (si une mère souffre d'une anémie grave, le seuil pour la prise de mesures peut être bien inférieur à 500 ml) [22, 23].

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait évaluer si la mère a des saignements anormaux peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et, le cas échéant, prendre les mesures suivantes : masser l'utérus, envisager d'augmenter la dose d'utéro tonique par exemple, l'ocytocine administrée, poser une perfusion intraveineuse et administrer des solutions intraveineuses, garder la mère au chaud, et traiter la cause spécifique des saignements anormaux [16, 18, 20,21,24].

Il est également important de mesurer le pouls de la mère ; un pouls plus rapide est un signe avant-coureur de choc hypovolémique, dans la mesure où la fréquence du pouls augmente avant que les autres signes de choc ne soient manifestes [13].

b) LA MÈRE DOIT-ELLE COMMENCER À PRENDRE DES ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est expliqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. Si une femme en période post-partum a une infection, ou présente des facteurs de risque d'infection, un traitement antibiotique aidera à prévenir les complications liées à l'infection [7]. Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans un délai d'une heure) et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. Des antibiotiques devraient être donnés si le placenta a été retiré manuellement, si la mère a souffert d'une déchirure périnéale de troisième ou de quatrième degré, ou si sa température est de 38°C ou plus et qu'elle a des frissons ou des pertes Vaginales malodorantes [13, 14, 18,23,25].

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

Comme il est expliqué plus haut, la pré éclampsie est une forme grave d'hypertension pendant la grossesse. Le traitement prophylactique des mères

souffrant de pré éclampsie avec du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs aide à prévenir les complications liées à l'hypertension (en particulier, les crises ou convulsions éclamptiques). L'hypertension lors de la grossesse peut demeurer un problème après la naissance de l'enfant ; un tiers des crises éclamptiques se produisent après l'accouchement. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur peu de temps après la naissance (dans un délai d'une heure) et, le cas échéant, le sulfate de magnésium devrait être administré immédiatement. Le sulfate de magnésium devrait être administré si la mère a une tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, et une protéinurie de 3+, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 mm Hg ou plus, avec une protéinurie de 2+ et des signes de pré éclampsie (céphalées sévères, troubles visuels ou douleur épigastrique) [13,16]. La tension artérielle élevée devrait être confirmée par une seconde mesure au minimum. Si la tension artérielle systolique est supérieure à 160 mm Hg, administrez des médicaments antihypertenseurs pour abaisser et maintenir la tension artérielle diastolique juste en dessous de 150/100 mm Hg. Le traitement anticonvulsivant au sulfate de magnésium devrait se poursuivre pendant 24 heures après l'accouchement ou 24 heures après la dernière convulsion, en fonction de ce qui s'est produit en dernier.

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

Les nouveau-nés présentant des complications peuvent avoir besoin d'être transférés vers un autre établissement pour garantir qu'ils reçoivent des soins sûrs [13, 19, 22,24]. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant doit être transféré vers un autre établissement en examinant les critères de transfert de l'établissement. S'il y a lieu, l'agent de santé doit prendre des mesures immédiates pour organiser le transfert en toute sécurité. L'agent de santé devrait communiquer la raison de l'orientation à la mère et aux agents de santé de l'établissement vers lequel l'enfant est transféré. Il peut être utile

d'afficher une liste des critères de transfert dans la zone postnatale ; elle servira de référence pour les agents de santé et les aidera à repérer rapidement les nouveau-nés qui devraient être transférés.

e) L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ANTIBIOTIQUES ?

Comme il est expliqué plus haut, les antibiotiques préviennent et traitent les infections bactériennes. 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 [15]. Les nouveau-nés sont particulièrement sensibles aux infections parce que leur système immunitaire est relativement fragile. Il faut traiter de toute urgence les nouveau-nés ayant une infection ou des facteurs de risque d'infection. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement. L'enfant aura besoin d'antibiotiques si des antibiotiques ont été administrés à la mère, ou s'il présente l'un des signes ou symptômes suivants : fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température $<35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ [13, 18, 26].

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

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

organiser immédiatement ces soins ou ce suivi. Il convient de donner des soins particuliers ou un suivi si l'enfant est né plus d'un mois trop tôt, pèse à la naissance <2,5 kg, a besoin d'antibiotiques, ou a dû être réanimé pour crier ou respirer à la naissance [13, 20, 24, 27,28].

g) COMMENCER L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE CONTACT PEAU À PEAU (SI LA MÈRE ET L'ENFANT SE PORTE BIEN)

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

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) d'alerter un agent de santé immédiatement si la mère présente pendant la période 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 [13, 19, 20, 24,26]. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) de prévenir un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, il a anormalement froid, il cesse de bien s'alimenter, il a une activité réduite, ou son corps devient entièrement jaune [13, 19, 20,26].

h) CONFIRMER QUE LA MÈRE / L'ACCOMPAGNANT APPELLERA À L'AIDE EN CAS DE SIGNES DE DANGER

Comme il est expliqué plus haut, les complications sont imprévisibles et peuvent survenir à tout moment au cours du processus de l'accouchement. C'est vrai pour les mères comme pour les nouveau-nés. Il est possible de donner des

informations aux mères et leurs accompagnants à la naissance pour qu'ils sachent reconnaître les signes de danger et puissent alerter un agent de santé immédiatement au cas où un signe de danger apparaîtrait. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) d'alerter un agent de santé immédiatement si la mère présente pendant la période 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 [13, 19, 20, 24,26].

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait également dire à la mère (et à l'accompagnant) peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) de prévenir un agent de santé immédiatement s'il apparaît pendant la période postnatale l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, il a anormalement froid, il cesse de bien s'alimenter, il a une activité réduite, ou son corps devient entièrement jaune [13, 19, 20,24 ,26].

1.4.4 ÉTAPE 4 : AVANT LA SORTIE

Il est important d'examiner la mère et l'enfant 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.

a) CONFIRMER LE SÉJOUR DANS L'ÉTABLISSEMENT PENDANT 24 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

La moitié des décès maternels et 40% des décès néonataux surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Par conséquent, l'OMS recommande de garder la mère et son nouveau-né en observation dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures avant la sortie [31, 32,33].

b) 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 post-partum. La septicémie puerpérale est une cause majeure d'infection maternelle après l'accouchement. D'autres infections potentielles sont la mastite et ou l'infection de la plaie après une césarienne ; ces troubles peuvent ne pas être présents au moment de la sortie, mais il devrait être demandé aux femmes de se présenter à l'établissement si ces problèmes surviennent après la sortie. Il est important de demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoin d'antibiotiques avant la sortie et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement et reporter la sortie. Les antibiotiques devraient être administrés et la sortie reportée si la mère a une température de 38°C ou plus et des frissons ou des pertes vaginales malodorantes [13, 15, 18,23].

c) LA TENSION ARTÉRIELLE DE LA MÈRE EST- ELLE NORMALE ?

Avant la sortie de la mère, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait contrôler la tension artérielle et le pouls pour s'assurer que la tension artérielle est normale, étant donné que la pré éclampsie peut survenir après l'accouchement et qu'un tiers des convulsions éclamptiques apparaissent pendant la période post-partum. En outre, si la mère a eu une hémorragie post-partum, il est important de savoir que sa tension artérielle et son pouls sont normaux. Pour de plus amples informations, consultez les Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum [22].

d) LA MÈRE SAIGNE-T-ELLE ANORMALEMENT ?

Comme il est expliqué plus haut, les saignements anormaux post-partum sont une complication importante qui doit être décelée et traitée rapidement. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si les saignements de la mère sont maîtrisés avant la sortie et si le pouls est normal. Il est possible de le

déterminer en examinant la mère et en l'interrogeant sur sa perte de sang. L'agent de santé devrait examiner l'abdomen de la mère pour être sûr que l'utérus est contracté et contrôler la perte de sang provenant du vagin [17].

Il devrait également rechercher d'autres signes ou symptômes, tels que l'essoufflement, le sentiment de fatigue ou le fait d'être trop faible pour sortir du lit. [13] 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.

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

Les antibiotiques sont nécessaires pour traiter les infections qui apparaissent chez le nouveau-né pendant la période postnatale. La septicémie bactérienne est une cause majeure de décès chez les nouveau-nés [30].

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si l'enfant a besoin d'antibiotiques avant la sortie et, le cas échéant, administrer les antibiotiques immédiatement, reporter la sortie et dispenser des soins particuliers ou un suivi.

L'enfant a besoin d'antibiotiques s'il présente l'un des symptômes suivants ; fréquence respiratoire >60 par minute ou <30 par minute ; tirage, geignement expiratoire ou convulsions ; mouvements limités en réponse à une stimulation ; ou température $<35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$; il ne s'alimente plus bien ; ou rougeur de l'ombilic s'étendant à la peau ou écoulement de pus [13, 19,26].

f) L'ENFANT S'ALIMENTE-T-IL BIEN ?

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'allaitement maternel est convenablement mis en place avant que la mère et l'enfant quittent l'établissement où la naissance a eu lieu. Au cas où l'allaitement maternel ne serait pas possible, l'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer que l'enfant est bien nourri au biberon. On voit qu'un nouveau-né s'alimente bien

s'il s'alimente de façon active toutes les 1 à 3 heures et qu'il urine ou va à la Selle fréquemment [13, 20, 24,26].

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

g) ÉTUDIER LES OPTIONS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET LES PROPOSER À LA MÈRE

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

Les dispositifs intra-utérins peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement ou après six semaines post-partum. Il est préférable d'insérer un dispositif intra-utérin dans les dix minutes qui suivent l'expulsion du placenta, mais cela peut aussi être fait dans un délai de 48 heures post-partum avec de faibles niveaux d'expulsion [34].

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

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

moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables. Au-delà de quatre semaines post-partum, il n'y a pas de restriction à son utilisation [35].

Les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'œstrogène devraient en général être évités pendant les 21 premiers jours post-partum. En outre, les mères qui allaitent ou qui ont d'autres facteurs de risque de thrombose veineuse ne devraient pas les utiliser pendant les 21 premiers jours post-partum [36].

Entre le 21^e et le 42^e jour post-partum, les contraceptifs hormonaux combinés peuvent généralement être utilisés, bien que pour certaines mères ayant d'autres facteurs de risque de thrombose, ces méthodes ne devraient pas être utilisées, sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles. Les mères allaitantes ne devraient en général pas utiliser de contraceptifs hormonaux combinés à moins de six mois post-partum [36].

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

Avant que la mère ne quitte l'établissement, les utilisateurs de la liste de contrôle devraient également saisir l'occasion d'aborder la question de l'espacement optimal des naissances.

Après une naissance vivante, il est recommandé, avant de tenter une nouvelle grossesse, d'attendre au moins 24 mois afin de réduire le risque d'issues défavorables pendant la période périnatale, pour la mère et pour le nouveau-né [13,19,37].

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

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

Il faudrait que les mères et les accompagnants à la naissance soient informés à reconnaître eux-mêmes les signes de danger pour lesquels des soins devraient être dispensés par du personnel qualifié après la sortie. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît chez la mère l'un des signes de danger suivants ; saignements, douleurs abdominales sévères, céphalées sévères ou troubles visuels, difficultés à respirer, fièvre ou frissons, difficultés à vider la vessie ou douleurs épigastrique [13, 19, 20, 24,26].

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait dire à la mère (et à l'accompagnant) avant la sortie d'alerter un agent de santé immédiatement s'il apparaît l'un des signes de danger suivants concernant l'enfant ; le nouveau-né respire vite ou avec difficulté, il a de la fièvre, sa peau est anormalement froide, il cesse de bien s'alimenter, son activité est réduite, ou son corps devient entièrement jaune [19, 20, 24,26].

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

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

i) VIH ET ANTIRÉTROVIRAUX

Étape 1 : La mère dit-elle commencer à prendre des antirétroviraux ?

Les mères qui ont eu un résultat positif au test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peuvent tomber très malades, et le VIH peut être transmis des mères séropositives à leurs enfants. Si une femme enceinte est porteuse du VIH, un traitement antirétroviral (TAR) à vie aidera à prévenir les complications liées à l'infection pour elle, pour le fœtus et pour le nouveau-né. Il réduira aussi le risque de transmission à l'enfant. Donner des antirétroviraux à

titre prophylactique aux mères pouvant bénéficier d'un TAR aide à prévenir la transmission du virus aux nouveau-nés. L'utilisateur de la liste de contrôle devrait confirmer si la mère a besoins d'antirétroviraux (TAR ou prophylaxie) au moment de l'admission et, le cas échéant, administrer les antirétroviraux immédiatement.

Depuis 2013, l'OMS recommande l'option B et l'option B+ comme protocoles de traitement du VIH chaque pays décide quel protocole adopter en fonction de sa situation en termes d'épidémie, de priorités et d'incidences sur les coûts. S'il apparaît qu'une femme enceinte est séropositive pour le VIH et peut bénéficier d'un TAR, les médicaments antirétroviraux devraient être donnés en fonction du protocole national.

D'après le protocole thérapeutique B, les mères séropositives pour le VIH devraient suivre une trithérapie antirétrovirale tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le protocole de traitement du VIH correspondant à l'option B+ implique une trithérapie antirétrovirale à vie pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement puis par la suite, indépendamment de la numération des CD4 ou du stade clinique.

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

Les mères séropositives pour le VIH qui ont besoin d'un TAR devraient poursuivre le traitement tout au long du travail, de l'accouchement et de l'allaitement puis par la suite. Il faudrait commencer le traitement dès que possible après confirmation du statut sérologique pour le VIH et fournir des conseils et des explications appropriées.

Si le statut de la mère par rapport au VIH n'est pas connu au moment de l'admission, un test de dépistage devrait être obtenu immédiatement si possible, conformément aux pratiques recommandées au niveau local. Le statut sérologique pour le VIH devrait être consigné dans le dossier médical de chaque

mère. Il est important que d'autres agents de santé prodiguant des soins à la mère et à l'enfant soient informés du statut de la mère par rapport au VIH de façon à pouvoir garantir une prise en charge appropriée de la mère et de l'enfant après la naissance.

Étape 3 : L'enfant va-t-il besoin d'antirétroviraux ?

Les mères séropositives pour le VIH sont susceptibles de transmettre à leurs enfants l'infection à VIH. Administrer une prophylaxie antirétrovirale aux nouveau-nés immédiatement après la naissance et tout au long de la période d'allaitement peut aider à diminuer le risque de transmission du VIH [37 38].

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

Étape 4 : Si la mère est séropositive pour le VIH, la mère et l'enfant bénéficient d'antirétroviraux pendant six semaines.

L'utilisateur de la liste de contrôle devrait avoir confirmé à cette étape si la mère est séropositive pour le VIH et si un TAR ou une prophylaxie antirétrovirale sont indiqués d'après les Lignes directrices locales. Si la mère est séropositive pour le VIH, il faudrait lui fournir, pour elle et son enfant, six semaines d'antirétroviraux et organiser un suivi pour une prise en charge continue de l'infection à VIH [36, 37].

k) PALUDISME

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

peuvent avoir des conséquences pour le nouveau-né ; par exemple, le traitement à la quinine peut causer de l'hypoglycémie [39].

1) PRISE EN CHARGE DES NAISSANCES PRÉMATURÉES

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

La prise en charge des naissances prématurées par l'administration de corticostéroïdes pendant la période prénatale pour la maturation pulmonaire est recommandée pour l'âge gestationnel compris entre 24 et 34 semaines, pour les mères ayant une rupture prématurée des membranes en pré travail, pour les mères souffrant d'hypertension et de diabète, et pour les grossesses avec un retard de croissance fœtale. Toutefois, avant que l'on décide de donner des corticostéroïdes pendant la période prénatale, certains critères devraient être remplis, par exemple, une évaluation précise de l'âge gestationnel, une naissance imminente, le fait qu'une infection maternelle a été exclue et que l'établissement de santé peut offrir à la mère et à son enfant un niveau convenable de soins de prise en charge de la prématurité [40].

2. Mécanisme et physiologie de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ces annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).

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

Il comporte 3 temps :

2.1. L'engagement

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

Facile chez mammifère engagement devient ici plus problématique et suppose une accommodation de la présentation. Celle-ci nécessite toujours une flexion et une orientation adéquates, le plus souvent un degré d'asynclitisme et parfois un véritable modelage du crâne, incluant une déformation plastique temporaire de la calotte et un chevauchement des os du crâne, de la saillie du promontoire.

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

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

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

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

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

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

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

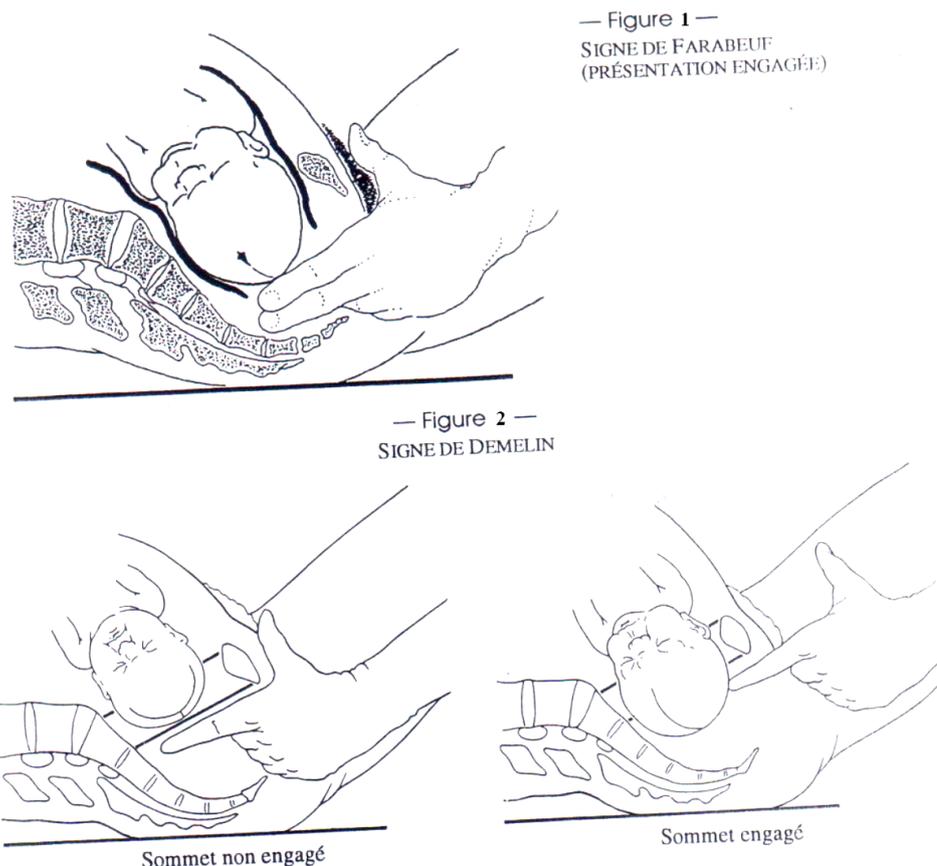


Figure 1: Signe de FARABEU, signe de DEMELIN figure (1,2).

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

2.2. Descente et rotation dans l'excavation :

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

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

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

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

2.3. Expulsion :

Une fois le détroit moyen franchi, le seul obstacle reste le périnée dont la composante essentielle est le noyau fibreux central sur lequel vient prendre appui le releveur. Pendant les contractions la tête bute contre le mur périnéal accentue sa flexion. Les petites lèvres s'écartent, le périnée postérieur s'étend, l'anus s'entrouvre. Le dégagement débute lentement, le front balaie progressivement les périnéés. Dont l'ampliation est maximale, la déflexion s'accélère, la tête monte vers l'accoucheur, les bosses pariétales, le front puis la face achève leur dégagement. L'engagement des épaules est contemporain du dégagement de la tête. Le diamètre bi acromial (12 cm réductible 9,5 cm par tassement) emprunte le diamètre oblique du bassin. Après que la tête se soit dégagée et qu'elle ait effectué son mouvement de restitution, la mise en tension du sterno-cléido-mastoïdien antérieur attire l'épaule antérieure qui vient se fixer sous la symphyse.

Le dégagement se fait alors par rotation du bi-acromial autour de la symphyse faisant apparaitre l'épaule postérieure à la fourchette. Le dégagement de l'épaule antérieure puis du tronc et des membres inférieurs lui fait suite rapidement et ne soulève aucune difficulté.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre et lieux d'étude

L'étude a été réalisée dans les onze (11) maternités des centres de santé communautaire de la commune CVI du district de Bamako.

1.2. Le Centre de Santé de Référence de la Commune CVI.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

a) Condition sanitaire :

La commune VI compte quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de de références, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 radiothérapeutes et 32 officines.

b) Ressources humaines :

Au niveau des différents CSCOM il y a les différences catégories de personnel à savoir :

Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;

Les conventionnaires de l'INPS ;

Les contractuels de l'ASACO ;

b) Couvertures géographiques

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSCom et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom/CSRéf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnanbougou	3
ASCONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Sénou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFABA	Aout 1994	Faladiè	4
ASACOFYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji-Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15 km)

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji-Djanéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans toutes les CSComs.

a) Les infrastructures des différents CSCom :

Le service se compose de :

- La maternité composée de :
 - La salle d'accouchements qui contient deux (2) tables d'accouchements
 - Une salle d'observation des accouchées ;
 - Une salle de garde pour sages- femmes ;
 - Trois (2) salles de consultations prénatales ;
 - Une salle de consultations planning familial ;
 - trois toilettes.
- Bureau des entrées,
 - Une salle d'injections et salle de pansements,
 - ❖ Deux salles de consultations pour les médecins généralistes,
 - ❖ L'unité de vaccinations (PEV),
 - ❖ Une pharmacie et un magasin,
 - ❖ Un laboratoire ;
- Une pharmacie.

Une unité pour la prise en charge des malnutris (URENI)

- Une salle de réunion,
 - **Le centre comprend également :**
- Une maison pour le gardien ;

b) les ressources humaines :

Tableau II : Ressources humaines

Nom Aire	Médecin généraliste	infirmier (Ière) d'Etat	Sages- femmes	Infirmières obstétriciennes	Gérant pharmacie
ASACOMA	2	3	8	3	1
ASCONIA	2	6	6	1	1
ANIASCO	2	3	7	6	1
ASACOBABA	2	7	10	5	1
ASACOSE	2	6	6	8	1
ASACOSO	1	2	6	6	1
ASACOFA	2	2	8	4	1
ASACROYIR	5	6	12	2	3
ASACOSODIA	2	3	6	2	1
ASACOMIS	2	2	6	3	1
ASACOCY	2	4	8	4	1

Tableau III : Ressources humaines

Nom Aire	biochimiste	Comptables	Aides- soignants	Matrone	Personnel d'appui
ASACOMA	1	1	3	1	3
ASACONIA	1	1	2	0	2
ANIASCO	1	1	2	1	3
ASACOBABA	1	1	2	1	4
ASACOSE	1	1	3	1	2
ASACOSO	1	1	2	1	3
ASACOFABA	1	1	2	1	3
ASACOFYR	2	2	0	0	6
ASACOSODIA	1	1	0	1	3
ASACOMIS	1	1	0	0	2
ASACOCY	1	1	3	1	2

c) L'organisation et fonctionnement du service :

Au plan technique :

- Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours,
- Les dépistages du cancer du col de l'utérus sont réalisés tous les jours,
- Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables,
- Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi,
- Les consultations de médecine générale sont réalisées tous les jours ouvrables,

1.3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle de données longitudinales, prospective et descriptive.

1.4. Période d'étude

L'étude s'est étendue du 1^{er} Octobre 2018 au 31 Décembre 2018 soit 3mois.

1.5. Population d'étude

Il s'agissait des parturientes admises dans les onze maternités des centres santé communautaire de la commune CVI du district de Bamako pendant la période d'étude.

1.6. Echantillonnage

1.6.1. Critères d'inclusion

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

1.6.2. Critères de non inclusion

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

1.7. Collecte des données

a) Instruments de collecte

La présente étude fait partie de la recherche empirique, reposant essentiellement sur des données qualitatives.

- **L'observation directe** : qui consiste à observer les professionnels de santé pendant leur travail pour voir quand et comment ils utilisent la liste. Une grille d'observation (Annexe 6) permet le contrôle du respect des pratiques pendant l'accouchement. Notre grille d'observation reproduit tous les éléments figurants sur la liste, tout en s'arrêtant à chacun de ces éléments et voir si la pratique lui correspondant a été faite ou non. La sage-femme pouvait par exemple cocher sur la liste que la tension artérielle est normale ; sur la grille d'observation, on doit préciser si la TA a été oui ou non mesurée et quelle était sa valeur. La grille a été utilisée à titre individuel pour chaque parturiente, mais nous a servi de base référentielle pour voir les pratiques qui se font ou pas lors de chaque étape du circuit obstétrical (Annexe n°3).

- **La check-list remplie**, était à la fois un matériel de collecte et une source de données qui ont été extraites et soumises à interprétation.

b) Source des données

La documentation (guide de mise en œuvre+++), l'analyse des listes remplies de la CL, le partogramme ; la check-list OMS modifiée pour le Mali mars 2015 ; les fiches opérationnelles et le registre des références.

1.8. Déroulement de l'enquête :

Observation du prestataire à la tâche pour voir si les éléments de la check-list ont été correctement notifiés et cochés

1.9. Variables :

1.9.1 Le premier à l'admission (L'existence d'un carnet, la vérification des visites prénatales et du taux de l'hémoglobine ; l'utilisation d'un partographe, le besoin d'utilisation d'un antibiotique, le besoin d'utilisation du MgSO₄ et médicaments antihypertenseurs, le besoin d'utilisation des antirétroviraux, la

présence d'une accompagnante à l'accouchement (choisi par la mère), le besoin de demander l'aide devant les signes spécifiés sur la Check-list)

1.9.2 Juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne !):le besoin d'utilisation d'un antibiotique ; le besoin d'utilisation du MgSO₄ ; la disponibilité des produits et matériels essentiels pour la mère sont à portée de main et prêts pour l'accouchement ; l'utilisation de 10 unités l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement ; la disponibilité des produits et matériels essentiels pour le bébé sont à portée de main et prêts pour l'accouchement ; les soins essentiels au nouveau-né ont été administrés selon les normes ; le nouveau-né a été réanimé selon les instructions de la Check-list (si besoin de réanimation) ; l'identification d'un autre assistant prêt à assister l'accouchement en cas de besoin.

1.9.3 peu de temps après la naissance (dans les heures qui suivent)(la vérification d'un saignement anormal chez la mère ; le besoin d'utilisation d'un antibiotique chez la mère ; le besoin d'utilisation du MgSO₄ ; le besoin d'un transfert du bébé ; le besoin d'utilisation d'un antibiotique chez le bébé ; si traitement antibiotique chez le bébé; le besoin de soins spécifiques chez le bébé; le besoin d'utilisation des antirétroviraux chez le bébé ; le contact peau-à-peau et allaitement immédiat (si la Mère et le Bébé sont en bonne santé) ; la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut demander de l'aide si des signes de danger se présentent)

1.9.4 Avant la sortie la présence ou l'absence d'un saignement est vérifiée ; le besoin de commencer un traitement antibiotique chez la mère ; le besoin de commencer un traitement antibiotique chez le bébé ; le bébé tète bien ou pas Le ravitaillement en ARV pour 6 semaines pour la mère et le bébé (si mère VIH+) ; le counseling PF ; la prescription du fer pour une durée de 2 mois avant la sortie ; le rappel du calendrier de suivi postnatal

1.10. Plan d'analyse et traitement des données :

Pour analyser les données quantitatives et mesurer le degré d'utilisation de la check-list, nous nous sommes basés sur le nombre des femmes admises pour accouchement et sur le nombre de listes remplies au cours de la période d'étude. Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO, version 7.2.2.6, du CDC d'Atlanta et de l'OMS. La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2007 et EXCEL pour les tableaux et graphiques. Le test du Khi 2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $P \leq 0,05$.

RESULTATS

V- RESULTATS

Pour notre étude, nous avons collecté 142 listes au total dans les aires de santé (la maternité des centres de santé communautaires).

1. Evaluation du renseignement des procédures d'admission des parturientes conformément à la check-List

Tableau IV: Répartition des parturientes selon la réalisation du taux d'hémoglobine à l'admission

Taux d'hémoglobine réalisé à l'admission	Effectif	Pourcentage
Oui	44	30,99
Non	98	69,01
Total	142	100

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez **30,99** % des parturientes à l'admission.

Tableau V: Répartition des parturientes venues avec leur carnet de santé à l'admission

Carnet de santé	Effectif	Pourcentage
Oui	128	90,14
Non	14	9,86
Total	142	100

Neuf virgule quatre-vingt-six pour cent des parturientes à l'admission n'avaient pas leur carnet de santé.

**Tableau VI: Répartition des parturientes selon de la réalisation de la
proteinurie à l'admission**

Proteinurie réalisé à l'admission	Effectif	Pourcentage
Oui	44	30,99
Non	98	69,01
Total	142	100

La proteinurie a été réalisée à l'admission chez seulement **30,99%** des parturientes.

**Tableau VII: Répartition des parturientes selon la vérification et la
notification des besoins d'évacuation/référence**

Vérification et Notification des besoins d'évacuation / Référence	Effectif	Pourcentage
Oui	05	3,52
Non	137	96,48
Total	142	100

Trois virgule cinquante-deux pour cent des parturientes nécessitent une référence après vérification des critères de référence évacuation du partogramme.

2. Evaluations du renseignement des procédures de surveillance du travail d'accouchement conformément à la check-List

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon l'ouverture du partographe

Ouverture du partographe	Effectif	Pourcentage
Oui	100	70,42
Non	42	29,57
Total	142	100

Le partographe a été ouvert dans **70,42%**.

Tableau IX: Répartition des parturientes selon le moment de remplissage du partographe et la check-List à la maternité

Début de remplissage du partographe et la CL	Effectifs	Pourcentage
Dès l'admission	69	48,3
En cours	31	22,3
Enfin de l'accouchement	42	29,4
Total	142	100

Le partogramme et la check-list avait été rempli dans 22,3% des cas en cours de la surveillance du travail d'accouchement.

Tableau X: Répartition des parturientes selon le besoin de l'ATB et l'administration effective

Antibiotique reçu	Besoin en ATB		Total
	Oui	Non	
Reçu	1	0	1
Non reçu	5	136	14
Total	6	136	142

L'antibiothérapie a été effectuée chez **1** sur **6** parturientes qui avaient un besoin d'antibiotique.

Tableau XI: Répartition des parturientes selon le besoin en MgSO4

Besoin du MgSO4	Effectif	Pourcentage
Oui	10	7
Non	132	93
Total	142	100

Sept pour cent des parturientes ont eu le besoin d'utilisation du MgSO4 et qui n'en n'ont pas reçu.

Tableau XII: Répartition des parturientes selon le besoin en médicaments antihypertenseurs

Besoin en médicaments antihypertenseurs	Effectif	Pourcentage
Oui	10	7
Non	132	93
Total	142	100

Sept pour cent des parturientes ont eu le besoin d'utilisation en médicaments antihypertenseurs et qui en n'ont reçu.

Tableau XIII: Répartition des parturientes selon le résultat du test VIH réalisé

Résultat au test VIH réalisé	Effectif	Pourcentage
Positif	01	4
Négatif	27	96
Total	28	100

Le résultat était positif chez 4% des parturientes qui ont acceptés et elles ont reçu le traitement ARV.

**3. Evaluation du renseignement des procédures juste après la naissance
(dans l'heure qui suit) conformément à la check-list**

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'état du saignement juste après la naissance

Etat du saignement juste après la naissance	Effectif	Pourcentage
Normal	138	97,18
Anormal	4	2,82
Total	142	100

Deux Virgule quatre-vingt-deux pour cent des parturientes ont fait de saignement anormal juste après la naissance.

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

Poids	Effectif	Pourcentage
<2500 g	16	11,27
[2500g-4000g]	126	88,73
Total	142	100

Les nouveau-nés avec un poids de naissance <2500g ont représentés 11,27%.

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Effectif	%	Effectif	Pourcentage
< 7	3	2,11	1	0,70
[7-10]	139	97,89	141	99,30
Total	142	100	142	100

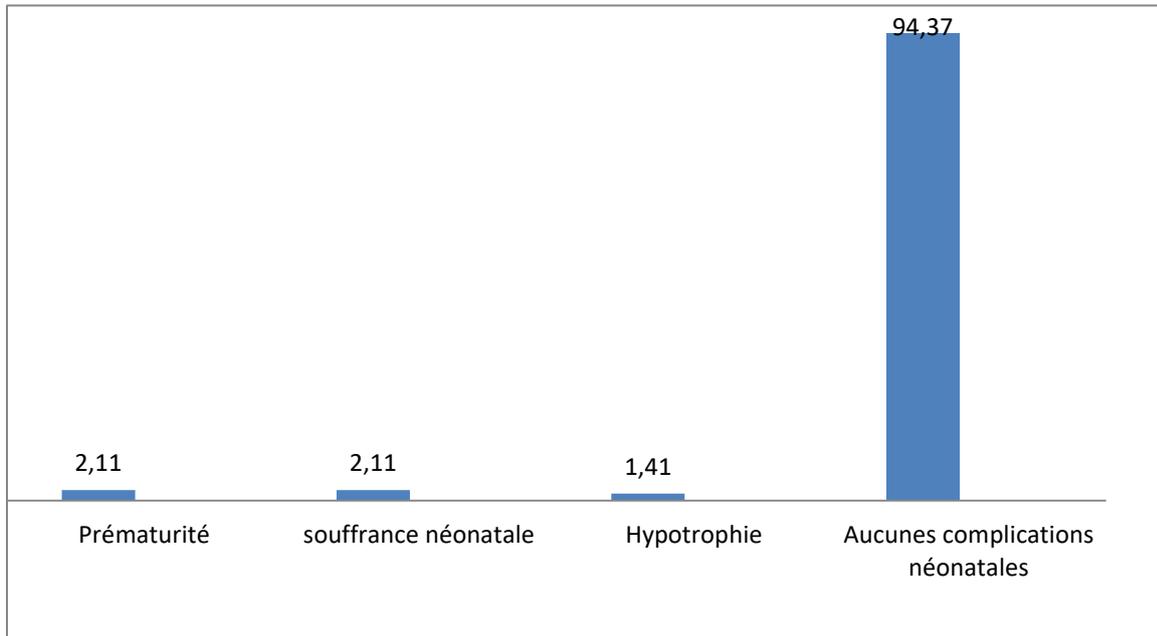
Les nouveau-nés qui avaient un bon Apgar à la 5^{ème} ont représenté 99,30% des cas, alors qu'ils représentaient 97,89% à la 1^{ère} minute.

Tableau XVII: Répartition des nouveau-nés selon leurs références à la pédiatrie

Nouveau-né référée à la pédiatrie	Effectif	Pourcentage
Oui	8	5,63
Non	134	94,37
Total	142	100

Les nouveau-nés référés à la pédiatrie ont représenté **5,63%**, après vérification des critères de référence du partogramme.

4. Complications maternelles et néonatales



La prématurité était le motif de référence le plus fréquent.

Figure 2 : Répartition des nouveau-nés en fonction des complications néonatale

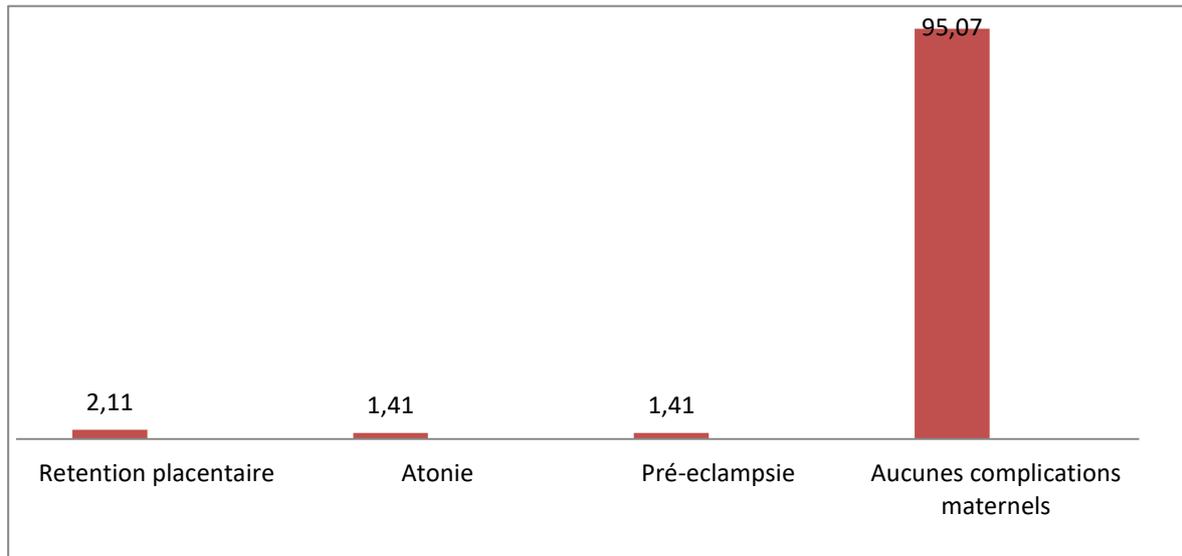


Figure 3: Répartition des mères en fonction des complications
La rétention placentaire était la complication la plus fréquente

Tableau XVIII: Répartition des nouveaux nés selon le besoin d'antirétroviraux juste après la naissance

Besoin d'antirétroviraux juste après la naissance	Effectif	Pourcentage
Oui	01	0.70
Non	141	99.30
Total	142	100

Seulement 0,70% des nouveau nés avaient eu besoin d'antirétroviraux juste après la naissance.

Tableau XIX: répartition des parturientes selon le respect des bonnes pratiques d'allaitement

Respect bonne pratique d'allaitement maternel	Effectif	Pourcentage
Oui	132	92,96
Non	10	7,04
Total	142	100

Seulement **7,04%** des mères n'ont pas respecté les bonnes pratiques de l'allaitement.

5. Evaluation des procédures avant la sortie conformément à la check-List

Tableau XX: Répartition des parturientes selon la maitrise du saignement avant la sortie

Maitrise du saignement	Effectif	Pourcentage
Oui	136	95,77
Non	6	4,23
Total	142	100

Le saignement chez les mères n'a pas été maitrisé dans **4,23%** des cas.

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon le besoin de l'ATB et l'administration effective avant la sortie

Antibiotique reçu	Besoin en ATB		Total
	Oui	Non	
Reçu	1	0	1
Non reçu	5	136	14
Total	6	136	142

L'antibiothérapie a été effectuée chez **1** sur **6** femmes.

Tableau XXII: Répartition des Nouveau-nés selon leur état à la sortie

Etat du Nouveau-né à la sortie	Effectif	Pourcentage
Vivant	141	99,30
Décédé	1	0,70
Total	142	100

Seulement 1 sur 142 nouveau nés est décédé soit **0,70%**.

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés qui ont tété

Nouveau-né tête bien	Effectif	Pourcentage
Oui	128	90,14
Non	14	9,86
Total	142	100

Seulement **9,14%** des nouveau nés n'ont pas bien tété ; pour cause la primiparité.

Tableau XXIV: Répartition en fonction de la qualité de remplissage de la CL

Qualité de remplissage de la CL	Effectif	Pourcentage
Correcte	137	96,48
Incorrecte	5	3,52
Total	142	100

La check-list était tenue correctement dans **96,15%** des cas.

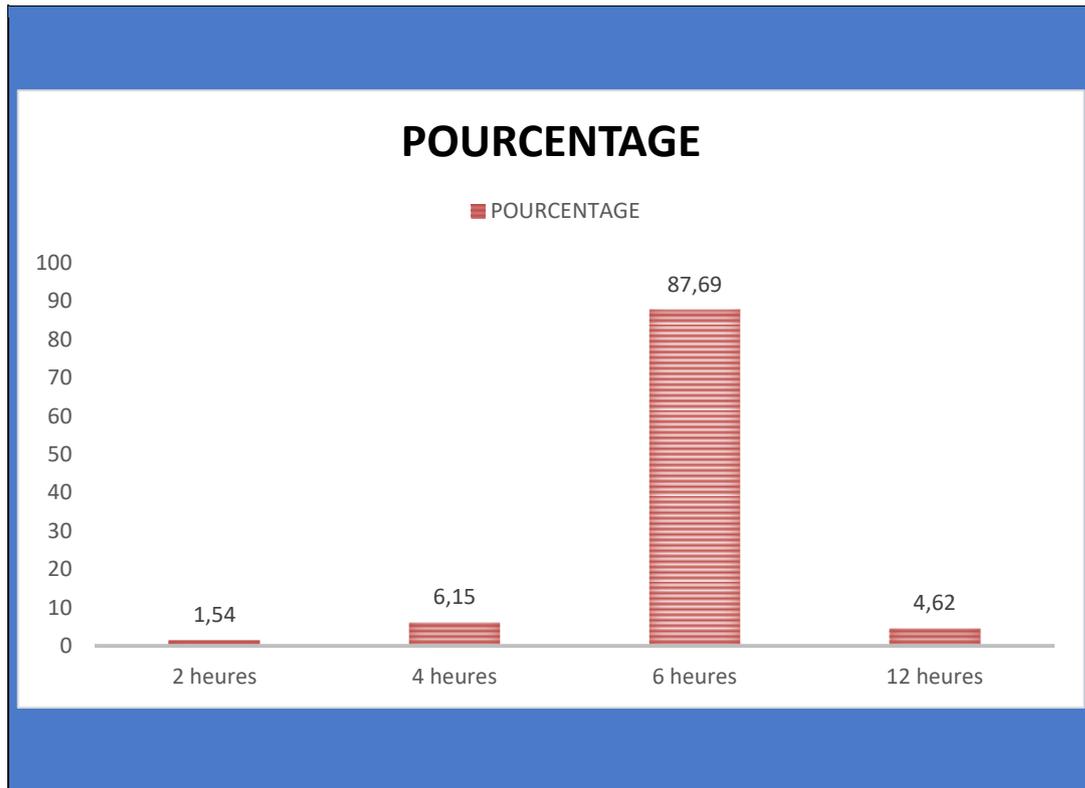


Figure 4: Répartition des accouchées en fonction de la durée de la surveillance du postpartum

Dans notre série , **84,51%** des accouchées avaient été surveillées pendant 6 heures dans le post partum.

7. Qualification de l'agent

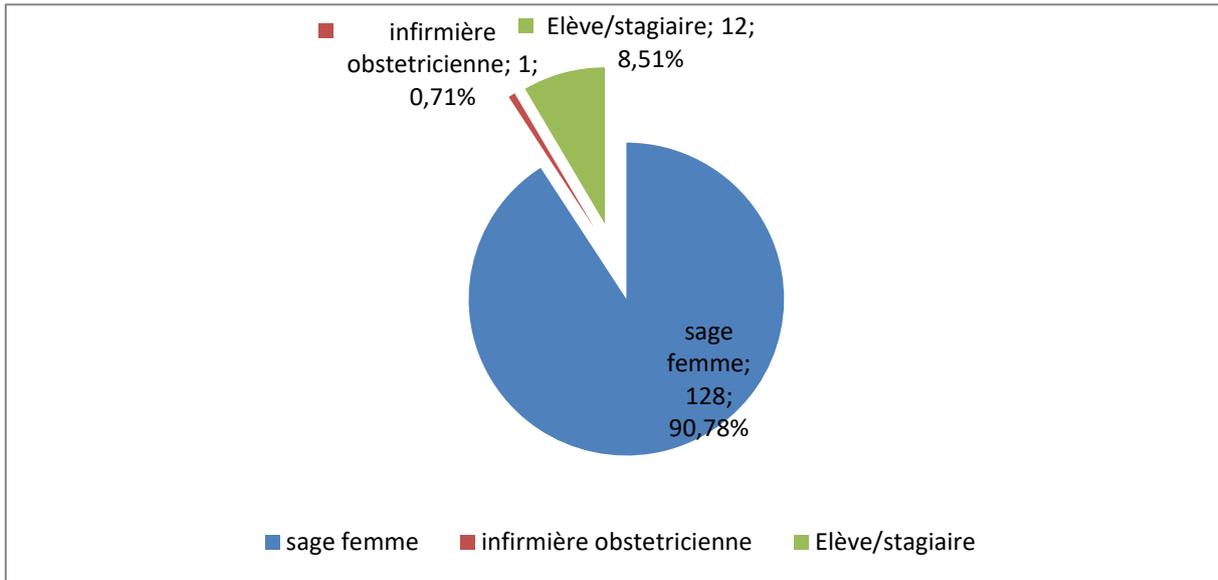


Figure 5: Répartition selon la qualification de l'agent de remplissage de la CL
Les sages-femmes étaient les plus représentées avec 99,78%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude observationnelle de données longitudinales, prospective et descriptive qui nous a permis de mieux suivre son bon déroulement. Au cours de l'étude nous avons observé un changement de comportement de bon nombre des praticiens dans le sens d'une amélioration grâce à la CL (vérification systématique du patient et de son carnet CPN, une meilleure communication au sein de la salle d'accouchement). Cependant nous avons rencontré quelques difficultés : Du fait qu'il s'agissait d'une étude observationnelle de données longitudinales, prospective nécessitant un changement, une modification des habitudes du personnel. Nous avons dû faire face à une réticence venant d'une grande partie du personnel. Ils percevaient la check-list comme une perte de temps inutile, une charge supplémentaire à celle qui leur semblait déjà lourde. Pour certains cette réticence était motivée par une insuffisance agent de santé qualifié et matériels ne répondant pas toujours aux normes requises condition devant précéder une telle innovation à leur avis. Les insuffisances évoquées se résumaient à :

Nombre insuffisant de tables d'accouchement et des lits pour la surveillance en post partum.

Insuffisance et ruptures fréquentes du partographe et la CL.

L'organisation était telle que la majorité du personnel se plaignaient d'un volume de travail assez élevé par rapport à une insuffisance de personnel

Pour faire face à cette surcharge de travail les différentes équipes faisaient recours à des stagiaires (étudiants en médecine, infirmière obstétricienne, élèves infirmiers, matrones) entraînant une variabilité et une instabilité dans l'équipe ; souvent une inadéquation entre la compétence des intervenants et les tâches à effectuées. Autre insuffisance soulignée par notre méthodologie a été la difficulté de comparer les taux de complications avant et après l'introduction de

la CL. Ce qui nous permettait de voir l'impact direct de cet outil sur la prise en charge des femmes enceintes et des accouchées.

Ce manuel est destiné aux prestataires de santé pour leur permettre de comprendre les normes, les notions et les principes essentiels du processus d'amélioration de la qualité appliqué à la liste de vérification pour un accouchement sécurisé incluant la GATPA/SENN, la pré éclampsie-éclampsie et la réanimation du nouveau-né.

- IEC/ CCC à l'utilisation de la liste de contrôle pour un accouchement sécurisé ;
- Appliquer les procédures de prise en charge de la parturiente à l'admission et pendant le travail d'accouchement ;
- Appliquer les procédures de soins immédiat à donner à la mère et au nouveau-né au cours de l'accouchement ;
- Appliquer les procédures de soins à donner à la mère et au nouveau-né dans l'heure qui suit la naissance ;
- Appliquer les procédures de soins à donner à la mère et au nouveau-né avant la sortie du centre de santé.

2. Utilisation de la check-list OMS

Au cours de la période de notre étude, nous avons enregistré 142 parturientes sur un total de 2310 admission soit une fréquence de 6,14 %. La check-list a été utilisée chez 142 parturientes soit 100 % des cas. Ce taux est similaire à celui trouvé par TANGARA.A [41] qui a trouvé 99,86%. Ceci pourrait s'expliquer par l'implication du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali en partenariat avec le projet USAID/ASSIST et en collaboration avec l'OMS a accepté l'utilisation de la Liste de Contrôle pour un accouchement sécurisé (check-list) à travers la formation des prestataires sur la check- List et des visites de coaching.

3. Evaluation des procédures d'admission des parturientes pour accouchement du renseignement conformément par la check List :

Seulement 9,86% des mères à l'admission n'avaient pas leur carnet de santé contre 90,14 % qui sont venu avec, et la moyenne avait fait deux consultations prénatale auprès d'un prestataire formé (médecin, infirmière, sage-femme, matrone). Ce taux est supérieur à celui de SAMAKE D [42] qui a trouvé 41,6% ; de CAMARA S [43] qui a trouvé 83% et de BAGAYOKO Y K [44] qui a trouvé 79,7%. Notre taux est inférieur au donné de l'enquête démographique et de santé (EDS VI) qui a trouvé 96% des femmes enceintes ont suivi des CPN à Bamako, au Mali, la proportion de femmes enceintes qui ont eu au moins 4 visites prénatales est de 43% [5] ceci pourrait s'explique par la taille de notre échantillonnage.

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 30,99 % des parturientes à l'admission contre 69,01%. Ce taux est inférieur à celui de TANGARA A [41] qui a trouvé que le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 96,34% de ces patientes pendant les CPN. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) il faut au moins 4 visites prénatales et 8 contacts, la première visite devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse.

Seulement 30,99% des parturientes à l'admission avait réalisé la protéinurie
Nombre de femmes référées avant et après l'admission : 421 femmes ont été référées pour divers raisons après vérification des critères de référence évacuation (Annexe 5).

« ...Pour la température, sa prise n'est systématique que si RPM ou si la femme est estimée fébrile au TV et c'est surtout à l'admission »

La mesure de la TA se fait systématiquement à l'admission. Si elle est normale à l'entrée, elle n'est plus reprise qu'après accouchement à l'étape 3, puis aux suites de couche.

4. Procédures de surveillance du travail d'accouchement renseignées conformément à la check List :

Le partographe a été utilisé dans 100% des accouchements.

L'antibiothérapie a été effectuée chez 1 sur 6 femmes conformément à la norme, par contrain 5 parturientes qui avaient besoin ne l'ont pas reçu. La ceftriaxone 1000 mg était la molécule prescrite avec comme posologie 2000 mg. La mesure de la température n'est pas un comportement habituel chez les personnels dans les structures. Les arguments avancés par les SF dans ce sens sont : « ... On ne peut utiliser le même thermomètre chez toutes les femmes. On peut évaluer si la femme est fébrile déjà au TV »,

Seulement 7% des parturientes ont eu besoin du MgSO₄ mais aucune d'elles n'en a reçu.

Seulement 7% des parturientes ont eu besoin en médicaments antihypertenseurs et en ont reçue et il est à préciser qu'aucune femme hypertendue ou pré-éclampsique n'a été retenue durant notre l'étude.

Aucune parturiente n'a eu besoin de commencer un traitement antirétroviral à l'accouchement.

5. procédures à dilatation complète/accouchement conformément à la check-List :

Aucune parturiente n'a eu besoin d'une antibiothérapie à dilatation complète et aucune mère n'a eu besoin de commencer le traitement à base de sulfate de magnésium.

Les produits et matériels (boîte d'accouchement, gants stériles, ciseaux stériles pour couper le cordon, seringue, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, boite d'épisiotomie, linges propres, dispositif d'aspiration de mucosités masque et ballon de ventilation, tensiomètre) (annexe 4) sont disponibles dans 100% des accouchements.

La voie basse était la seule voie d'accouchement et au moins une autre personne qualifiée était prête à assister à l'accouchement et à intervenir en cas de besoin dans 100% des cas.

L'administration d'ocytocine juste après l'accouchement ainsi que le contrôle du saignement se font à cent pour cent des cas et le délai de 2h de surveillance en salle suite de couche est respecté.

Les soins essentiels au nouveau-né ont été administrés selon les normes dans 100% des cas et 2,11% des nouveau-nés ont été réanimé.

Environ 10 % des nouveau-nés requièrent une forme d'assistance respiratoire à la naissance et moins de 1 % une réanimation immédiate pour restaurer la fonction cardiorespiratoire, en présence de facteurs prédictifs (souffrance fœtale, prématurité, jumeaux...) ou de toute anomalie du cri, de la respiration ou du tonus musculaire [45].

La réanimation est déclenchée selon l'algorithme des recommandations en vigueur.

6. procédures juste après la naissance (dans l'heure qui suit) conformément à la check-list :

Dans notre étude 95,77% des cas le saignement a été maîtrisé ce résultat est proche de ceux rapporté par TANGARA A [41] qui a trouvé 99,95% des cas. Par contre 2 patientes ont été référées d'ANIASCO et ASACOBABA vers CSRéf CVI pour HPP avec un état de choc qui finalement sont décédées par la suite. (Annexe 5).

Aucune parturiente n'a eu besoin de commencer l'antibiothérapie juste après la naissance. L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications.

Aucune parturiente n'a eu besoin de commencer le traitement à base de sulfate de magnésium juste après la naissance.

Autrement, la prise de température pour le nouveau-né ne se fait en aucun moment

Les nouveau-nés à problème ont été référés à la pédiatrie représentaient 5,63%, après vérification des critères de référence (Annexe 5).

Aucun nouveau-né n'a eu d'antibiotique juste systématiquement après la naissance ; par contre les besoins en soins spécifiques seront effectués au niveau CSRéf CVI. Cela s'expliquerait par fait qu'il y'a pas de service de néonatalogie dans les centres de santé communautaire, d'où la référence de 5,63% de nouveau-nés vers le CSRéf CVI. La prophylaxie de la maladie hémorragique par la vitamine K chez tous les nouveau nés.

Zéro virgule soixante-dix pour cent des nouveaux nés ont eu besoin d'antirétroviraux juste après la naissance.

Seulement 7,04% des mères n'ont pas respecté les bonnes pratiques de l'allaitement et le contact peau-a-peau.

La Mère et son accompagnant ont compris qu'il faut demander de l'aide devant des signes de danger.

L'antibiothérapie a été effectuée chez 1 sur 6 femmes conformément aux normes ; contrairement 5 autres qui en ont besoin et qui n'ont pas reçus. La ceftriaxone 1000 mg était la molécule prescrite avec comme posologie 2000 mg. Ceci s'expliquerait un accouchement dans un contexte rupture prématuré des membranes de plus de 12 heures.

Aucun nouveau-né n'a eu besoin d'antibiotique avant la sortie.

Seulement 9,14% des nouveaux nés n'ont pas bien tété, contrairement à 90,14%. Selon l'OMS, l'allaitement maternel exclusif réduit le risque de mortalité et de morbidité pendant le premier mois de vie (comparé à l'allaitement au sein partiel et prédominant) et améliore la santé post-néonatale. En outre, il favorise un meilleur espacement des naissances en retardant le retour à la fécondité. Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein de la naissance et jusqu'à six mois. Les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement exclusif à chaque visite postnatale.

On évalue systématiquement l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né à la vie extra-utérine à l'aide du score d'Apgar à la première minute ; la qualité de la respiration fait partie des paramètres pris pour ce score (en plus du tonus musculaire, réactivité à la stimulation et couleur de la peau). Les nouveau-nés qui avaient un bon Apgar à la 5^{ème} ont représenté 99,30% des cas, alors qu'ils représentaient 97,89% à la 1^{ère} minute. Ce taux est supérieur à celui de TANGARA A [41]. A trouvé que 93,51% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar situé entre 7 et 10. Les nouveau-nés ayant un Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} minute représentaient 6,49%, ce taux est supérieur de BAMBAMBA M [46] (6,1%) au CSRéf de la CV ; mais il est de loin inférieur à celui de DEMBELE D [47] qui a trouvé 56,6% des cas au CSRéf de la CII en 2002.

Les nouveau-nés ayant eu un poids de naissance <2500g représentaient 11,27%. Ce taux est inférieur à celui de TANGARA A [41]. Qui a rapporté que les nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2500g représentaient 14,86%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par DIANE H et DIARRA A [48, 49] qui ont trouvé respectivement 41,5% et 71,4%.

Quatre-vingt-cinq virgule quatorze pour cent des nouveau-nés avaient un poids normal à la naissance (poids entre 2500-4000g). Ce taux est supérieur à celui de CAMARA S [43] qui a trouvé 81,8%.

Dans la suite de couches on n'informe pas les femmes sur les méthodes de contraception sur l'intérêt de l'allaitement maternel et de dormir avec leur nouveau né sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide surtout dans les zones où le paludisme est endémique, les SF stagiaires s'en chargent si elles sont là.

Une supplémentation en fer et en acide folique a été prescrite pour une période d'au moins trois mois après l'accouchement avant la sortie. L'ensemble des accouchées ont été informées de l'intérêt du suivi postnatal. Chaque femme et chaque bébé devraient recevoir un total de quatre visites postnatales : Le premier

jour (24 heures), le troisième jour (48-72 heures), entre le 7^e et le 14^e jour, et la sixième semaine.

7. Le pronostic materno-fœtal :

-Décès néonataux : Nous avons relevé la survenue d'un décès précoce pour souffrance néonatale avant la sortie, soit 0,70%, ce taux inférieur à celui de TANGARA A [41] qui a trouvé 1,02% de décès néonatal. Ceci pourrait s'explique la prise en charge immédiate à la naissance. Un examen clinique complet environ une heure après la naissance et un autre examen avant la sortie, mais ce dernier examen n'a pas été réalisé dans notre étude. Une femme qui a perdu son bébé doit recevoir des soins de soutien supplémentaires. Fort de constater qu'il n'y avait aucune personne formée a apporté un soutien psychosocial aux femmes à haut risque de développer une dépression du post-partum à des fins de prévention.

- Nouveau-nés transférés : Au nombre de huit à la pédiatrie pour des raisons différentes soit pour prématurité 2,11% ; souffrance néonatale 2,11% ; d'hypotrophie 1,41%.

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel contrairement à celui trouvé par TANGARA A [41] qui durant sa période d'étude a enregistré 13 cas de décès maternels soit 0,30%. Ceci pourrait s'explique par une meilleure pratique : soins postnatals pour toutes les mères.

8- Evaluation de la pratique

Les 4 étapes étaient respectées dans 100% des cas. Le taux de compliance de 100% que nous avons rapporté était supérieur au taux de 88,06% retrouve dans la série de TANGARA A [41]. Cela s'expliquerait par un renforcement des compétences professionnelles du personnel à travers des séances de formation continue et l'engagement des praticiens qui ont été à origine de cette augmentation de la compliance dans notre série.

La check-list a été incorrectement remplie dans 3,52% des cas. Ce taux est inférieur à celui rapporté par TANGARA A [41] qui a trouvé que 5,45% des CL étaient mal remplies.

Les 24 heures de surveillance du post-partum n'ont pas été respectées dans 100% des cas, par contre 84,51% des accouchées avaient bénéficié une surveillance de 6 heures dans le post partum. Ce taux est comparable à celui retrouvé par TANGARA.A [41] qui a trouvé que 87,46% des accouchées ont bénéficiés une surveillance de 24 heures dans le post partum. Ceci s'expliquerait une diminution de l'infrastructure (lits, etc.) et du personnel dans les services postnatals est nécessaire pour assurer la prise en charge respectueuse et confortable des femmes qui restent plus longtemps. Un contrôle systématique du saignement vaginal, de la hauteur utérine, a été réalisé chez toutes les femmes qui viennent d'accoucher, à partir de la première heure qui suit la naissance et la diurèse a été vérifiée.

Les sages-femmes ont remplie 90,78% des CL dans notre série. Ce taux est similaire à celui retrouve par TANGARA A [41]. Qui a rapporté que 88% des CL étaient remplis par les sages-femmes; 11% par les Infirmières Obstétriciennes et 1% par les Internes.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La Check-list est un outil facile à utiliser, sa vulgarisation et son application correctes apporteront plus de rigueur dans la surveillance du travail d'accouchement et des suites de couches ce qui contribuera certainement à rehausser la qualité des services et réduire les taux de morbidités et mortalités maternels et néonataux ; mais nécessite l'implication active de tous afin d'assurer sa pérennisation, ce qui serait bénéfique à la fois pour les patients, les soignants, les structure de soins.

RECOMMANDATIONS :

Au Ministère de la Santé et des Affaires sociales :

- Renforcer les compétences professionnelles du personnel à travers des séances de formation continue, de vulgariser l'utilisation de la check-list OMS ;
- Redynamiser le système de référence-évacuation dans tout le pays ;
- Trouver un système de motivation des prestataires : une possibilité de bourses d'étude ou de stages ;
- Encourager la faculté de médecine et les établissements de formation des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes à enseigner les principes de l'emploi du partographe et de la check-list OMS ;

Aux CSRéf :

- Assurer la formation continue et la supervision sur la check-list.
- Créer une unité de réanimation du nouveau-né et adulte.

Aux ASACO :

- Réorganiser les unités pour avoir plus de place pour la surveillance de 24 heures
- Rendre disponible les intrants nécessaire dans la salle d'accouchement

Aux CSCOM :

- Donner toutes les informations nécessaires aux parturientes et aux accompagnants pour faciliter le suivi ;
- Veiller sur le stock de l'outil check-list pour éviter les ruptures et l'agrafer au partogramme ;
- Améliorer la qualité des consultations prénatales ;
- Dispenser des soins postnatals dans les premières 24 heures à toutes les femmes et tous les nouveau-nés, indépendamment du lieu de l'accouchement ;

- Participer régulièrement à des séances de formation continue pour actualiser ses connaissances théoriques et pratiques.
- Appliquer rigoureuse des recommandations de bonnes pratiques de l'utilisation de la check-list OMS
- Faire une référence précoce devant tout « grossesses pathologique » vers les services spécialisés.

Aux Femmes

- Respecter le calendrier de consultation prénatale et de fréquenter les services de planning familial.
- Consulter précocement dans les maternités devant toute affection pendant la grossesse et après accouchement afin d'éviter les urgences pourvoyeuses d'avantages de complications.
- Eviter les accouchements à domicile.
- Coopérer avec le personnel soignant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Leontine A, Doris C, Daniel H, Sanqian Z, Ann BM, Alison G et al.

National, regional, and global levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015 with scenario-based projections to 2030: à systematic analysis by the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016 Jan 30; 387(10017): 462–474.

2. Spector J M., Priya A, Bhala K, Stuart L, Angela L, Gerald D et al.

« Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program ». PloS one 2012; 7(5): 35151.

3. Perrin R. Mortalité maternelle dans le monde. Projet mère-enfant. Ministères des affaires étrangères et européenne 2008-2012 ; 14-24

http://umvf.cerimes.fr/media/ressMereEnfant/SON/pdf/Mortalite_Maternelle_dans_le_Monde_AB.pdf

4. OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque

Mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015;16p

5. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF

International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la

Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.P160

7. Gawande A. The checklist manifesto: how to get things right. New York: Metropolitan Books, 2010, 209 p.

- 8. Sow F.** Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie général du CHU Gabriel Toure de Bamako. [Thèse de médecine]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°13M207 ; 2013.
- 9. OMS.** Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement Guide de mise en œuvre. Genève, OMS, 2016 ; 64p.
- 10. Gueguen T.** Deploiement de la check-list securite du patient au bloc operatoire dans deux hopitaux lorrains.Performances et difficultes. These Médecine Univ.Nancy I 2011; 92p.
- 11. Hales B, Provonost P.** The checklist- a tool for error management and performance improvement. Journal of critical care 2006; 21(3):231-5.
- 12. OMS.** World Health Organization partograph in management of labour. Lancet, 1994, 343: 1399– 404.
- 13. World Health Organization.** Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care A Guide for Essential Practice. Genève: OMS 2016; 184p.
- 14. Managing prolonged and obstructed labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 ; 202p**
- 15. OMS.** WHO Guidelines for Safe Surgery. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009; 124 p.
- 16. OMS.** Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011; 47
- 17. Ellen D H, Simon G, Justus Hofmeyr G, Carol S.** Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013 ; 52p.
- 18. Mathai M, Harshad S, Richard J G.** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève : World Health Organization, 2004 ; 436p.
- 19. OMS.** Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève: OMS, 2005; 378p.

- 20. Organization World Health.** Guidelines on Basic Newborn Resuscitation. Genève: World Health Organization, 2012; 61p.
- 21. Singhal N, Jocelyn L, Herta F, William K, George L, Sherri B et al.** Helping Babies Breathe: Global Neonatal Resuscitation Program Development and Formative Educational Evaluation. Resuscitation 2012 ; 83, (1) : 90-96.
- 22. OMS.** Recommandations de l’OMS Pour La Prévention et Le Traitement de l’hémorragie Du Post-Partum : Grandes Lignes et Principaux Messages Des Nouvelles Recommandations Mondiales 2012 de l’OMS. Genève: OMS, 2014; 5p.
- 23. WHO.** Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules, 2nd ed. Managing postpartum haemorrhage. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008; 214p
- 24. Organization, World Health.** Recommendations for management of common childhood conditions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ; 176p
- 25. Peter C, Robert Jo, Haroon S, Jelka Z.** Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l’infirmière et du médecin. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l’accouchement. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2007; 332p.
- 26. Organization, World Health.** Recommendations for management of common childhood conditions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ; 176p
- 27. OMS et UNICEF.** Integrated Management of Childhood Illness: Caring for Newborns and Children in the Community. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ; 28p
- 28. OMS.** La protection thermique du nouveau-né : Guide pratique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997; 74p
- 29. World Health Organization.** Managing prolonged and obstructed labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008; 202p.

- 30. Organization, World Health.** Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant : Journée mondiale de la Santé, 2005 : guide à l'usage des organisateurs. Genève: OMS, 2005; 32p.
- 31. WHO.** WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008; 54p
- 32. World Health Organization.** Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th ed. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Genève: World Health Organization, 2010; 121p.
- 33. WHO.** Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1998) . Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine: résumé d'orientation du rapport technique annuel de 1997. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64106>. Consulter le 24/07/2020.
- 34. World Health Organization.** (2010). Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period: 26 January 2010, Geneva, Switzerland: statement. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70447>. Consulter le 24/07/2020.
- 35. OMS.** Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque. Genève : OMS, 1996 ; 89p.
- 36. OMS.** Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 ; 272p.
- 37. OMS.** Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : Recommandations pour une approche de santé publique. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2010; 92p.
- 38. OMS.** Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. Genève: OMS, 2010; 58p.

- 39. OMS.** Guidelines for the treatment of malaria. Third edit Genève: OMS, 2015; 317p.
- 40. OMS.** WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Genève: OMS, 2015; 98 p.
- 41. Tangara A.** Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de HFDK. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°18M149 ; 2018
- 42. Samake D.** Evaluation de l'utilisation du partographe dans le centre de référence de la commune VI du district de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°17M15 ; 2017.
- 43. Camara S.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence commune V de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°07M235 ; 2007
- 44. Bagayoko Y K.** Utilisation du partogramme au centre de santé de référence de la commune CVI du district de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°09M251 ; 2009
- 45. Hautorité de la sante.** Qualite et securite des soins dans le secteur de naissance. Paris, saint-denis: HAS, 2014; 35p
- 46. Bamba M.** Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence commune V de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°95M52 ; 1995.
- 47. Dembélé D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le centre de santé de référence commune II de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°00M150 ; 2000.

48. Diane H. Accouchement chez les adolescentes au CSRéf commune V de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°11M265 ; 2011.

49. Diarra A. Nouveau-né vivants de petites poids de naissance ; facteurs étiologiques et pronostic fœtal immédiat au CSRéf commune I de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°11M209 ; 2011.

50. Perrin R. Aspect généraux de la structure d'accouchement et d'accueil du nouveau-né. Projet Mère-Enfant. Ministère des affaires étrangères et Européennes 2008-2012 ; 6-33.

http://umvf.cerimes.fr/media/ressMereEnfant/SON/pdf/structure_d_accouchement.pdf

ANNEXES

Annexe 1 :

REVUE DE LITTERATURE

Notre revue de littérature, a porté sur des documents récents et variés concernant l'accouchement, soins obstétricaux d'urgence et la faisabilité d'implantation d'une intervention. En ce qui concerne la check-list pour la sécurité de l'accouchement, nous nous sommes basés principalement sur la publication de l'OMS. Le « guide de mise en œuvre » [23] de la liste de l'OMS pour la sécurité de l'accouchement nous a été d'un grand apport, ainsi que les publications sur la check-list pour la sécurité au bloc opératoire.

1. Définition de la check-list

De l'anglais to check : vérifier. Synonyme : liste de vérification, de **contrôle**
Définition du dictionnaire de français, Larousse : C'est une liste des manœuvres que doit successivement effectuer l'équipage d'un avion lors du décollage et de l'atterrissage. On définit une check-list ou liste de contrôle comme un outil qui permet de se rappeler et vérifier méthodiquement les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. C'est un aide-mémoire pour réaliser les tâches

2. Checklist de l'OMS pour la sécurité de l'accouchement

Notre check-list OMS pour la sécurité de l'accouchement [23], est un outil qui a été élaboré conformément aux lignes directrices de l'OMS et aux normes internationales en matière de soins, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes en phase d'accouchement. L'accouchement comporte plusieurs activités, la check-list aide les professionnels à les faire correctement et dans le bon ordre. C'est une liste organisée des pratiques essentielles en matière d'accouchement ciblant les principales causes des décès maternels et néonataux qui surviennent dans les établissements de santé dans le monde, visant à les prévenir. Elle est prévue pour une utilisation en quatre étapes (l'admission, juste avant l'expulsion, peu de temps après la naissance et avant la sortie de l'établissement). Ces étapes permettent aux professionnels de santé d'effectuer

de bonnes pratiques aux bons moments. Ainsi, ils peuvent protéger la mère ainsi que son enfant de graves complications. Chaque tache figurant dans la liste est donc une action cruciale dont l'omission peut entrainer de graves conséquence pour la mère et /ou le nouveau-né.

On utilise une check-list pour chaque femme, et on doit s'y rapporter à chaque étape même si on a confiance dans ses compétences car chaque étape consiste à surveiller pour détecter des anomalies et proposer une attitude thérapeutique à temps. La check-list peut être utilisée de deux manières soit lecture-exécution c'est-à-dire, lire l'élément et le faire, ou bien exécution –confirmation c'est à dire exécuter le geste puis le cocher par la suite. La liste de contrôle doit être conservée dans le dossier de la parturiente et la suivre d'une salle à l'autre. Sinon pour les établissements qui n'ont qu'une salle de travail, il est possible que toutes les étapes se déroulent dans cette même salle. Après sa conception par l'OMS la liste a d'abord fait l'objet d'un projet pilote dans neuf pays en Afrique et Asie, afin de vérifier qu'elle était utilisable. Le retour d'informations détaillées de ces sites a permis sa révision avant de la mettre à l'essai sur le terrain en inde. Par la suite, l'OMS a lancé le projet « collaboration » entre novembre 2012 et Mars 2015 auquel 34 groupes y ont adhéré couvrant 29 payés et 234 sites. Ce projet a pour vocation l'étude des circonstances influençant l'utilisation de la check-list dans différents contextes. Les leçons tirées et les expériences acquises de ces sites ont permis l'élaboration du « guide de mise en œuvre » pour aider les établissements de soins à réussir la mise en œuvre de cet outil. Le programme Better-Birth (essai contrôlé randomisé) qui envisage d'évaluer l'impact de la check-list sur les résultats sanitaires pour la mère et le nouveau-né, se poursuit toujours dans 100 hôpitaux en Inde et prendra fin en cette année (2017).

3. Aspects généraux de la structure d'accouchement et d'accueil du nouveau-né.

La qualité de la prise en charge de l'accouchement dépend de la disponibilité des ressources humaines, d'équipements, de médicaments essentiels et de l'organisation d'un circuit bien déterminé, assurant la continuité des soins depuis l'admission jusqu'à la sortie de la mère et du nouveau-né de la structure.

L'organisation du circuit obstétrical [50]

Le professionnel de santé doit appliquer des mesures de prise en charge au niveau de chaque étape du circuit obstétrical, selon les normes établies :

- Surveillance
- Détection des anomalies
- Proposition d'une attitude thérapeutique

Le circuit est structuré en quatre étapes :

-Salle d'admission où l'examen d'entrée permet d'affirmer le diagnostic du travail, vérifier le bien être maternel et fœtal et d'identifier d'éventuelles situations de risque.

-Salle des expectantes : surveillance de la phase de latence (surveillance effective de la mère et du fœtus) et l'identification d'éventuelles situations de risque.

-Salle d'accouchement : surveillance de la phase active du travail, assister l'expulsion, prendre en charge le nouveau-né et contrôler la délivrance.

-Salle de suite de couches : dépister les complications (saignement, infection ou phlébite). La prévention de l'infection doit se pratiquer à chaque étape du circuit obstétrical par le lavage des mains (points d'eau au niveau de toutes les zones de soins ou d'examen), le port des gants, la stérilisation du matériel, le nettoyage et décontamination des tables d'examen et d'accouchement.

Annexe 2

AVANT LA NAISSANCE

Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement



1

À l'admission

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

- Non
 Oui, transfert organisé

Vérifier les critères de votre établissement

A-t-on commencé le partogramme ?

- Non, commencer quand le col sera ≥ 4 cm
 Oui

Commencer à noter quand le col est ≥ 4 cm, puis le col devrait se dilater de ≥ 1 cm/h

- Toutes les 30 min : noter le rythme cardiaque, les contractions, le rythme cardiaque du fœtus
- Toutes les 2 h : noter la température
- Toutes les 4 h : noter la tension artérielle

La mère doit-elle commencer à prendre :

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
Donner des antibiotiques à la mère si :

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a eu des pertes vaginales malodorantes
- rupture des membranes > 18 heures

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

- Confirmer la présence de fournitures pour l'hygiène des mains et porter des gants à chaque examen vaginal.**

- Encourager l'accompagnant à être présent à la naissance.**

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

Appeler à l'aide si un des signes ou symptômes suivants :

- saignement
- douleurs abdominales sévères
- céphalées sévères ou troubles visuels
- incapacité d'uriner
- forte envie de pousser

La présente liste de contrôle n'est pas censée être exhaustive et ne devrait pas remplacer les notes du dossier médical ni le partogramme. Les ajouts et les modifications pour suivre la pratique locale sont encouragés. Pour plus d'informations sur l'utilisation recommandée de la liste, veuillez consulter le Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, à l'adresse : www.who.int/patientsafety.

AVANT LA NAISSANCE

Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement



2

Juste avant la phase d'expulsion (ou avant la césarienne)

La mère doit-elle commencer à prendre:

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
Donner des antibiotiques à la mère si:

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a eu des pertes vaginales malodorantes
- rupture des membranes > 18 heures
- elle accouche par césarienne

Donner du sulfate de magnésium à la mère si:

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif: conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

Confirmer la présence de matériels et fournitures essentiels au chevet et préparer pour l'accouchement:

Pour la mère

- gants
 solution hydro-alcoolique pour les mains ou savon et eau propre
 10 unités d'ocytocine dans une seringue

Préparer pour s'occuper de la mère immédiatement après la naissance:

Confirmer qu'il n'y a qu'un enfant (pas une grossesse multiple)

1. Donner de l'ocytocine dans la minute qui suit la naissance
2. Expulser le placenta 1 à 3 minutes après la naissance
3. Masser l'utérus après l'expulsion du placenta
4. Confirmer que l'utérus est contracté

Pour l'enfant

- serviette propre
 fil ou pince pour cordon ombilical
 lame stérile pour couper le cordon
 dispositif d'aspiration
 ballon-masque

Préparer pour s'occuper de l'enfant immédiatement après la naissance:

1. Le sécher, le garder au chaud
2. S'il ne respire pas, stimuler et dégager les voies respiratoires
3. S'il ne respire toujours pas:
 - clamber et couper le cordon
 - nettoyer les voies respiratoires si nécessaire
 - l'oxygéner avec un ballon-masque
 - appeler à l'aide

- Assistant désigné et prêt à aider à la naissance en cas de besoin**

La présente liste de contrôle n'est pas censée être exhaustive et ne devrait pas remplacer les notes du dossier médical ni le partogramme. Les ajouts et les modifications pour suivre la pratique locale sont encouragés. Pour plus d'informations sur l'utilisation recommandée de la liste, veuillez consulter le Guide de mise en œuvre de la liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement, à l'adresse: www.who.int/patientsafety.

APRÈS LA NAISSANCE

Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement



3

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

La mère saigne-t-elle anormalement ?

- Non
 Oui, appeler à l'aide

En cas de saignement anormal :

- masser l'utérus
- envisager d'administrer plus d'utérotonique
- commencer une perfusion IV et garder la mère au chaud
- traiter la cause : atonie utérine, rétention du placenta/de fragments placentaires, déchirure vaginale, rupture utérine

La mère doit-elle commencer à prendre :

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
Donner des antibiotiques à la mère si le placenta a été retiré manuellement ou si sa température est ≥ 38 °C et en cas de :

- frissons
- pertes vaginales malodorantes

Si la mère a une déchirure périnéale de troisième ou quatrième degré, donner des antibiotiques pour prévenir l'infection

du sulfate de magnésium et des médicaments antihypertenseurs ?

- Non
 Oui, déjà administré (sulfate de magnésium)
 Oui, déjà administrés (médicaments antihypertenseurs)

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+ ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg

- Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

L'enfant a-t-il besoin :

d'un transfert ?

- Non
 Oui, organisé

Vérifier les critères de votre établissement

des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés

Donner des antibiotiques à l'enfant si la mère en a reçu pour le traitement d'une infection pendant l'accouchement ou si l'enfant présente l'un des signes ou symptômes suivants :

- fréquence respiratoire > 60 /min ou < 30 /min
- tirage, geignement expiratoire ou convulsions
- mouvements limités en réponse à une stimulation
- température < 35 °C (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température ≥ 38 °C

de soins particuliers et d'un suivi ?

- Non
 Oui, déjà organisés

Organiser des soins particuliers/un suivi pour l'enfant si ce dernier :

- est né plus d'un mois d'avance
- pèse à la naissance $< 2,5$ kg
- a besoin d'antibiotiques
- a dû être réanimé

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

Confirmer que la mère/l'accompagnant appellera à l'aide en cas de signes de danger.

La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel de la présente liste de contrôle incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Pour plus d'informations, rendez-vous à l'adresse : www.who.int/patientsafety.

APRÈS LA NAISSANCE

Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement



4

Avant la sortie

Confirmer le séjour dans l'établissement pendant 24 heures après l'accouchement.

La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques ?

- Non
 Oui, déjà administrés et reporter la sortie

Demander s'il y a des allergies avant d'administrer des médicaments
Donner des antibiotiques à la mère si :

- sa température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- elle a des pertes vaginales malodorantes

La tension artérielle de la mère est-elle normale ?

- Non, traiter et reporter la sortie
 Oui

Donner du sulfate de magnésium à la mère si :

- tension artérielle diastolique ≥ 110 mm Hg et protéinurie de 3+, ou
- tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg, protéinurie de 2+, et accompagnées de : céphalées sévères ou troubles visuels ou douleur épigastrique

Donner des antihypertenseurs à la mère si sa tension artérielle systolique est > 160 mm Hg.
• Objectif : conserver une tension artérielle $< 150/100$ mm Hg

La mère saigne-t-elle anormalement ?

- Non
 Oui, traiter et reporter la sortie.

Si le pouls est > 110 btts/min et la tension artérielle < 90 mm Hg

- poser une perfusion intraveineuse et garder la mère au chaud
- traiter la cause (choc hypovolémique)

L'enfant doit-il commencer à prendre des antibiotiques ?

- Non
 Oui, administrer des antibiotiques, reporter la sortie, prodiguer des soins particuliers

Donner des antibiotiques à l'enfant s'il présente l'un des signes ou symptômes suivants :

- fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- tirage, geignement expiratoire ou convulsions
- mouvements limités en réponse à une stimulation
- température $< 35^{\circ}\text{C}$ (et n'augmentant pas après que l'enfant a été réchauffé) ou température $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- il ne s'alimente plus bien
- rougeur de l'ombilic s'étendant à la peau ou écoulement de pus

L'enfant s'alimente-t-il bien ?

- Non, mettre en place les bonnes pratiques d'allaitement maternel et reporter la sortie
 Oui

Étudier les options en matière de planification familiale et les proposer à la mère.

Organiser un suivi et confirmer que la mère / l'accompagnant demandera de l'aide en cas de signes de danger après la sortie.

Signes de danger

Chez la mère :

- Saignements ;
- Douleurs abdominales sévères
- Céphalées sévères ou troubles visuels
- Difficultés à respirer
- Fièvre ou frissons
- Difficultés à vider la vessie
- Douleur épigastrique

Chez l'enfant :

- Respiration rapide/difficile
- Fièvre
- Peau anormalement froide
- Il cesse de bien s'alimenter
- Activité réduite
- Corps devenant entièrement jaune

La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel de la présente liste de contrôle incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Pour plus d'informations, rendez-vous à l'adresse : www.who.int/patientsafety.

Avant la Naissance LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE - modifiée pour le Mali janvier 2019

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

Partographe commencé?

- Non: commencera à ≥ 4 cm
 - Oui :
- Vérifier que le col se dilate d'au moins 1 cm/heure à la phase active, puis
- Toutes les 30 mn: notez le pouls de la Mère, la fréquence des CU et les BCF
 - Toutes les 2 heures, prenez la température et toutes les 4 heures la tension artérielle
 - Apprécier la couleur/odeur du liquide amniotique toutes les 2 heures si poche rompu

La mère a-t-elle besoin de commencer:

- Antibiotiques?**
- Non
 - Oui, déjà administrés
- Sulfate de magnésium?**
- Non
 - Oui, déjà administrés
- 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

Rempli par: _____

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 géminellaire)
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
 - clampez 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: _____

Après la Naissance LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE- modifiée pour le Mali janvier 2019

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

Est-ce que la Mère saigne anormalement?

Non

Oui: demande de l'aide

La Mère a-t-elle besoin de Antibiotiques?

Non

Oui, déjà administrés

Sulfate de magnésium?

Non

Oui, déjà administrés

Le Bébé a-t-il besoin de: Etre transféré?

Non

Oui, déjà planifié

Antibiotiques?

Non

Oui, déjà administrés

Soins spécifiques/suivi?

Non

Oui, déjà planifié

Antirétroviraux?

Non

Oui, déjà planifié

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: _____

En cas de saignement anormal:

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

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

Donnez du sulfate de magnésium à la mère si:

- Pre-eclampsie 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 convulsions ou coma

Vérifiez les critères de référence du partogramme

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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$

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

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)

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

Est-ce que le Bébé tête 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: _____

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

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 à la mère si:

- Pre-eclampsie 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 convulsions ou coma

Vérifiez les critères de référence du partogramme

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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$

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

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)

SIGNES DE DANGER

Chez la Mère:

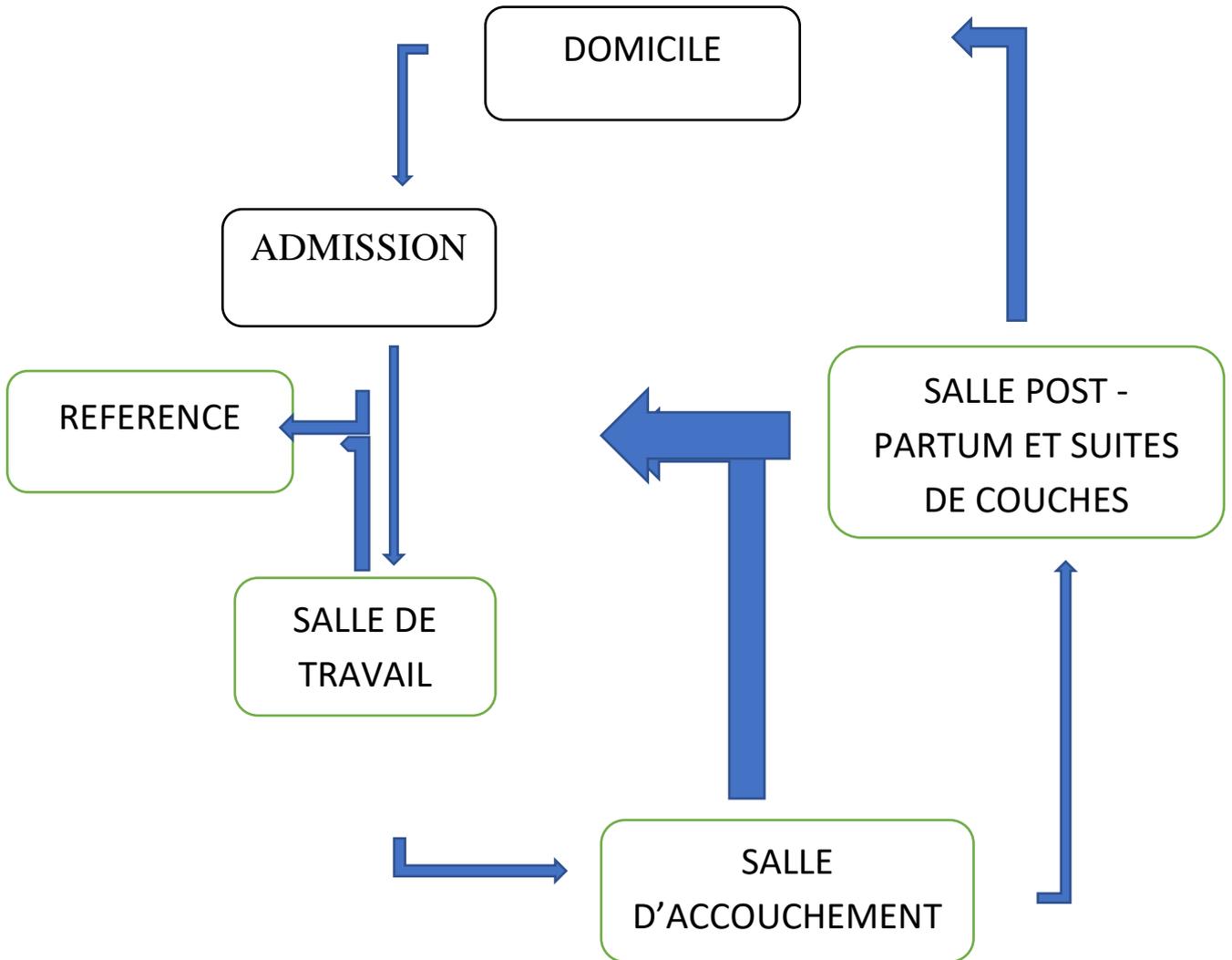
- Saignement / lochies purulentes
- Sévères maux de tête ou troubles visuels
- Crises convulsives
- Douleur abdominale sévère
- Difficultés respiratoires
- Fièvre ou frissons
- Difficulté à uriner

Chez le Bébé:

- Respiration rapide/difficile
- Fièvre
- Peau anormalement froide
- Incapacité de téter
- Diminution de la réactivité
- Tout le corps devient jaune
- Crises convulsives
- Saignement ombilical

Annexe 3 :

Circuit obstétrical



Annexe 4

Matériels et fournitures pour assurer la sécurité de l'accouchement

(Guide de mise en œuvre de la liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement) :

-Fournitures et équipements généraux :

- Tensiomètre
- Thermomètre
- Stéthoscope de pinard
- Gants
- Savon ou solution hydro alcoolique

-Matériel et fourniture en salle d'accouchement :

- Unité d'aspiration
- Ballon-masque néonatal
- Extracteur de mucus
- Bouteille/concentrateur d'oxygène
- Pèse-bébé
- Aiguilles seringues
- Bandelettes urinaires
- Ciseaux stériles
- Fil/Pince pour cordon ombilical
- Serviette propre

-Médicaments/injection/perfusion :

- Ocytocine
- Sulfate de magnésium injectable
- Antibiotiques pour la mère
- Antibiotiques pour l'enfant
- Antihypertenseurs...

Annexe 5 :

Critères de référence de la maternité vers le CSRéf :

- En fin de grossesse

Antécédents de mort fœtale à répétition ;

HTA ;

Protéinurie massive ;

Diabète ;

Cardiopathie ;

Infection urinaire haute ;

Menace d'accouchement prématuré ;

Saignement sur col fermé ;

Rupture prématuré des membranes ;

Incompatibilité RH ;

Taille inférieure à 1m50

- En début de travail :

Hauteur utérine excessive ;

Bassin cliniquement suspect ;

HTA ;

Utérus cicatriciel ;

Liquide amniotique teinté ;

RPM de plus 12 heures ;

Saignement utérin ;

Procidence de cordon ;

Grossesse multiple.

- Au cours du travail :

Anomalie de dilatation ;

Anomalie de la progression de la tête fœtale ;

Virage du LA ;

Anomalie des BCF ;

Hypertonie utérine ;

Saignement anormal ;

Procidence du cordon qui bat.

- Après accouchement :

Saignement anormal persistant malgré les thérapeutiques ; Délabrement
périnéal ;

Absence de globe utérin de sécurité malgré les utero toniques ;

Inversion utérine ;

Rupture à la révision utérine ;

Eclampsie du post-partum

Prématurité ;

Souffrance fœtale ;

Hypotrophie...

Annexe 6

FICHE D'ENQUETE

I. Profil socio démographique :

Nom :

Pré nom :

Age :(.....)

1-(15-18) ; 2-(19-35) ; 3->35

Profession :(.....)

1-Ménagère ; 2-Elève /Etudiante ; 3-Fonctionnaire

II. ATCD : Gynéco-obstétrique

✓ Gynécologique :(.....)

1- Myomectomie

2- Kystectomie

3- Césarienne

4- Autres

✓ Obstétriques :(.....)

A. Gestité (.....)

1- Primi geste

2- Pauci geste

3- Multi geste

4- Grande Multi geste

B. Parité (.....)

1- Primipare

2- Pauci pare

3- Multi pare

4- Grande Multi pare

C. Vivant (.....)

D. Décédé (...)

III. Mode d'admission

1. Venue d'elle-même

2. Référence /Evacuation

IV. Utilisation de la check-list :

- Dès l'admission :

- La mère a-t-elle un carnet de santé

1. Oui 2. Non

- Taux d'hémoglobine réalisée

1. Oui 2. Non

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

(...)

1. oui 2. non

Si oui a-t-elle reçu

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

Magnésium :(...)

1. oui 2. Non

Si oui a-t-elle reçu

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

antirétroviraux :(...)

1. Oui 2. Non

- A dilatation complète/

- Les produits et matériels sont-ils disponibles et à portée de
mains pour l'accouchement :(...)

1. oui 2. Non

- Juste après la naissance :

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

- 1. oui 2. non

Si oui a-t-elle reçu

➤ La mère a-t-elle saigné anormalement : (...) 1.oui 2.

Non

Si oui demande de l'aide

➤ La mère a-t-elle besoin de commencer : le sulfate de
magnésium :(...)

1. oui 2.non

Si oui a-t-elle reçu

• Avant la sortie

➤ Est-ce que le saignement de la mère est maîtrisé : (...)

1. oui 2.non

➤ Est-ce la mère doit commencer les antibiotiques : (...)

1.oui 2.non

➤ Est-ce que le bébé tète bien :(...)

1. oui 2.non

V. Respect des 4 étapes :(...)

1. Oui 2.non

VI. Remplissage correct :(...)

1. Oui 2.non

VII. Respect des 24 h de surveillance post -partum (...)

1. Oui 2.non

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

1. Césarienne

2. Voie basse

IX. Nouveau-né :

A. Apgar : (...)

1- <7

2- >7

Poids:(.....)

1- <2500g

2- <2500g-4000g>

3- >4000g

X. Nouveau-né référée à la pédiatrie :(…)

1. Oui 2. Non

XI. Motif de la référence:(…)

1- Souffrance néonatale

2- Détresse respiratoire

3- Prématurité

4- Macrosomie

5- Autres

XII. Etat du N Ne à la sortie :(…)

1. Vivant 2. Décédé

XIII. Etat de la mère à la sortie (…)

1. Vivante 2. Décédé

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

1. Sage-femme 2. Interne 3.IO 4. Matrone

Annexe 7

FICHE SIGNALETIQUE :

Nom : KONARE

Prénom : Cheickna

Tel : (00223) 74745269

Titre : Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé en commune CVI du district de Bamako.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé :

Introduction : Les listes de contrôle sont des outils utiles pour organiser des processus aussi complexes et importants. Selon l'OMS ,303 000 femmes sont décédées dans le monde en 2015 en raison de problèmes liés à la grossesse ou l'accouchement et 2,8 millions de nouveau-nés sont morts avant l'âge de 28 jours.

Objectif : était : Evaluer la qualité de remplissage, Déterminer la fréquence d'utilisation, Evaluer l'impact de l'utilisation de la CI OMS sur la surveillance du travail d'accouchement et des accouchées **et de** Déterminer le pronostic materno-fœtal. L'étude a été réalisée dans les onze (11) maternités des centres de santé communautaire de la commune CVI du district de Bamako. C'est une étude prospective et descriptive de 3 mois, allant de 1^{er} octobre 2018 au 31 décembre 2018. Ont été inclus toutes les parturientes et les accouchées de moins de 24 heures admises dans les maternités.

Résultats : La CL a été correctement faite dans **96,15%** des cas. Soit une fréquence d'utilisation de 6,14 % admission. L'impact de l'utilisation de la check-list OMS sur la surveillance du travail d'accouchement et des accouchées a permis de renforcer le système de référence et d'évacuation (hypertension artérielle, éclampsie, hémorragies du troisième trimestre, utérus cicatriciel, diabète, drépanocytose ; hémorragie du post partum ...), le pronostic materno-fœtal : Les nouveau-nés décédés ont représentés seulement 0,70%, les nouveau-nés ont été référés à la pédiatrie pour des raisons différentes soit pour prématurité

2,11% ; souffrance néonatale 2,11% ; d'hypotrophie 1,41%. Un cas de décès néonatal précoce avant leurs sorties. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel.

Conclusion : La Check-list est un outil facile à utiliser, sa vulgarisation et son application correctes apporteront plus de rigueur dans la surveillance du travail d'accouchement et des suites de couches. Morbidités et mortalités maternels et néonatales.

Mots clés : Check-list, Puerpéralite, Nouveau-né, accouchement ; Pronostic materno-fœtal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure