



Article Original

Utilisation de la Check-List de l'OMS pour un Accouchement Sécurisé à la Maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Using the WHO checklist for a safe delivery at the maternity ward of Fousseyni Daou Hospital in Kayes

Macalou B¹, Diassana M¹, Dembele S¹, Sidibe A², Hamidou A², Tangara A¹, Haidara M³, Kane F⁴, Sylla C⁵, Bocoum A⁵, Traore S⁶

RÉSUMÉ

1: Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de KAYES
 2: Centre de santé de référence de KAYES
 3: Centre de sante de référence de kalaban- coro
 4: Centre de sante de référence de Bla
 5: Département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE
 6: Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de SIKASSO

Auteur correspondant : Macalou Ballan

Email : ballanmacalou@gmail.com;
 Tel : +22375440385

Mots clés : check-list, accouchement, suites de couches

Keywords : checklist, childbirth, diaper suites.

Introduction. La check-list ou liste de vérification, est un document construit dans le but de ne pas oublier les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. Le but était d'étudier l'utilisation de la check-list OMS sur la surveillance du travail d'accouchement et des accouchées dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Patients et méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données du 1^{er} aout 2017 au 31 juillet 2019 soit deux années. Ce travail sur l'utilisation de la check-list OMS avait porté sur toutes les parturientes et les accouchées de moins de 24 heures admises dans le service. Étaient exclues de cette étude les gestantes non en travail et les patientes admises après 24 heures du post-partum. La saisie des données a été faite sur Microsoft Word 10 et analysées sur Microsoft Excel 10, logiciel IBM SPSS 20.0. **Résultats.** Pendant la période d'étude nous avons admis 8732 parturientes ou accouchées ressententes. La check-list a été utilisée dans 99,6 % des cas et l'utilisation était correcte dans 98,6% des cas. Le travail d'accouchement et les suites de couches ont été correctement surveillés dans 93,5% des cas. L'utilisation du partogramme dans 99,8% des cas. L'administration adéquate des antibiotiques, du sulfate de Magnésium des anti rétroviraux chez les patientes qui avaient besoin de ces produits avec des taux respectifs 100%, 98,34% et 82,49%. La surveillance du travail d'accouchement pendant 24 heures a été respectée dans 85% des cas et 100% des nouveau-nés qui devaient être référés à la pédiatrie ont été transférés dans ce service. Nous avons enregistré un taux de mortinaissance 1,09 % (96/8732) et 15 décès maternels soit un taux de 0,17%. **Conclusion.** La Check-list est un outil facile à utiliser, sa vulgarisation et son application correcte 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.

ABSTRACT

Introduction. The Checklist is a document built with the aim of not forgetting the necessary steps of a procedure to be carried out with the maximum security. The aim was to study the use of the WHO checklist on the monitoring of labour and births in the obstetric gynecology department of the Hopital Fousseyni Daou of Kayes. **Patients and methods.** This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection from August 1, 2017 to July 31, 2019, i.e. two years. This work on the use of the WHO recruited covered all parturients and births of less than 24 hours admitted to the service. Excluded from this study were non-working pregnant and patients admitted after 24 hours of postpartum. The data entry was done on Microsoft Word 10 and analyzed on Microsoft Excel 10, IBM SPSS 20.0 software. **Results.** During the study period we admitted 8732 parturients or births. The checklist was used in 99.6% of cases and use was correct in 98.6% of cases. Childbirth labour and diaper suites were properly monitored in 93.5% of cases. The use of the partogram in 99.8% of cases. The proper administration of antibiotics, magnesium sulphate from antiretrovirals in patients who needed these products with rates of 100%, 98,34% and 82,49% respectively. Monitoring of labour for 24 hours was respected in 85% of cases and 100% of newborns who were to be referred to paediatrics were transferred to this ward. We recorded a stillbirth rate of 1.09% (96/8732) and 15 maternal deaths, a rate of 0.17%. **Conclusion.** The checklist is an easy-to-use tool, its popularization and correct application will bring more rigour in the monitoring of labour and diaper suites which will certainly help to improve the quality of services.

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce qui est connu du sujet**

La check-list a pour but de rappeler les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. Elle est utilisée dans d'autres domaines et est en implantation dans le domaine de l'accouchement

La question abordée dans cette étude

L'utilisation de cet outil de surveillance des parturientes et des accouchées à l'hôpital de Fousseyni Daou de Kayes

Ce que cette étude apporte de nouveau

La check-list a amélioré les pratiques et diminué la mortalité maternofoetale en apportant plus de sécurité dans le processus de l'accouchement.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Une vulgarisation de l'outil améliorerait la qualité des services de la santé de la mère et de l'enfant au Mali.

INTRODUCTION

L'accouchement est un processus complexe, la certitude qu'un accouchement soit sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue. 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. La mortalité maternelle et néonatale est un problème de santé publique.

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. La majorité de ces décès ont eu lieu dans des environnements limités en ressources et la plupart aurait pu être évité. [1]

Malgré l'intérêt accordé à la santé maternelle ces dernières décennies au Mali, à travers notamment l'organisation du système de référence évacuation, les politiques de gratuité de la césarienne (2005), de gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez les femmes enceintes (2010) et l'institutionnalisation de la notification des décès maternels, péri et néonataux (2017), la grossesse et l'accouchement restent associés à des risques élevés pour les mères. En 2018 le rapport de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes et Le taux de mortalité périnatale est estimé à 38 %. Le risque de décès maternel sur la durée de vie est estimé à 0,021. Autrement dit, environ une femme sur cinquante court le risque de décéder des causes maternelles durant sa vie reproductive si les conditions de mortalité et de fécondité demeurent inchangées (EDSMVI). [2]

Dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né l'OMS a lancé en 2012 la collaboration pour la liste de contrôle ou check-list pour un accouchement sécurisé. La check-list ou liste de vérification, est un document construit dans le but de ne pas oublier les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. Son but est de rappeler aux prestataires les étapes nécessaires pour la surveillance du travail d'accouchement et le suivi

du post partum immédiat, dépister et prendre en charge à temps les complications pendant le travail d'accouchement et le post partum immédiat. [3]

En 2015 la checklist a été introduite dans la région de Kayes qui est la première région administrative du Mali. Ce travail initié au niveau de l'hôpital régional Fousseyni de Kayes du MALI (pays en développement) se veut d'évaluer l'utilisation de cet outil de surveillance des parturientes et des accouchées dans notre service.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données du 1^{er} août 2017 au 31 juillet 2019 soit deux années, dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional « Fousseyni Daou » de Kayes/Mali. La région de Kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km² et compte 2338999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes est un établissement public hospitalier de niveau II, avec une capacité de 160 lits répartis entre les services de gynécologie-obstétrique de médecine, spécialités médicales, de pédiatrie, des urgences et de chirurgie. Ce travail sur l'utilisation de la check-list OMS ou liste de vérification, avait porté sur toutes les parturientes et les accouchées de moins de 24 heures admises dans le service. Étaient exclues de cette étude les gestantes non en travail et les patientes admises après 24 heures du post-partum. Les données ont été recueillies à partir des supports de la check-list OMS, des registres (d'accouchement, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation, référence pédiatrique, décès maternels) des carnets de santé mère-enfants, des dossiers obstétricaux. Les variables analysées étaient: la fréquence d'utilisation de la check-list OMS, la recherche de l'anémie (taux d'hémoglobine) au cours des consultations prénatales, la prise en charge thérapeutique (la qualité des soins appropriés), la qualité du respect de la surveillance au cours du travail d'accouchement et dans le post partum et l'évolution (le pronostic fœtal et maternel). La saisie des données a été faite sur Microsoft Word 10 et analysées sur Microsoft Excel 10, logiciel IBM SPSS 20. Sur le plan éthique le consentement éclairé et la confidentialité ont été respectés.

Le concept du respect des 4 étapes de la check-list OMS: [4]

Étape 1: A l'admission 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. [8-14]

Étape 2: Avant la naissance 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.

Étape 3: Peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) examiner la mère et le nouveau-né peu de temps après la naissance (dans l'heure qui suit) afin de déceler et de traiter les complications pouvant survenir après l'accouchement, d'informer la mère (ainsi que son accompagnant) des signes de danger en présence desquels elle devrait appeler à l'aide.

Étape 4: Avant la sortie examiner la mère et le nouveau-né avant la sortie pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, qu'un suivi a été mis en place, que les options en matière de planification familiale ont été étudiées et proposées à la mère (et à son accompagnant) et qu'elle a été informée des signes de danger à surveiller, chez la mère et chez l'enfant, au cas où il faudrait des soins immédiats dispensés par du personnel qualifié.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude nous avons admis 8732 parturientes ou accouchées ressenties. La check-list a été utilisée dans 99,6 % des cas et l'utilisation était correcte dans 98,6% des cas. Le taux d'hémoglobine était normal chez 96,34% des gestantes au cours des consultations prénatales. Le travail d'accouchement et les suites de couches ont été correctement surveillés dans 93,5% des cas. L'utilisation du partogramme a été respectée dans 99,8% des accouchements. L'administration adéquate des antibiotiques, du sulfate de Magnésium, des antirétroviraux chez les patientes qui avaient besoins de ces produits étaient respectivement 100%, 98,34% et 82,49% (Tableau I)

Tableau I. Répartition des besoins des patientes et des nouveau-nés en fonction de leurs satisfactions

Évaluation des besoins	Antibiotique		Sulfate de Magnésium		de ARV		Transfert du nouveau-né en pédiatrie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Satisfaction de besoins								
Reçu	824	0	864	0	27	0	1563	0
Non reçu	0	7908	23	7868	5	0	0	7242
% de besoins satisfaits	100		98,34		82,49		100	

Les étapes de la checklist étaient respectées dans 98,6% des cas. Le remplissage aussi était correct dans 98,9% des cas.

Tableau IV. Répartition selon la qualification de l'agent ayant utilisé la check-list OMS/ Breakdown by qualification of the agent who used the WHO checklist

Qualification de l'agent ayant utilisé la check-list	Effectif	%
Sages-femmes	5490	62,87
Infirmières-Obstétriciennes	2336	26,75
Internes	865	9,91
Gynécologue-Obstétriciens	41	0,47
Total	8732	100

La voie basse était la voie d'accouchement la plus prédominante 86,63% contre 13,37 % de césarienne. La surveillance du travail d'accouchement pendant 24 heures a été respectée dans 85% des cas. La surveillance des accouchées n'avaient pas objectivé d'hémorragies du post-partum dans 99,95 % contre 0,05 % celles qui l'ont développé. Les nouveau-nés avec un score d'Apgar supérieur à 7 représentaient 93,51 %. Les nouveau-nés avec un poids de naissance situé entre 2500 g et 3999 g ont représenté 84,70 %. Vingt – un % des nouveau-nés devaient être référés à la pédiatrie pour les motifs : prématurité à 65,84 %, souffrance néonatale 25,36 %, hypotrophie 6,01 %, macrosomie 2,11 %, malformation 0,67 % ; ce besoin de transfert en pédiatrie a été satisfait à 100 %. Nous avons enregistré un taux de mortinaissance 1,09 % (96/8732) et 15 décès maternels soit un taux de 0,17 %.

DISCUSSION

La fréquence d'utilisation de la check-list OMS : pendant la période d'étude nous avons admis 8732 parturientes ou accouchées récentes. La check-list a été utilisée dans 99,6 % des cas. Spector JM [5] a trouvé un taux d'utilisation de 95% à l'hôpital du Karnataka, Inde en 2012.

Le remplissage de la check-list OMS : le remplissage de la check-list OMS était correct dans 98,9 % des cas ; Spector JM [5] retrouva la même tendance. L'administration adéquate des antibiotiques, du sulfate de Magnésium, des antirétroviraux chez les patientes qui avaient besoins de ces produits étaient respectivement 100%, 98,34% et 82,49%. Pendant la période d'étude une rupture de vingt jours du sulfate de Magnésium et d'ARV est survenu ce qui pourrait expliquer leurs taux. Ces chiffres indiquent une identification précoce du risque infectieux, et d'éclampsie et permet leur prise en charge rapide. L'utilisation de la check-list permet d'améliorer la sensibilisation des patientes, la communication et le travail d'équipe. La liste de contrôle peut être utilisée par tous les agents de santé qualifiés, dans notre étude elle a été utilisée majoritairement par les sages-femmes 62,87 % et les infirmières-Obstétriciennes 26,75 %. La surveillance du travail d'accouchement pendant 24 heures a été respectée dans 85% des cas et 100% des nouveau-nés qui devaient être référés à la pédiatrie ont été transférés dans ce service. La surveillance des accouchées n'avaient pas objectivé d'hémorragies du post-partum dans 99,95 % contre 0,05 % celles qui l'ont développé. Les 4 étapes ont été respectées dans 98,06% des cas. La voie basse était la voie d'accouchement la plus prédominante 86,63% contre 13,37 % de césarienne; notre

taux de césarienne est inférieur à celui de Diarra A [6] qui a trouvé 10,11% par contre supérieur à celui de Diane H [7] 39%. Dans notre étude 93,51% de nos nouveaux-nés avaient un score d'Apgar entre 7 et 10. Les scores d'Apgar inférieurs à 7 ont représentés 6,49% ce taux est supérieur à celui de Bamba. M [8] et inférieur à celui de Dembele. D [9] qui avaient trouvé respectivement des taux de 6,1% et 56,6%. Les nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2500 g ont représentés 14,86%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par DIANE.H et DIARRA. A [7, 6] qui trouvaient respectivement 41,5% et 71,4% contre 85,14% des nouveau-nés qui ont un poids normal à la naissance (poids entre 2500-3999g) ce taux est supérieur à celui de CAMARA. S [10] qui trouva 81,8%. Notre travail a enregistré un taux de mortalité 1,09% (96/8732) et 15 décès maternels soit un taux de 0,17%.

CONCLUSION

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

Conflits d'intérêts : aucun

Contribution des auteurs

Macalou Ballan Initiateur de l'étude, a fixé les objectifs et est responsable de la coordination des tâches de l'étude.

Co-auteurs :

Diassana Mahamadou et Dembele Sitapha : sont co-initiateurs de l'étude, ont élaborés un draft de

méthodologie, qui a été validé avec l'auteur principal, ont finalisé la rédaction de l'article.

Sidibe Alima, Hamidou Albachar Dicko, Tangara. Adama ont assuré la collecte des données.

Sylla. Cheickna et TRAORE. Soumaila ont assurés le traitement informatique et statistique des données.

Haidara. Mamadou et KANE. Famagan ont assuré les corrections les commentaires et les critiques.

RÉFÉRENCES

1. OMS, Centre des médias. Mortalité maternelle. Aide-mémoire, 2015, N°348.
2. EDS- VI Mali 2018. Mortalité maternelle et néonatal, p : 203.
3. Gawande A. The checklist manifesto: How to get things right. NewYork, Metropolitan Books, 2010.
4. Pronovost P et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related
4. The check-list a tool for error management and performance improvement. Journal of critical care 2006-21,231-235
5. Spector JM et al. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Check-list Program. PLOS ONE, 2012, 7(4): e35151.
6. Diarra A. Nouveau-né vivants de petites poids de naissance ; facteurs étiologiques et pronostic fœtal immédiat au Cs réf commune I de Bko. Thèse de Med2011-11-M-209 p : 74.
7. Diane H. Accouchement chez les adolescentes au Csréf commune V de Bko. Thèse de Médecine 2011 ; 11M265p
8. Bamba M. Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence commune V de 1994-1995 à propos d'une étude rétrospective de 3878 cas. Thèse de Médecine 1995, n°52.
9. Dembélé D. Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le centre de santé de référence commune II de Bko Thèse de Médecine Bko : 2002 ; p :70
10. Camara S. Evaluation de l'utilisation du partogramme au centre de santé de référence commune V de Bko. Thèse de Med Bko : 07M235 p : 57.