



Article original

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

Filling quality of the obstetrical check-list in the community health centers of commune II of Bamako, Mali

SZ Dao*¹, I Dabo¹, K Sidibé², BA Traoré¹, S Konaté¹, E Togo¹, T Traoré², A Coulibaly³, C Sylla⁴, AB Dembélé¹, M Keita⁵, A Samaké⁵, M Haïdara⁶, P Coulibaly⁷, H Sissoko⁸, Y Traoré⁴

Résumé

La check-list est un document qui rappelle aux prestataires de santé les différentes étapes à ne pas oublier afin de donner les meilleurs soins possibles. Son utilisation correcte contribue à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

But : Il était d'évaluer la qualité de remplissage de la check-list dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective descriptive et analytique du 1er mars 2018 au 28 février 2019. Elle a concerné toutes les check-lists des accouchées admises dans ces centres pendant la période d'étude.

Résultats : Le taux d'utilisation de la check-list était de 100%. Les check-lists étaient correctement remplies dans 83,59% des cas. Elles ont été remplies dans 94,99% par les sages-femmes. Il n'y avait pas de relation entre le niveau de qualification des prestataires et la qualité de remplissage des check-lists (Fischer = 3,659 ; P = 0,144).

Conclusion : La check-list est un document permettant aux prestataires d'offrir des soins sécurisés et de qualité avec le maximum de sécurité. Utilisée correctement,

elle contribue à la réduction des décès maternels et périnataux.

Mots-clés : Centres de santé communautaire, check-list, qualité, remplissage.

Abstract

The checklist is a folder that reminds healthcare providers of the different steps to remember in order to give the best possible care. Its correct use contributes to reduce the maternal and perinatal mortality.

Aim: It was to assess the quality of filling out the checklist in community health centers in commune II of Bamako.

Methodology: We carried out a descriptive and analytical retrospective cross-sectional study from March 1, 2018 to February 28, 2019. It concerned all the checklists of childbirths admitted to these centers during the study period.

Results: The checklist utilization rate was 100%. The checklists were correctly filled in 83.59% of the cases. They were filled in 94.99% by midwives. There was no relationship between the level of qualification of providers and the quality of the checklists fillings (Fisher test = 3.659; P = 0.144).

Conclusion: The checklist is a document allowing providers to offer safe and quality care with maximum safety. Used correctly, it contributes to the reduction of maternal and perinatal deaths.

Keywords: Community health centers, checklist, quality, filling.

Introduction

La mortalité maternelle et périnatale constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. La plupart de ces décès surviennent au cours de l'accouchement et dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance [1]. Les principales causes de ces décès sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies et les avortements non sécurisés [2]. Au Mali selon la sixième enquête démographique et de santé (EDSVI), le taux de mortalité maternelle était 325 pour 100000 naissances vivantes et celui des décès néonataux de 33 pour 1000 [3]. L'accouchement est un processus complexe qui nécessite des soins appropriés afin de réduire le risque de complications tant pour la femme que pour le futur bébé. La checklist est un outil essentiel à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des parturientes, des femmes dans le postpartum immédiat, du fœtus au cours du travail d'accouchement et des nouveau-nés [4,5]. Elle prend donc en compte toutes les étapes de l'accouchement et du postpartum immédiat de l'admission de la femme enceinte jusqu'à sa sortie de l'établissement de santé. Elle rappelle aux prestataires de santé les différentes étapes à ne pas oublier afin de donner les meilleurs soins possibles [4,5]. Son remplissage se fait en cochant dans la case d'une procédure écrite après vérification de son exécution. Au Mali, elle a été introduite dans quelques maternités en 2015. Depuis son introduction dans notre pays, une seule étude a été réalisée à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes en 2018 [6]. Selon les résultats de cette étude, l'utilisation de la checklist a permis de faire 94,55% d'accouchements sécurisés. Elle a été introduite dans le district de

Bamako le 1er Mars 2017. L'absence d'étude sur la qualité de son remplissage nous a amené à initier ce travail en nous fixant comme objectifs de déterminer sa fréquence d'utilisation, de préciser le niveau de qualification des prestataires ayant rempli ces checklists et d'analyser la qualité de son remplissage.

Méthodologie

Notre étude a été réalisée dans les maternités des 7 centres de santé communautaires (CSCOM) de la commune II de Bamako. Les 7 CSCOM de la commune II de Bamako sont les Associations de Santé Communautaire de l'Hippodrome (ASOCOHI), de Médine (ASACOME), de Ngomi (ASACOGO) et de Bagadadji (ASACOBAG) ; de l'Association Bozolaïse de Santé Communautaire (ABOSAC) ; du centre de santé communautaire de Bozola, Niaréla et Bagadadji (BONIABA) et du centre de santé Benkadi. Ces centres représentent le premier niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective descriptive et analytique du 1er mars 2018 au 28 février 2019 soit un an après le début de l'utilisation de la checklist dans les centres. Elle a concerné toutes les checklists des accouchées admises dans ces centres pendant la période d'étude. Les checklists ont été considérées comme correctement remplies, lorsque tous ses items ont été bien cochés et incorrectement remplies dans le cas contraire. Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 21. Les tests statistiques utilisés ont été le khi2 et le test de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Résultats

Du 1er mars 2018 au 28 février 2019, nous avons colligé 2096 accouchements dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako. La checklist a été utilisée pour chacun de ces accouchements soit un taux d'utilisation de 100%.

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

Centres de santé	Qualification des prestataires			Total
	Médecin	Sage-femme	Infirmière obstétricienne	
ABOSAC	14(0,66%)	207(9,88%)	0(0%)	221(10,54%)
BONIABA	1(0,04%)	214(10,21%)	12(0,58%)	227(10,83%)
BENKADI	2(0,09%)	380(18,13%)	0(0%)	382(18,22%)
ASACOH	0(0%)	648(30,92%)	0(0%)	648(30,92%)
ASACOGO	0(0%)	30(1,43%)	24(1,15%)	54(2,58%)
ASACOME	2(0,09%)	394(18,80%)	40(1,91%)	436(20,80%)
ASACOBAG	0(0%)	118(5,63%)	10(0,48%)	128(6,11%)
Total	19(0,91%)	1991(94,99%)	86(4,10%)	2096(100%)

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

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

Centres de santé	Qualité de remplissage		Total
	Correctement remplie	Incorrectement remplie	
ABOSAC	182(8,68%)	39(1,86%)	221(10,54%)
BONIABA	161(7,68%)	66(3,15%)	227(10,83%)
BENKADI	249(11,88%)	133(6,34%)	382(18,22%)
ASACOH	592(28,25%)	56(2,67%)	648(30,92%)
ASACOGO	39(1,86%)	15(0,72%)	54(2,58%)
ASACOME	412(19,66%)	24(1,14%)	436(20,80%)
ASACOBAG	117(5,58%)	11(0,53%)	128(6,11%)
Total	1752(83,59%)	344(16,41%)	2096(100%)

Tableau III : Notification des paramètres à l'admission

Paramètres	Notifiés (%)	Non notifiés (%)	Total
Présence du carnet de consultation prénatale	89,79	10,21	100
Visites anténatales et taux d'hémoglobine	89,79	10,21	100
Disponibilité des gants et des produits pour laver les mains	89,79	10,21	100
Disponibilité des matériels recommandés pour l'accouchement	89,79	10,21	100
Nécessité d'évacuation ou pas	89,79	10,21	100
Nécessite de commencer le partogramme	89,21	10,79	100
Phase du début de partogramme	89,12	10,88	100
Administration d'antibiotique à la mère	89,21	10,79	100
Administration du sulfate de magnésium à la mère	88,17	11,83	100
Administration des antirétroviraux à la mère	88,30	11,70	100
Proposition d'un test de dépistage VIH si statut méconnu	88,07	11,93	100
Présence d'une accompagnante à l'accouchement	88,83	11,17	100
Demande de l'aide au besoin	88,88	11,12	100

Tableau IV : Notification des paramètres à la dilatation complète ou avant la césarienne.

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

Tableau V : Notification des paramètres juste après la naissance.

Paramètres	Notifiés (%)	Non notifiés (%)	Total
Saignements	97,13	2,87	100
Administration d'antibiotique à la mère	97,13	2,87	100
Administration du sulfate de magnésium à la mère	97,13	2,87	100
Besoin de transférer du nouveau-né	97,04	2,96	100
Administration d'antibiotique au nouveau-né	97,04	2,96	100
Soins spécifiques au nouveau-né	97,04	2,96	100
Administration d'un traitement antirétroviral au nouveau-né	96,99	3,01	100
Contact peau à peau et allaitement	97,04	2,96	100
Compréhension des signes de dangers	97,09	2,01	100

Tableau VI : Notification des paramètres avant la sortie.

Paramètres	Notifiés (%)	Non notifiés (%)	Total
Maitrise du saignement chez la mère	94,90	5,10	100
Administration d'un antibiotique à la mère	94,85	5,15	100
Administration d'un antibiotique au nouveau-né	94,85	5,15	100
Qualité du tété du nouveau-né	94,70	5,30	100
Disponibilité d'ARV pour le nouveau-né de mère VIH+	94,22	5,78	100
Options de planification familiale	81,29	18,71	100
Prescription du fer à la mère	81,29	18,71	100
Rappel du calendrier de suivi postpartum	81,29	18,71	100

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

Qualification du prestataire	Qualité de remplissage		Total
	Correctement remplie	Incorrectement remplie	
Médecin	15(0,72%)	4(0,19%)	19(0,91%)
Sage-femme	1656(79,01)	335(15,98%)	1991(94,99%)
Infirmière obstétricienne	81(3,86)	5(0,24%)	86(4,10%)
Total	1752(83,59)	344(16,41%)	2096(100%)

Le test de Fisher=3,659, P=0,144

Discussion

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude sur la qualité de remplissage de la check-list ce qui ne nous a pas permis de faire des discussions concernant certaines parties.

Du 1er mars 2018 au 28 février 2019, sur un total de 2096 accouchements dans les CSCOM de la commune II, la check-list a été utilisée pour chacun de ces accouchements soit une fréquence de 100%. Notre fréquence est proche de celle de Tangara A [6] qui a trouvé 99,86% d'utilisation de check-lists en 2018 à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Ces fréquences élevées s'expliquent par le fait que l'introduction de la check-list dans les établissements de santé au Mali, a été suivie par plusieurs visites de coachings dans ces centres afin d'inciter les prestataires de santé à son

utilisation régulière et à son remplissage correct. De ce fait, il est rare de nos jours de voir un accouchement sans son utilisation.

Les sages-femmes étant les premières responsables de la gestion de la salle d'accouchement, elles ont comme devoir le remplissage des check-lists et la surveillance des femmes enceintes dès leurs admissions jusqu'à leurs sorties. C'est dans ce cadre que 94,99% des check-lists, ont été remplies par les sages-femmes, 4,1% par les infirmières obstétriciennes et 0,91% par les médecins. Notre taux est supérieur à celui trouvé par Tangara A [6] où 88% des check-lists avaient été remplies par les sages-femmes, 11% par les médecins et 4,10% par des infirmières obstétriciennes.

Dans notre étude 83,59% des check-lists ont été correctement remplies par les prestataires. Il n'y'avait pas de relation statistiquement significative entre le

niveau de qualification des prestataires et la qualité de remplissage des check-lists ($P=0,144$; Fisher=3,659). Sow F [7] a trouvé 79% de check-lists correctement remplies au bloc opératoire du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Tangara A [6] a noté 94,55% de check-lists bien remplies dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Fousseyni Daou de Kayes. Ces taux quoique élevés, nous semblent faibles étant donné que l'objectif c'est 100% de check-lists correctement remplies. Le taux élevé de check-lists mal remplies malgré les différentes visites de coaching peut s'expliquer par la négligence de certains prestataires de santé.

Les différents paramètres à notifier varient en fonction des différentes étapes de la check-list :

A l'admission :

La présence du carnet de CPN et la vérification de son contenu aident à avoir des informations sur le déroulement de la grossesse. Elle a été notifiée dans 89,79% des cas. La réalisation du taux d'hémoglobine permet au prestataire de diagnostiquer précocement s'il y'a eu une anémie au cours de la grossesse. Elle a été notifiée dans 89,79% des cas. Eléments essentiels de la prévention des infections, la disponibilité des gants et des produits pour laver les mains pour chaque examen vaginal évite avec le maximum de sécurité de transmettre les germes aux nouveau-nés, à la mère et aux prestataires de santé. Elle a été consignée dans 89,79% des cas. L'évacuation ou pas des patientes doit être décidée dès son admission dans l'établissement de santé. Elle permet d'assurer une prise en charge adaptée. Elle a été notifiée dans 89,79% des cas. Le partogramme est un outil indispensable à la surveillance du travail d'accouchement. Sa notification permet au prestataire de suivre tous les paramètres relatifs au déroulement du travail afin de diagnostiquer précocement toutes les anomalies et de faire une prise en charge précoce et adaptée. Sa notification a été faite dans 89,19% des cas. La nécessité d'administrer ou pas des antibiotiques à la mère a été notifiée dans 89,21% des cas. Les antibiotiques doivent être administrés à la mère dès son admission en salle d'accouchement en

cas de rupture des membranes de plus de 12 heures, d'écoulement vaginal malodorant et de fièvre avec une température supérieure ou égale à 38°C avec un test de diagnostic rapide (TDR) de paludisme négatif. Pour l'OMS, le délai de rupture des membranes doit être supérieur à 18 heures [4] mais le Mali a opté pour une durée supérieure à 12 heures. L'administration du sulfate de magnésium est indiquée en cas de prééclampsie sévère ou d'éclampsie. Elle permet de réduire la mortalité maternelle liée à cette pathologie. Sa nécessité d'administration ou pas, a été notifiée dans 88,17% des cas. La notification de la nécessité d'administrer ou pas des antirétroviraux (ARV) chez la mère a comme but la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Elle a été consignée dans 88,30% des cas. La proposition d'un test de dépistage en cas de statut HIV méconnu a été notifiée dans 88,07% des cas. Elle permet de connaître le statut sérologique de la mère afin de prévenir la transmission mère enfant du VIH. La présence d'une accompagnante a été mentionnée dans 88,83% des cas. Elle permet de rassurer la patiente. La notification des explications sur les signes de dangers qui nécessitent que la patiente demande de l'aide a été faite dans 88,88% des cas. Ces signes sont les saignements, de fortes douleurs abdominales, des maux de tête sévères ou des troubles visuels, des difficultés à uriner et l'envie de pousser. Ils permettent aux patientes d'alerter immédiatement le prestataire qui doit prendre des mesures urgentes.

A dilatation complète ou avant la césarienne :

La nécessité d'administrer ou pas des antibiotiques à la mère a été consignée dans 94,94% des cas. Les indications d'antibiotiques à la mère à dilatation complète sont un travail prolongé supérieur à 12 heures, une rupture des membranes supérieure à 12 heures, un écoulement vaginal malodorant, une fièvre supérieure ou égale 38°C avec un TDR de paludisme négatif. Un antibiotique doit être administré également en cas de césarienne même si la femme n'est pas à dilatation complète. La nécessité d'administration ou pas du sulfate de magnésium a été notifiée dans 94,94% des cas. La disponibilité des produits et matériels essentiels et à porter de mains pour l'accouchement

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

Juste dans l'heure qui suit l'accouchement :

La notification des saignements de la mère permet au prestataire de savoir la quantité de sang perdue de l'accouchée dans le post-partum. Elle a été notifiée dans 97,13% des cas. Elle permet de prendre des mesures appropriées en cas de saignement anormal. La nécessité d'administrer des antibiotiques et du sulfate de magnésium à la mère a été notifiée dans 97,13% des cas. La notification de transférer le nouveau-né, d'administration des antibiotiques et de soins spécifiques aux nouveau-nés a été faite dans 97,04%. Les antibiotiques sont donnés au nouveau-né si la mère a reçu des antibiotiques, si le bébé a une fréquence respiratoire supérieure à 60 par minutes ou inférieure à 30 par minutes, en cas de tirage sous costal marqué, de geignements expiratoires ou de convulsions, en cas de faible réactivité à la stimulation, en cas de température inférieure à 35°C qui n'augmente pas malgré le réchauffement ou en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C. Quant aux soins spécifiques, ils doivent être administrés si le nouveau-né a un petit poids de naissance, si une réanimation est requise. La nécessité d'administrer des ARV a été consignée dans 96,99% des cas. Le contact peau à peau juste après la naissance donne un grand lien d'affection entre le nouveau-né et sa mère et évitera une hypothermie chez le nouveau-né. Il a été consigné dans 97,04% des cas. La notification des explications sur les signes de dangers qui nécessitent que la patiente demande de l'aide a été faite dans 88,88% des cas. Ces signes sont les saignements, de fortes douleurs abdominales,

des maux de tête sévères ou des troubles visuels, des difficultés à uriner et l'envie de pousser. Ils permettent aux patientes d'alerter immédiatement le prestataire qui doit prendre des mesures urgentes.

Avant la sortie :

La durée d'hospitalisation doit être d'au minimum 24 heures. La maîtrise du saignement avant la sortie rassure le prestataire que l'accouchée peut rentrer sans danger. Elle a été mentionnée dans 94,90% des cas. La nécessité d'administrer des antibiotiques à la mère avant la sortie a été consignée dans 94,85% des cas. Les antibiotiques sont donnés au nouveau-né si la mère a reçu des antibiotiques, si le bébé a une fréquence respiratoire supérieure à 60 par minutes ou inférieure à 30 par minutes, en cas de tirage sous costal marqué, de geignements expiratoires ou de convulsions, en cas de faible réactivité à la stimulation, en cas de température inférieure à 35°C qui n'augmente pas malgré le réchauffement ou en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C. Sa notification a été dans 94,85% des cas. La notification de la qualité du tété du nouveau-né permet de savoir si le nouveau-né a une très bonne succion ; elle a été notifiée dans 94,70% des cas. La disponibilité d'ARV pour le nouveau-né, si mère séropositive est une situation importante à connaître pour faciliter et aider la nouvelle accouchée de faire un allaitement maternel dans la plus grande sécurité pour éviter un risque de transmission mère-enfant du VIH. Elle a été notifiée dans 94,22% des cas. Le counseling sur les options de planification familiale aide l'accouchée à choisir une méthode pour l'espacement de ses enfants et évite la malnutrition chez le nouveau-né. Elle a été consignée dans 81,29% des cas. La notification de la prescription du fer chez la mère pour une durée de deux mois avant la sortie a pour but la prévention de l'anémie dans le postpartum. Elle a été consignée dans 81,29% des cas. La notification du rappel à la mère du calendrier de suivi postpartum est faite dans le but de cerner vite des situations anormales dans le post partum. Sa notification a été faite dans 81,29% des cas.

Conclusion

La check-list est un document permettant aux prestataires d'offrir des soins sécurisés et de qualité avec le maximum de sécurité. Son utilisation correcte contribue à rehausser la qualité des services et à réduire les décès maternels et néonataux.

*Correspondance

Seydou Z DAO

seydouzd@yahoo.fr

Disponible en ligne : 04 Avril 2022

- 1 : Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali
- 2 : Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou, Mali
- 3 : Centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako, Mali
- 4 : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 5 : Centre de santé de référence de la commune VI, Bamako, Mali
- 6 : Centre de santé de référence de Kalaban-Coro, Koulikoro, Mali
- 7 : Hôpital Sominé Dolo, Mopti, Mali
- 8 : Centre de santé de référence de la commune III, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit de intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation Mondiale de la santé. Une nouvelle liste de contrôle ciblant les principales causes de décès de mères et de nouveau-nés [Internet]. OMS 2015 [Cité le 10 janvier 2021]. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-newborn-deaths/fr/index.html>.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. La mortalité maternelle

[Internet]. OMS 2019 [Cité le 15 janvier 2021]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

- [3] 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), ICF. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés [Internet]. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF; 2019 [cité le 21 janvier 2021]. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>
- [4] Organisation Mondiale de la Santé. Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement [Internet]. OMS 2015 WHO/HIS/SDS/2015.26 [Cité le 15 janvier 2021]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206539/WHO_HIS_SDS_2015.26_fre_id=95E889E5040C8858C0C925E9275B5493?sequence=1
- [5] Organisation Mondiale de la Santé. Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. Guide de mise en œuvre : Améliorer la qualité de l'accouchement en établissement de soins pour les mères et les nouveau-nés [Internet]. OMS 2016 [Cité le 18 janvier 2021]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206538>
- [6] Tangara A. Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd, Bamako 2018, N°18M149
- [7] Sow F. Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Thèse Méd, Bamako 2013, N°13, 207p

Pour citer cet article :

SZ Dao, I Dabo, K Sidibé, BA Traoré, S Konaté, E Togo et al. Qualité de remplissage de la check-list obstétricale dans les centres de santé communautaires de la commune II de Bamako, Mali. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 35-41