


Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FMOS

Année universitaire 2019-2020

Thèse N° : /

THESE

**LES DETERMINANTS DE LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME
PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA) DE QUALITE
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V DE BAMAKO - MALI**

Présenté et Soutenu publiquement le.../ .../2020 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par :

Mlle. GLADYS JOCELINE TCHIAKPE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)
ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

JURY

- Président :** Professeur TRAORE Alhassane
Membre : Docteur DOUMBIA Saleck
Co-Directeur : Docteur TRAORE Soumana Oumar
Directeur : Professeur MAÏGA Aboubacar

Dédicaces

A Dieu tout puissant, l'omniscient, l'omnipotent, l'omniprésent celui sans qui ce jour n'aurait pas été vu.

Aux mânes de nos ancêtres qui ont su veiller sur moi tout au long de ce parcours.

A mon Cher Papa, TCHIAKPE Akoninsou Norbert dit Hounnongan Dèfodji TCHEDJI II Chef Suprême De Thron Kpèto Déka Alafia,

Malgré vos nombreuses responsabilités et occupations vous avez toujours été là pour nous tant que père. La route a été longue et parsemée d'embûches, de mon rêve de petite fille de devenir un jour médecin vous m'avez toujours apporté votre soutien. Mon Papa Chéri pour rien au monde je ne vous échangerais. En guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour, je vous dédicace ce travail de longue haleine.

Que Dieu et nos mânes de nos ancêtres puissent vous garder le plus longtemps possible auprès de nous afin que vous puissiez jouir de vos efforts.

A ma Maman AGBEGNINO Akouavi Yvette dit Nazounmèton.

Femme forte et brave, aucun mot n'est assez fort pour vous remercier. Votre affection et votre amour inconditionnel m'ont permis d'atteindre aujourd'hui mon objectif. Vous avez été présente à chaque instant de ma vie. Aujourd'hui maman vos sacrifices et vos bénédictions ont payé. Je m'associe à mes frères pour vous remercier du plus profond de mon cœur.

Je prie DIEU chaque jour de vous garder longtemps auprès de nous et en excellente santé afin que vous puissiez bénéficier des revenus de votre dur labeur.

A feu DEGUENON Arsène Nonvignon Magendie,

A toi mon bébé d'amour, je me permets de t'appeler encore ainsi parce que c'est ce que tu as été pour moi. J'aurais voulu que tu sois là aujourd'hui pour voir le fruit de tes efforts mais Dieu en a voulu autrement. Comme l'a dit Birago DIOP dans souffles « les morts ne sont pas morts... », J'ose croire que tu es toujours là. Où que tu sois, je sais que tu veilleras toujours sur moi comme tu as toujours su le faire, tu nous manques.

Remerciements

A la Nation Malienne

Le Mali, une terre d'hospitalité, avec un peuple d'honneur et de partage. Tu m'as accueilli et vu grandir en maturité. Qu'Alla dans son infinie bonté te bénisse, t'accorde la paix et l'unité.

A ARNAUD MONKOUN dit Togbé hindowa Papa Sron

Plus qu'un grand frère, tu as toujours été là, merci infiniment pour le rôle joué et le soutien.

A Mahouton Vincent HOUNDEKON : Ton soutien moral et affectif ont été inestimables pour la réalisation de ce travail. Trouve ici l'expression de ma reconnaissance profonde.

A mes frères et sœurs

Vous avez su m'apporter amour et protection. Merci de m'encourager et de me donner la force. La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez en ce modeste travail l'expression de mon amour et de profond attachement. Que Dieu puisse veiller sur vous afin que vos divers projets se réalisent.

A la famille du feu DEGUENON Arsène Nonvignon Magendie. Je vous remercie pour votre soutien moral et affectif. Que Dieu vous bénisse abondamment et vous assiste.

A mes oncles, tantes, grande mères paternels et maternels merci pour vos diverses prières et encouragements.

A mes neveux et nièces, merci je vous aime

A la famille DOUMBIA du Point G Merci pour l'hospitalité.

A l'Association des Etudiants et Stagiaires Béninois vivants au Mali (AESBM) : Acceptez l'expression de mes sincères remerciements.

A mes aînés de l'association devenus médecins et ingénieurs Merci pour les conseils et enseignements donnés.

A mes amis et compagnons de route : Kharlynce-Lyce GODONOU, Elodie TOKPANOUE, Aminata BALLO, Adriel YEKPOGNI, Fawaz BATABORI, Charbel AHOUCANDJINOUC, Ghislain AHOUCANSOUC, Chani MARIKO

La route a été longue et laborieuse mais nous y sommes arrivés. Que Dieu vous assiste dans votre carrière.

A mes amis de l'IOTA : Barmax, Géresse Merci pour le soutien et l'encouragement.

A mes maîtres médecins :

Dr Soumana O. TRAORE, Dr Oumar M. TRAORE, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saoudatou TALL, Dr Fa-Issif KOUYATE, Nouhoum DIAKITE

Merci pour la qualité de l'enseignement et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité et de réussite dans toutes vos entreprises.

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V et en Particulier ceux de mon équipe de garde : Balla Moussa SAMAKE, Oumar DEMBELE, Ousmane YANOUCUE, Charles DIONI, Daouda GOITA ; Alfousseni COULIBALY,

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour votre soutien et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

Aux aînés qui m'ont précédé dans l'équipe : Abdoulaye SAGARA, Siaka BAGAYOGO

Merci pour la qualité du conseil et de l'enseignement que j'ai reçu auprès de vous.

A tout le personnel du CSRéf de la Commune V du District de Bamako :

Merci pour les conseils, la disponibilité constante, la qualité de la collaboration et surtout pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé.

Au Dr Eric Evènassè MICHOAGAN : Merci de m'avoir orienté tout au long de ce parcours médical.

A mes jeunes sœurs Damienne GBESSEMEHLAN, Ornella DOSSA : merci et bonne continuation pour la suite.

A Ousmane YANOGUE, Sidiki SIDIBE, Abou SOGODOGO, Francis DEMBELE, Dr Mamadou Traoré ... Vous avez contribué à l'élaboration de ce travail. Que Dieu bénisse vous et vos familles respectives.

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) : Merci pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.

A tous mes voisins de ma cour : Merci à vous, bonne chance pour la suite **A toutes les femmes décédées des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement :** Que le tout puissant vous accorde la paix de l'âme.

A mes grands-pères feu AGBEGNINOU Martias, feu Hounnongan

TCHEDJI I : Merci pour vos bénédictions, repos éternel

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ma formation depuis mon cours primaire jusqu'à ce jour : soignez en remercier.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Alhassane TRAORE

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique,
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS),
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F),
- Membre de la Société Internationale de hernie (AMEHS),
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS)
- Membre de la Société Africaine Francophone de chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D).

Cher Maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de juger ce modeste travail. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Saleck DOUMBIA

- Gynécologue – Obstétricien
- Praticien hospitalier au CS Réf CV
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie
- Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie -
Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir de vous compter parmi les membres du jury, malgré vos multiples et importantes occupations. Vos qualités humaines, votre disponibilité et votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup marqué. Nous vous prions de bien vouloir recevoir nos humbles remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Soumana Oumar TRAORE ▪

Gynécologue – Obstétricien

- Praticien hospitalier au CSRéf CV
- Maître-assistant à la FMOS
- Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009.
- Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC).
- Leaders d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Aboubacar MAÏGA

- Maître de conférence à la FMOS
- Chef adjoint de DER des sciences fondamentales à la FMOS
- Enseignant chercheur au MRTC et de DEAP
- PhD en immunologie à l'université de Stockholm en Suède ▪ Responsable de cours d'immunologie à la FMOS.

Honorable Maître,

C'est un plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Nous avons été profondément touchés par votre disponibilité et votre abord facile. Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et la déontologie font de vous un maitre admiré et respecté.

Veillez recevoir ici cher maitre l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADASCO	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
ASCODA	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou
ASACOGA	: Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou
ASACOKAL	: Association de Santé Communautaire de Kalaban-coura
ASACOKALA	: Centre de Santé Communautaire de kalaban-coura
ASACOKALKO	: Centre de Santé Communautaire de kalaban-coura koko
ASACOTOQUA	: Association de Santé Communautaire de Torokorobougou et Quartier Mali
ASACORAK	: Association de Santé Confessionnelle Rama de Kalaban-Coura
ASACOSAB	: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou
ASCOMBACODJI	: Centre de Santé Communautaire de Bacodjicoroni
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CICM	: Institut Malien de Conseil en Management
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Périnatale
CPON	: Consultation Postnatale
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf	: Centre de Santé de Référence
DES	: Diplôme d'Etude Spécialisée.
DHN	: Désinfection de Haut Niveau
DTC	: Directeur Technique du Centre
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FFI	: Faisant Fonction d'Internes
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
HPP	: Hémorragie du Post Partum
HPPI	: Hémorragie du Post Partum Immédiat
HRP	: Hématome Rétro Placentaire
IC	: Intervalle de Confiance
IM	: Intra Musculaire
IO	: Infirmière Obstétricienne
IV	: Intra Veineuse

Km	: Kilomètre
ml	: Millilitre
GESTA	: Gestion du Travail et de l'Accouchement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PDSC	: Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PP	: Placenta Prævia
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
SAA	: Soins Après Avortement
SF	: Sages Femmes
SLIS	: Système Locale d'Information Sanitaire
TA	: Tension Artérielle
TCC	: Traction Contrôlée du Cordon
UI	: Unité Internationale
VIH	: Virus de Immuno Humaine
µg	: Microgramme
°c	: Degré Celsius
%	: Pourcent
<	: Inférieure
>	: Supérieure
≤	: Inférieure ou égale
≥	: Supérieure ou égale
±	: Plus ou moins

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties	5
Figure2 : rétraction utérine	9
Figure 3 : mode Baudelocque (a), mode Duncan(b)	10
Figure 4 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance	11
Figure 5 : Délivrance artificielle	13
Figure 6 : Délivrance artificielle	14
Figure 7. Poser l'enfant sur le ventre de sa mère	15
Figure 8. Administration de l'ocytocine 10 UI en IM dans la minute qui suit la naissance du nourrisson	16
Figure 9. Clampage du cordon à proximité du périnée	19
Figure 10. Palper l'utérus pour une contraction, maintenir une légère tension sur le cordon	20
Figure 11. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée	21
Figure 12. Prise du placenta avec les mains	22
Figure 13. Délivrance du placenta	23
Figure 15 : vérifier le côté maternel	25
Figure 16 : vérifier les membranes	25
Figure 17. Examen doux de la partie basse du vagin et du périnée	29
Figure 18 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.	46
Figure 19 : Cadre Organique des CSComs	47
Figure 20 : Répartition des patientes selon la nature de l'activité professionnelle	64
Figure 21 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	64
Figure 22 : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation.	65
Figure 23 : Répartition des patientes selon la gestité	65
Figure 24 : Répartition des patientes selon la parité	66
Figure 25 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	66
Figure 26 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	67
Figure 27 : Répartition selon l'âge des prestataires de service.	67
Figure 28 : Répartition selon le sexe des prestataires de service	68
Figure 29 : Répartition selon la qualification des prestataires de service	68
.....	69
Figure 30 : Répartition selon l'expérience professionnelle des prestataires de service.	69
Figure 31 : Répartition des prestataires de service selon la notion de formation sur la GATPA.	

.....	
69 Figure 32 : Répartition des prestataires de service selon le moment (cumul) de formation sur la GATPA.	70
Figure 33 : Répartition prestataires de service selon le délai depuis la dernière formation sur la GATPA.	70
Figure 34 : Répartition des patientes selon l'assurance de l'absence d'un autre fœtus dans l'utérus avant l'administration de l'ocytocine.	71
Figure 35 : Répartition des patientes selon le délai d'injection de l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement (1 ^{ère} étape clé).	71
Figure 36 : Répartition selon la traction contrôlée du cordon (2 ^{ème} étape clé)	72
Figure 37 : Répartition des patientes selon la réalisation de l'entortillement	73
Figure 38 : Répartition des patientes selon l'existence d'une pression sur le fond utérin	73
Figure 39: Répartition des patientes selon la rupture du cordon	74
Figure 40 : Répartition des patientes selon la réalisation de l'examen du délivre	75
Figure 41 : Répartition des patientes selon les raisons avancées pour la non réalisation de l'examen du délivre.	75
Figure 42 : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen du délivre.	
76 Figure 43 : Répartition des patientes selon que la révision utérine systématique soit faite ou non.	76
Figure 44 : Répartition des patientes selon la réalisation du massage utérin	77
Figure 45 : Répartition des patientes selon qu'elles aient bénéficié de l'apprentissage sur le massage utérin.	78
Figure 46 : Répartition des patientes selon qu'elles aient ou non de la GATPA de qualité. ...	79
Figure 47 : Répartition des patientes selon la qualité de la surveillance dans le post partum.	80
Figure 48 : Répartition des patientes selon l'état des suites de couche.	81
Figure 49: Répartition des patientes selon les causes des hémorragies du post partum immédiat.	81
Figure 50 : Répartition des patientes selon le pronostic de l'HPPI.	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Eléments comparatifs des utéro toniques	17
Tableau II : Contre-indications des utéro toniques	17
Tableau III : Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux : résultats	18
Tableau IV : Effets secondaires des ocytocines	18
Tableau V. Surveillance dans le post-partum immédiat	33
Tableau VI : Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement	36
Tableau VII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge	63
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la commune de résidence	63
Tableau IX : Répartition des patientes selon la voie d'administration et la dose administrée.	72
Tableau X : Répartition des patientes selon qu'une délivrance artificielle ai été faite ou non	74
Tableau XI : Répartition des patientes selon le résultat de la révision utérine	77
Tableau XII : Répartition des patientes selon le sondage vésical.	78
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le délai d'observation dans la salle d'accouchement après accouchement.	79
Tableau XIV : Répartition des patientes selon la prise en charge de l'hémorragie.	82
Tableau XV : Les déterminants de la GATPA de qualité	83
Tableau XVI : Lien entre GATPA de qualité et l'absence de survenue d'HPPI	84
Tableau XVII : Profil sociodémographique des patientes	86
Tableau XVIII : Profil socio professionnel des prestataires de service	88

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS :	4
I. Généralités	5
1. Anatomie descriptive de l'utérus gravide	5
2. Anatomie structurale de l'utérus gravide	7
3. Anatomie fonctionnelle de l'utérus gravide	8
4. Description des techniques de la délivrance.....	12
5. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA).....	14
6. Examen clinique du placenta.	24
7. Examen la partie basse du vagin et du périnée.	28
8. Evaluation de la perte du sang.	29
9. Aider la femme à uriner.	30
10. Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de réanimation du nouveau-né.	31
11. Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de VIH.	32
12. Rappel sur l'hémorragie du post-partum	33
13. Etiologies	35
II. METHODOLOGIE	41
1. Cadre d'étude	41
2. Type d'étude	55
3. Période d'étude	56
4. Population d'étude	56
5. Échantillonnage	56
6. Variables de l'étude	57
7. Collecte des données	59
8. Traitement et analyses	59
9. Déroulement de la collecte	60
10. Considérations éthiques	60
III. RESULTATS	63
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	85
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	93
REFERENCES	95
ANNEXES	100

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite » [1].

La mortalité maternelle constitue une injustice sociale inacceptable. Dans le monde, chaque jour environ 830 femmes meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, dont 99% dans les pays en voie de développement [2,3].

Le taux de mortalité maternelle dans le monde a reculé de 38 % entre 2000 et 2017, pour passer de 342 à 211 décès pour 100 000 naissances vivantes. En dépit de ces progrès, 295 000 femmes dans le monde sont mortes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement en 2017[4]. Là encore, c'est l'Afrique subsaharienne qui possède le taux de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est suivie de l'Asie du Sud, région qui a toutefois accompli le plus de progrès entre 2000 et 2017, avec un taux de mortalité maternelle qui a chuté de 395 à 163 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une baisse de 59 % [4].

Dans le but de mettre un terme aux décès maternels évitables, plusieurs stratégies ont été développées parmi lesquelles la planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et l'accouchement assisté par un personnel qualifié [5,6].

L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum est la cause la plus fréquente de décès maternels [1]. Elle survient souvent à l'improviste et peut entraîner le décès en moins de deux heures si elle n'est pas traitée [7].

L'atonie utérine est sa principale cause et peut être évitée, dans une majorité de cas, grâce à une pratique clinique basée sur l'évidence connue sous le nom de gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) [7]. Elle réduit les hémorragies du post partum immédiat de plus de 50% lorsqu'elle est pratiquée sur une femme immédiatement après la naissance de son bébé et avant l'expulsion du placenta [8].

Cependant, de nombreux services de santé dans le monde entier ne réussissent pas à offrir systématiquement une GATPA, une lacune qui représente un important problème de qualité en soins de santé maternelle.

La GATPA est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPPI en évitant l'atonie utérine [9].

Ses composantes habituelles sont :

- Administration d'utérotonique ;
- La traction contrôlée du cordon ;
- Le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta.

L'inclusion de la GATPA dans le manuel de l'OMS intitulé « Prise en Charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement » témoigne aussi de la reconnaissance internationale de cette pratique comme norme acceptable de soins. Malgré l'efficacité de la GATPA, les preuves de son utilisation demeurent encore rares [10].

Les données issues de l'étude de 15 structures universitaires obstétricales de référence en pays développés et en pays en développement indiquent une nette variation de l'utilisation de cette pratique tant au sein d'une même structure hospitalière qu'entre structures hospitalières. Dans l'ensemble, seulement 25% des accouchements observés ont comporté la pratique de la GATPA. Cette étude

a aussi révélé que les trois composantes de la technique n'ont été appliquées de façon consistante que dans seulement un hôpital (Dublin) [11].

Une étude faite en 2013 en commune V du district de Bamako, avait déjà conclu à une insuffisance notoire dans la pratique de la GATPA [12, 13,14]. Cette étude évaluative n'avait pas pris en compte la formation en GATPA des praticiens ou prestataires de service, la relation entre la notion de formation et la qualité de la pratique de la GATPA mais aussi et surtout le lien entre cette qualité de la pratique et la survenue des complications hémorragiques.

La présente étude a pour but de combler les insuffisances de ce travail fait en 2013 en commune V de Bamako.

OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier les déterminants de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) de qualité dans le district sanitaire de la commune V de Bamako - Mali.

2-Objectifs spécifiques :

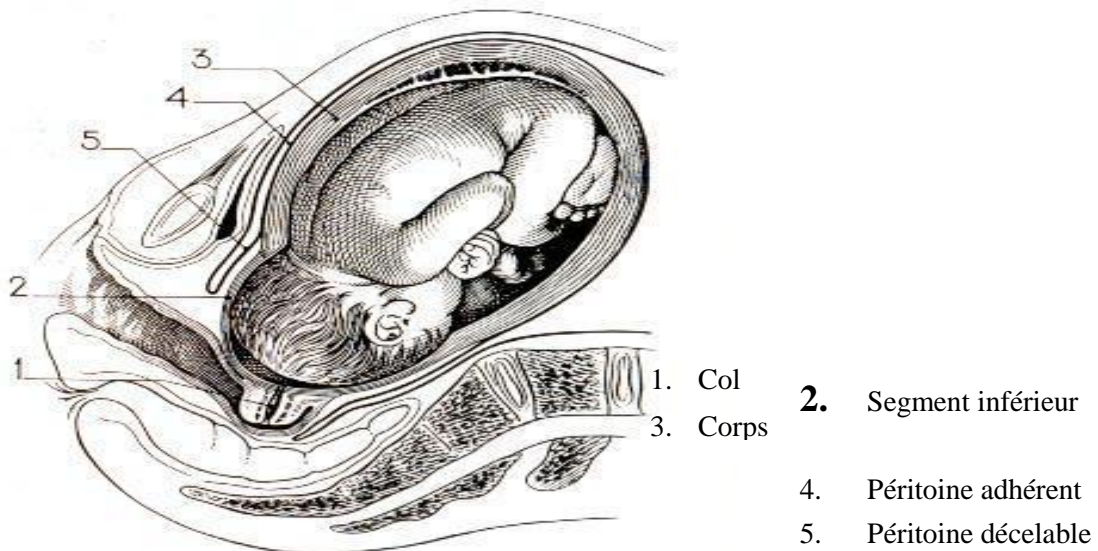
1. Déterminer la fréquence de la pratique de la gestion active de la troisième Période de l'accouchement.
2. Décrire le profil socio professionnel des prestataires de service en charge des accouchements et des suites de couche.
3. Déterminer le niveau de formation des prestataires de service.
4. Déterminer le lien entre la GATPA de qualité et le risque de l'hémorragie du post partum immédiat.

I. Généralités

1. Anatomie descriptive de l'utérus gravide

L'utérus au cours de la grossesse, subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité : c'est le segment inférieur [11].



Source : Merger [15]

Figure 1 : Utérus gravide avec ses 3 parties [15]

1.1. Le corps utérin

Il est ovoïde à grand axe longitudinal et à grosse extrémité supérieure. C'est l'organe moteur au cours de l'accouchement. D'abord pelvien, il se redresse et remonte refoulant les organes abdominaux. Il s'hypertrophie et augmente sa contenance pour répondre aux besoins de la grossesse.

Ses dimensions sont :

- la hauteur : 31-34 cm
- la largeur : 22 cm
- l'épaisseur : 4-10 mm
- le poids : 900 – 1200 g
- la Capacité : 4 à 5 l à terme

Après l'accouchement, l'utérus se rétracte et devient plus épaisse : 2-3 cm d'épaisseur

1.2. Le segment inférieur :

C'est une unité anatomique particulière à l'utérus gravide, plus facile à reconnaître en fin de grossesse.

Selon P. KAMINA, sa limite supérieure correspond à la zone de brusque changement d'épaisseur de la paroi utérine. Sa paroi est plus mince que le corps utérin [16].

Il est ampli par la présentation. Cette ampliation réalise le saccule de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

Les différentes dimensions sont :

- La hauteur : 7-10 cm
- La largeur : 9-12 cm □ L'épaisseur : 3-5 mm

1.3. Le col :

Au cours de la grossesse, le col se ramollit, se porte en haut et en arrière. Il est cylindrique et mesure 2,5 cm de haut et de large. Pendant le travail, les contractions utérines entraînent un effacement et une dilatation, il se confond alors au segment inférieur pour constituer le canal utero- segment- vaginal.

Chez la primipare, l'effacement se fait avant la dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes se déroulent simultanément [16].

2. Anatomie structurelle de l'utérus gravide

2.1. La séreuse

Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin

2.2. La musculuse

Elle est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans. Ceux-ci sont repartis en deux assises (externe et interne) qui forment la partie contractile de l'organe, entre lesquelles existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées, la couche plexiforme.

Celle-ci enserme de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive.

Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine [15].

2.3. La muqueuse

Elle se transforme en caduque ou déciduale qui s'individualise en trois couches qui sont :

- la basale ou inter utéro placentaire, zone d'insertion placentaire
- l'ovulaire, recouvre l'œuf dans sa partie libre non adhérente
- la pariétale répond au reste de la face interne de l'utérus en dehors de la zone d'insertion placentaire.

Les deux derniers s'accolent en fin de grossesse.

2.4. La vascularisation [15]

Les artères sont des branches de l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique.

Elles sont flexueuses anastomosées entre elles de chaque côté. Dans l'épaisseur du corps utérin, elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire [15].

Les veines considérablement développées forment de gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme, soumises à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

Les lymphatiques nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux muqueux, musculaire et sous séreux qui communiquent entre eux.

Cette vascularisation assure le contact avec le placenta qui a un rôle d'échanges entre la mère et le fœtus.

Le flux sanguin est de 600ml par minute entre la mère et le fœtus à travers le placenta.

Il assure les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus [15].

3. Anatomie fonctionnelle de l'utérus gravide [17]

La délivrance évolue en trois phases, réglées par la dynamique utérine.

3.1. La phase de décollement placentaire

3.1.1. Sous l'effet de la rétraction utérine

Phénomène passif, correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale, la rétraction utérine aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste plus mince. Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta, indispensable à son décollement [17].

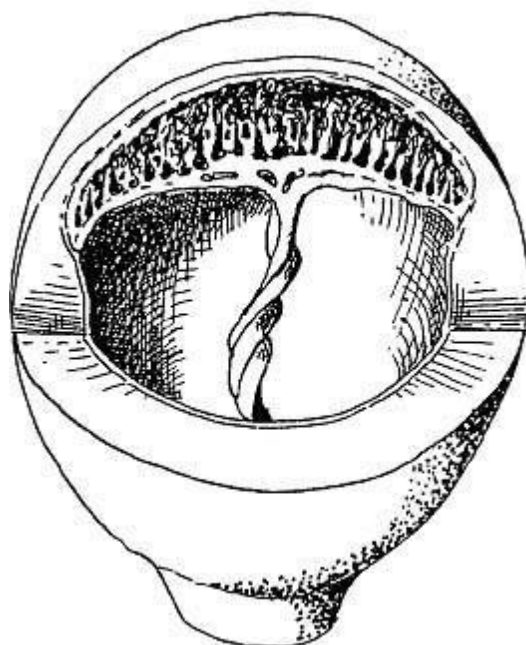


Figure 2 : rétraction utérine [15]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

La rétraction utérine et les premières contractions utérines non ressenties par la patiente correspondent à la phase de rémission clinique, qui dure en moyenne 10 à 15 minutes.

3.1.2. Sous l'effet de la contraction utérine

Elles s'accroissent progressivement en intensité, et sont éventuellement de nouveau ressenties par la patiente, en l'absence d'analgésie péridurale.

Le placenta enclavé physiologiquement, dont le pourtour est cerné par un anneau musculaire plus épais, subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité utérine. Il se crée ainsi des décollements par endroits, qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétro placentaire.

3.1.3. Avec constitution d'un hématome rétro placentaire

Il aboutit au clivage entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravidique) et la couche profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

3.2. La phase de migration et d'expulsion du placenta

Sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, majoré par le sang retenu par les membranes encore adhérentes aux parois utérines, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, soulevant le corps utérin.

- Puis, le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve : le plus fréquemment, par la face fœtale du placenta (**mode Baudelocque**), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé.
- Plus rarement par sa face maternelle (**mode Duncan**), surtout s'il est bas inséré. Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue [17].

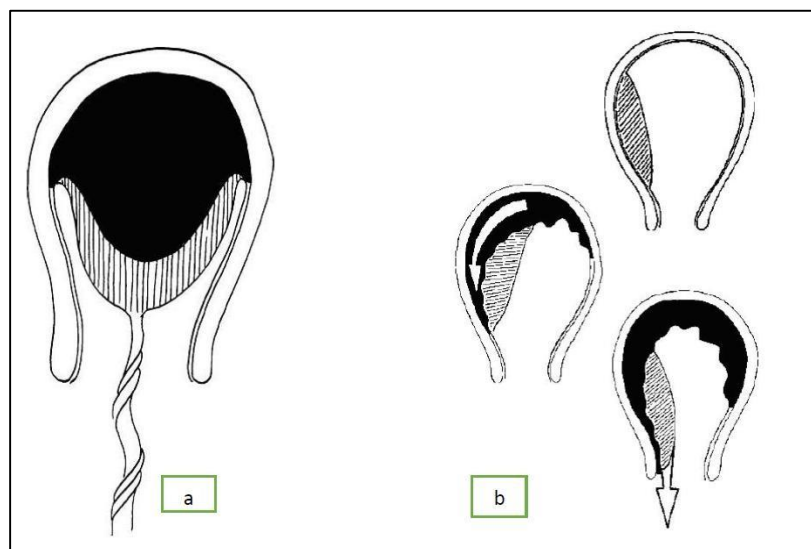


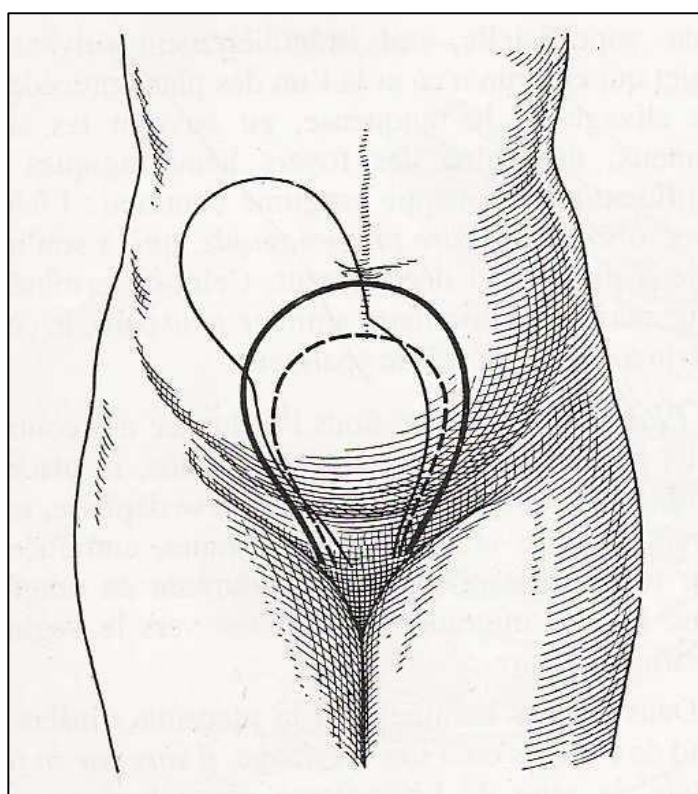
Figure 3 : mode Baudelocque (a), mode Duncan(b)

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

3.3. La phase de rétraction utérine

Elle intéresse cette fois la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase : les vaisseaux sont enserrés et obturés par la contraction des fibres musculaires ; la thrombose survenant dans ces vaisseaux est facilitée par les facteurs de coagulation (fibrinogène, facteurs VII, VIII et IX), qui sont augmentés en fin de grossesse [17].

Ce phénomène n'est possible qu'en cas de vacuité totale de la cavité utérine.



Source : Merger [15]

Figure 4 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance

- en trait gras : le placenta n'est pas décollé
- en trait plein délié : le placenta décolle est dans le segment
- en pointillé : globe de sécurité après évacuation du placenta

4. Description des techniques de la délivrance [15]

4.1. La délivrance naturelle

Les trois phénomènes se déroulent sans intervention extérieure :

- décollement placentaire
- expulsion du placenta □ hémostase

C'est l'expectative qui peut durer 45 mn

4.2. Délivrance dirigée

C'est l'injection d'ocytociques après la sortie de l'épaule dans les présentations de sommet qui vise à raccourcir la période de la délivrance dans le but de limiter les pertes sanguines [17]. Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10 unités dans 500cc de sérum glucose à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire [18].

4.3. Délivrance artificielle

Elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

Ses 2 indications sont :

- une hémorragie survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchatonné ou incarcerated dans l'utérus ;
- le non-décollement placentaire au-delà de 30 minutes, après l'accouchement.

Cette manœuvre nécessite quelques précautions :

- asepsie (badigeonnage antiseptique du périnée et mise en place de champs stériles),
- sondage évacuateur,
- lavage chirurgical des mains et port de gants stériles.

Elle s'accompagne idéalement d'une analgésie adaptée.

L'opérateur, une fois bien installé, introduira une main gantée dans les voies génitales, suivant le trajet du cordon [17].

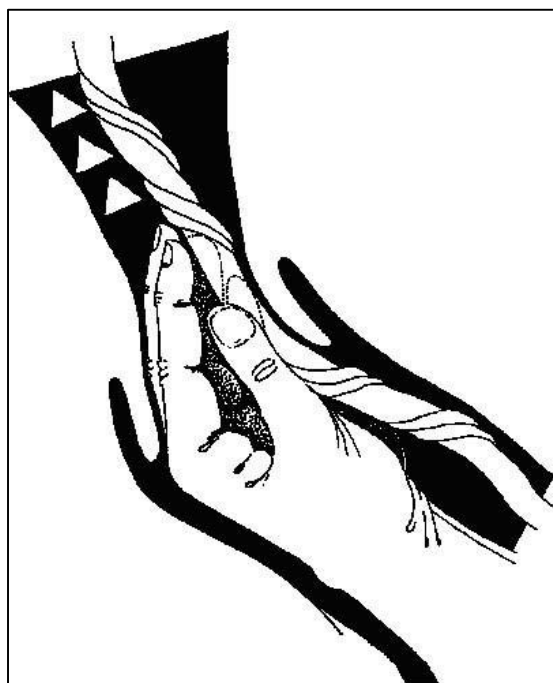


Figure 5 : Délivrance artificielle [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

Son autre main lui servira à empaumer le fond utérin et à abaisser celui-ci vers le pubis, afin de rapprocher son champ d'action de sa main intra-utérine. Il doit repérer l'insertion du placenta puis décoller le placenta à l'aide du bord cubital de la main. Une fois le plan de clivage repéré, le placenta est facilement décollé et amené en un seul mouvement, afin d'éviter les nombreux allers-retours. Une révision utérine complétera cependant cette délivrance artificielle de principe, afin de vérifier la vacuité et une bonne rétraction utérine [17].

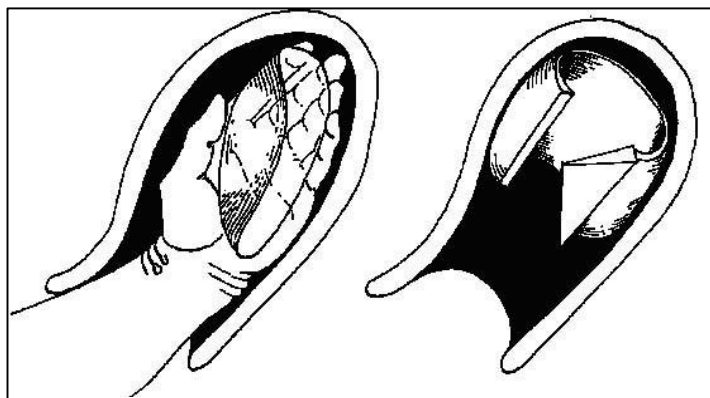


Figure 6 : Délivrance artificielle [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

5. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)

Il y a trois étapes principales de la GATPA

- l'administration d'un utéro tonique,
- la traction contrôlée du cordon
- et le massage utérin après la délivrance qui doit être pratiqué en même temps que les soins immédiats du nouveau-né [17].

A. Sécher immédiatement l'enfant avec soin, évaluer ses respirations et assurer la réanimation au besoin, puis laisser l'enfant en contact peau contre peau avec sa maman [17].

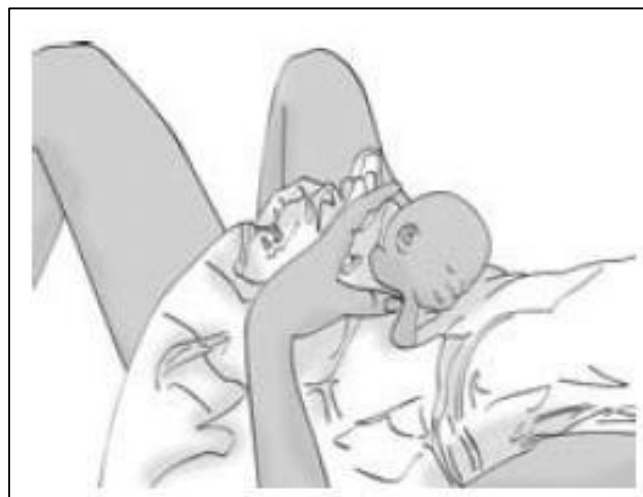


Figure 7. Poser l'enfant sur le ventre de sa mère [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

B. Administration de l'utéro tonique

Administrer l'utéro tonique (10 UI d'ocytocine en IM est l'utéro tonique de préférence) à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus. L'administration d'un utéro tonique stimule les contractions utérines ce qui aide la séparation du placenta de la paroi utérine et la délivrance rapide du placenta. [17]

- a. Avant d'administrer l'utéro tonique, palper doucement l'utérus à travers l'abdomen de la femme pour se rassurer de l'absence d'un ou d'autres bébé(s) – ne pas masser l'utérus.
- b. S'il n'y a pas d'autres fœtus, commencer la procédure en administrant l'utérotonique. L'utérotonique de choix est ocytocine 10 UI en IM (à administrer dans la partie supérieure de la cuisse). Si l'établissement n'a pas d'ocytocine, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou 1 ml de Syntométrine en

IM, ou administrer 600 µg de misoprostol par voie orale. L'injection devrait être réalisée, si possible, par un agent qualifié.

Le choix a été porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3 minutes), n'a pas de contre-indication, ses effets secondaires sont minimes et son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'OMS [19].

Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine.

Les autres utéro toniques (Ergométrine, Méthylergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.



Figure 8. Administration de l'ocytocine 10 UI en IM dans la minute qui suit la naissance du nourrisson [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

Tableau I : Eléments comparatifs des utéro toniques [20]

Ocytociques	Action	Délai	Durée
Ocytocine	Provoque la contraction de l'utérus	2,5 minutes (Voie intramusculaire)	15 minutes
Ergométrine	Provoque la contraction de l'utérus	6-7 minutes (Voie intramusculaire)	2-4 heures
Syntométrine	Provoque la contraction de l'utérus	Effets combinés de l'ocytocine et de l'ergométrine	
Misoprostol	Provoque la contraction de l'utérus	12- 15 minutes (Voie orale)	20 minutes

Tableau II : Contre-indications des utéro toniques [21]

Ocytocine	Aucune
Ergométrine	HTA, troubles cardiaques, drépanocytose, hémoglobinopathies
Syntométrine	Identique à l'ergométrine
Misoprostol	Asthme pour l'administration IV, allergies aux prostaglandines

Tableau III : Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux : résultats [21]

Condition de stimulation	Ergométrine / méthylergométrine	Ocytocine
Réfrigération pendant 12 mois	A perdu 4-5% d'ingrédients actifs	Pas de perte
30° C, sombre	A perdu 25%	A perdu 14%
21-25° C, lumière	A perdu 21% -27% en un mois >90% en 12 mois	A perdu 5%
40° C, sombre	A perdu > 50%	A perdu 80%

Tableau IV : Effets secondaires des ocytocines

Ocytocine	Pas d'effets secondaires
Ergométrine	HTA, vomissements, céphalées
Syntométrine	HTA, nausées, vomissements
Misoprostol	Sédation, tremblements, convulsions, dyspnée, fièvre, palpitations, hypotension, bradycardie

C. Traction contrôlée du cordon, tout en stabilisant l'utérus.

La traction contrôlée aide le placenta à descendre dans le vagin. La traction contrôlée consiste à tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, tout en stabilisant l'utérus avec l'autre main. Une main est placée juste au-dessus du pubis de la femme et stabilise l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que la main qui tient la pince exerce une traction contrôlée sur le cordon. La contre pression ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus [17].

NB : Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre-réaction (pousser vers le haut) audessus de l'os pubien.

Les étapes de la traction contrôlée sont les suivantes :

1. Attendre approximativement 2 à 3 minutes après la naissance du bébé, puis clamber le cordon à approximativement 4 cm de l'abdomen du bébé. En retardant le clamping du cordon le transfert des cellules rouges du placenta au bébé est favorisé et ceci pourrait diminuer le taux d'anémie de l'enfance.

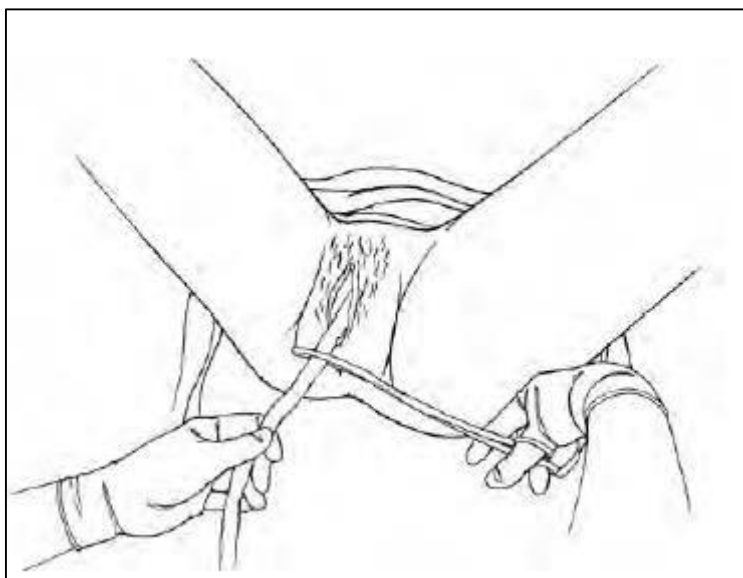


Figure 9. Clamping du cordon à proximité du périnée [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

2. Placer deux clamps sur le cordon en laissant suffisamment d'espace entre les deux pour pouvoir facilement couper le cordon.
3. Couper le cordon avec des ciseaux stériles ou soumis à la désinfection de haut niveau (DHN), placés sous un tampon de compresse pour éviter une éclaboussure de sang. Attacher le cordon après avoir achevé la GATPA.

4. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince portetampons.
5. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
6. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente pour palper des contractions utérines. Ne pas masser l'utérus avant la délivrance !!
7. Maintenir une légère tension sur le cordon.



Figure 10. Palper l'utérus pour une contraction, maintenir une légère tension sur le cordon [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

8. Attendre une contraction utérine.
9. Quand une contraction utérine est palpée, stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (en direction de la tête de la femme). La contre réaction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.
10. De façon simultanée, exercer une traction mesurée sur le cordon avec la main qui tient la pince, en direction du bas (suivre la direction du bassin).

11. Tirer de façon constante et douce

12. Eviter de tirer avec une motion saccadée ou violente.

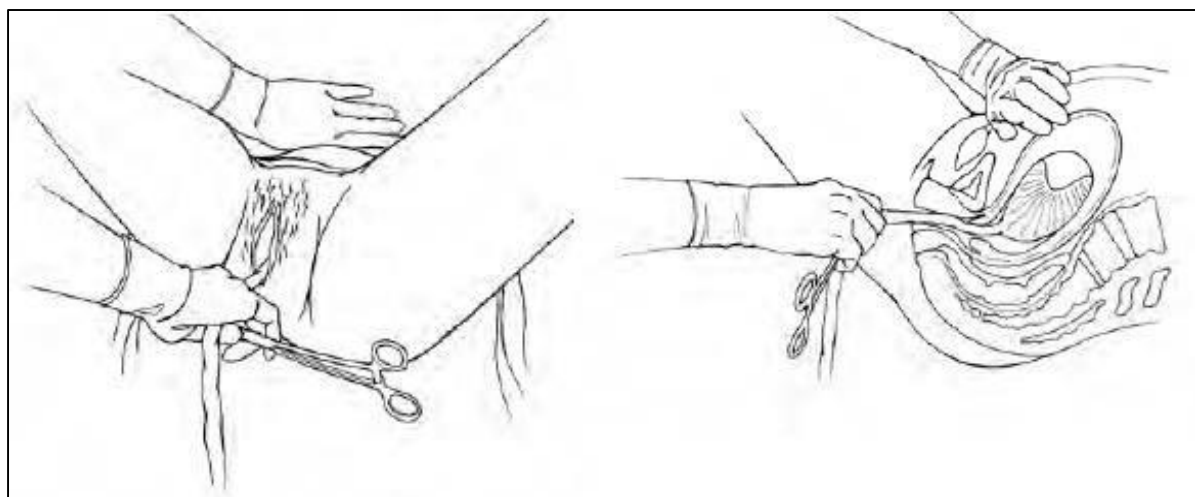


Figure 11. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée [17].

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

13. Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon.

14. Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge.

15. A la contraction suivante, renouveler la pression vers le haut par la main sus pubienne et la traction contrôlée sur le cordon avec la main qui tient la pince.

NB. La traction contrôlée aide à expulser le placenta et non à le séparer de la paroi utérine !!

16. Ne pas relâcher la contre-réaction sur l'utérus avant que le placenta ne soit visible à la vulve. Effectuer la délivrance lentement et avec les deux mains.



Figure 12. Prise du placenta avec les mains [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

17. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.
18. Tirer lentement pour parachever la délivrance.
19. Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants stériles et utiliser une pince portetampons pour retirer tous les débris de membranes.

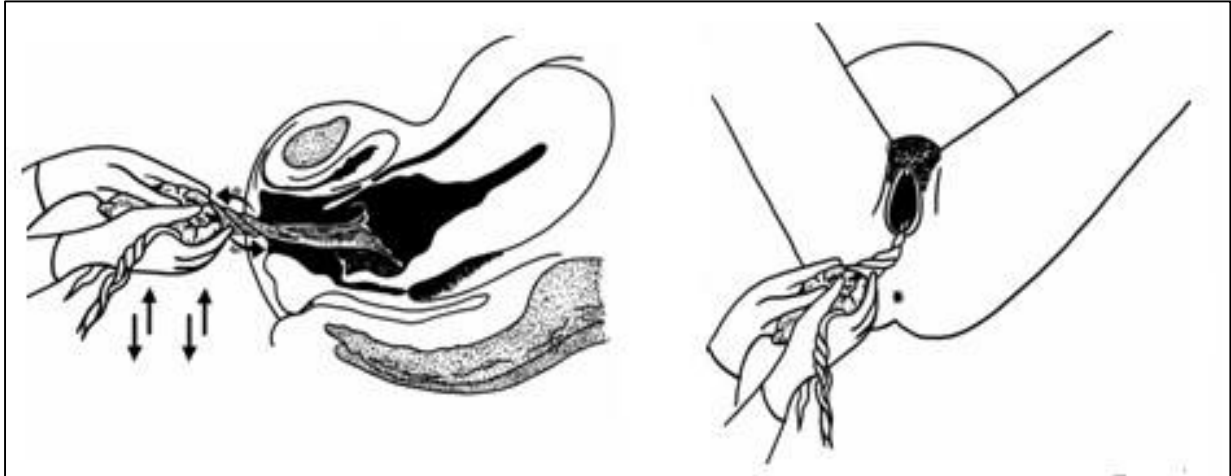


Figure 13. Délivrance du placenta [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

Actions à prendre dans le cas où la GATPA ne se déroule pas comme décrite cidessus :

- Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine après quatre (4) essais d'une traction contrôlée, penser à un placenta accreta et appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.
- Si le cordon a été préalablement rompu, demander à la femme de s'accroupir et faire expulser le placenta. Si le placenta n'est pas délivré après cette intervention, appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.
- En cas d'inversion utérine, appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.
- Si le cordon est arraché, appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.

D. Massage utérin [17]

Masser le fond utérin à travers la paroi abdominale immédiatement après la délivrance du placenta jusqu'à ce que l'utérus se contracte (figure 13). Parfois du sang ou des caillots de sang sont expulsés pendant que l'on masse l'utérus.

S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.



Figure 14. Massage utérin immédiatement après la délivrance du placenta [17]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.

6. Examen clinique du placenta [23]

Le placenta débarrassé de ses caillots avec une compresse est examiné systématiquement sur ses faces maternelle et foetale sous un bon éclairage.

Une dépression doit faire suspecter une rétention placentaire partielle et impose une révision utérine [24].

Inspecter le côté maternel et les membranes du placenta pour vérifier s'ils sont complets. Lorsqu'une portion du placenta un ou plusieurs lobes est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement. Une révision utérine

n'est faite qu'en cas d'une rétention du placenta ou de cotylédons ou de membranes.

Les révisions utérines systématiques sont fortement déconseillées car elles augmentent le risque d'infection et sont très douloureuses. [17,23]

1. Pour vérifier si le placenta est complet, tenir le placenta dans la paume des mains, le côté maternel dirigé vers le haut. Vérifier que tous les cotylédons sont en place et bien ensemble.

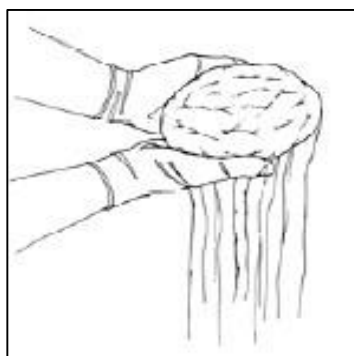


Figure 15 : vérifier le côté maternel [17, 23]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

Puis tenir le cordon d'une main et laisser pendre le placenta et les membranes. Insérer l'autre main dans les membranes, les doigts bien écartés. Vérifier l'intégralité des membranes



Figure 16 : vérifier les membranes [17, 23]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

6.1. L'examen de la face maternelle [23]

On recherche **un cotylédon manquant**. Normalement les cotylédons se juxtaposent, formant la galette placentaire. Il importe de vérifier son intégrité. En cas de zone suspecte ou de zone irrégulière, la rétention d'un cotylédon est suspectée, imposant une révision utérine.

Un hématome rétroplacentaire se signale par la présence de caillots noirâtres sur la face maternelle. Ils peuvent être frais ou anciens, entraînant alors une dépression sur la face maternelle appelée « cupule placentaire ». Ces hématomes sont à distinguer de l'hématome rétroplacentaire physiologique constitué au moment du décollement.

Une rupture du sinus marginal est recherchée devant la présence de caillots en bordure du placenta.

Des dépôts inter villositaires et des calcifications peuvent être identifiés sous forme de lésions nombreuses, irrégulières, tachetées. Il s'agit de lésions blanchâtres qui, à la palpation, donnent une sensation granuleuse. Ces modifications sont vues sur les placentas matures et ne semblent pas avoir de signification clinique.

Un infarctus : Les infarctus sont fréquents sur le bord du placenta. Les infarctus récents sont pourpres et sombres, les infarctus anciens sont jaune pâle, voire blanc gris et plus fermes.

6.2. L'examen de la face fœtale [23]

La face fœtale est ensuite explorée en introduisant la main dans l'ouverture des membranes et en les dépliant.

Les membranes sont normalement translucides ou bleu acier sur la face fœtale. On mesure la longueur du petit côté qui doit être supérieure à 10 cm pour confirmer l'insertion haute du placenta. On vérifie l'intégrité des membranes en les dépliant tout en reconstituant le sac ovulaire. Le placenta est dit découronné

lorsque les membranes manquent sur une grande partie, voir sur la totalité des bords de la galette placentaire. Cette situation impose une révision utérine.

On peut retrouver dans certaines situations :

- une coloration méconiale,
- des membranes épaissies, blanchâtres, couvrant la face fœtale d'un placenta plus ou moins nauséabonde, faisant évoquer une chorioamnionite.

Le chorion situé sous l'amnios peut présenter :

- un dépôt fibrineux sous forme de nodules blanc gris ressemblant à de la fibrine. Ces nodules sont observés dans les placentas matures et n'ont pas de signification pathologique connue,
- des kystes de 4 à 5 cm de diamètre qui peuvent exister sur la face fœtale du placenta et contiennent un liquide clair ou gélatineux parfois hémorragique ; ils sont ; sans signification clinique.

L'amnios nodosum est constitué par des petits nodules gris blanc de 2 à 3 mm situés sur la face fœtale près de l'insertion du cordon. Ce sont des dépôts de cellules squameuses fœtales qui se détachent facilement. Ils se voient surtout en cas d'oligoamnios. Il faut rechercher une anomalie du système urinaire (syndrome de Porter, kystes rénaux, obstruction des voies urinaires) et en informer le pédiatre.

Les métaplasies squameuses ont le même aspect clinique mais ne se laissent pas retirer facilement et sont sans signification connue.

La présence de vaisseaux courant sur les membranes doit faire rechercher un cotylédon aberrant. Son absence impose une révision utérine.

Le placenta circum vallata : la présence de tissu placentaire au-delà du pli de réflexion des membranes sur la plaque choriale est caractéristique du placenta

circum vallata. Les placentas à petite marge sont assez fréquents et n'ont pas d'influence sur le fœtus. Mais si la marge est supérieure à 5 cm, la réduction de la cavité ovulaire peut nuire au développement du fœtus.

6.3. L'examen du cordon [23]

Il mesure normalement 50 à 70 cm et comporte deux artères et une veine. Il peut présenter des anomalies :

6.4. La pesée du délivre [17, 23]

À la fin de l'examen du délivre, on n'oubliera pas de le peser : normalement le poids du placenta et des membranes est égal au sixième ou au septième du poids fœtal. L'examen du délivre est essentiel pour :

- prévenir une hémorragie,
- expliquer une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement,
- orienter l'examen et la surveillance de l'enfant, □ faire des prélèvements complémentaires.

7. Examen la partie basse du vagin et du périnée [17, 23]

1. Ecarter doucement les grandes lèvres et examiner la partie basse du vagin et le périnée pour détecter des déchirures.
2. Réparer toute déchirure ou l'épisiotomie faite pour prévenir d'autres pertes sanguines.



Figure 17. Examen doux de la partie basse du vagin et du périnée [17, 23]

Source : Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.

3. Laver délicatement la vulve, le périnée, les fesses et le dos avec de l'eau tiède et du savon et sécher avec un tissu propre et doux.
4. Retirer les draps souillés et mettre la femme à l'aise. Placer un tissu ou une compresse propre sur le périnée de la femme.

8. Evaluation de la perte du sang [17, 23]

Il est très difficile d'évaluer exactement la perte de sang. Habituellement le sang est mélangé avec le liquide amniotique. Certaines personnes mesurent la perte de sang en le ramassant à la pelle à main, pour ensuite le mesurer. D'habitude, elles peuvent seulement ramasser le sang qui s'est coagulé, de sorte que tout sang mélangé au liquide amniotique ou à l'urine, ou le sang qui s'est déversé sur le sol ou qui a été absorbé par les vêtements de la femme n'est pas mesuré.

D'autres essayent de mesurer la perte de sang du post-partum en couchant la femme sur un bassin hygiénique. Ceci est extrêmement inconfortable pour la femme. Vous pouvez estimer la perte de sang en vous demandant, "Combien de

bouteilles de 500 ml ce sang remplirait-il ?” On accepte généralement que toute perte de sang inférieure à 500 ml soit normale.

Souvenez-vous que les évaluations de pertes de sang ne sont qu'un seul moyen d'évaluer l'état de la femme. Il est beaucoup plus important d'examiner fréquemment la femme pendant les 6 premières heures du post-partum et d'évaluer sa perte de sang à travers les signes vitaux, la visualisation du sang au périnée et l'évaluation de la tonicité utérine.

9. Aider la femme à uriner [17, 23]

- Essayer d'aider la femme à uriner aussitôt que possible après l'accouchement et lui expliquer qu'elle doit uriner fréquemment. Une vessie pleine peut empêcher l'utérus de se contracter correctement.
- Si la femme éprouve des difficultés à uriner, verser de l'eau tiède sur son périnée pendant qu'elle essaye d'uriner ou placer sa main dans de l'eau tiède.
- Si la femme ne peut pas uriner d'elle-même et que sa vessie est distendue, vous devrez lui mettre une sonde urinaire.

❖ Au final

- Respecter les règles et principes pour la prévention des infections.
- Enregistrer la pratique de la GATPA selon les protocoles.
- Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.
- Surveiller étroitement la femme après l'accouchement
- Surveiller le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures du post-partum, toutes les 30 minutes pendant 1 heure et toutes les heures pendant 3 heures.
- Renouveler le massage utérin au besoin.

10. Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de réanimation du nouveau-né [17, 23]

L'accoucheur est tout seul au moment de l'accouchement dans bon nombre de formations sanitaires. Si l'accoucheur est tout seul et le bébé a besoin d'être réanimé, la prise en charge de la troisième période de l'accouchement comprendra l'administration d'un utéro tonique sans effectuer la traction contrôlée du cordon ;

- administrer un utéro tonique (l'ocytocine est l'utérotonique du choix) ;
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale ;
- faire un massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

Si l'accoucheur ne peut pas administrer l'utéro tonique, la prise en charge de la troisième période de l'accouchement sera physiologique et comprendra les éléments suivants :

- attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale ;
- la traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utéro toniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine; □ faire un massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

Si l'accoucheur n'est pas seul, l'accoucheur va assurer la GATPA pendant que son assistant(e) s'occupe de la réanimation du nouveau-né.

11. Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de VIH [17, 23]

La pratique de la GATPA sera la même quelque soit le statut du VIH de la femme en travail. Néanmoins, une femme infectée par le VIH pourrait choisir de ne pas allaiter son bébé au sein, alors le prestataire devrait respecter et soutenir le choix de la femme pour l'alimentation de son enfant. En plus, les prestataires devraient assurer les gestes pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH pendant le travail, l'accouchement et le post-partum.

Si la mère est infectée par le VIH :

Ne pas aspirer la bouche et le nez du nouveau-né, sauf si c'est absolument nécessaire.

- Assurer les gestes pour la PTME selon les protocoles nationaux.
- Mettre les informations dans les registres appropriés.

Soins pendant le post-partum immédiat (0-6 heures du post-partum)

Assurer la surveillance et les soins routiniers pour la nouvelle accouchée et son nouveau-né, y compris les gestes pour la PTME pour la nouvelle accouchée et le nouveau-né.

Surveillance de l'accouchée

Surveiller étroitement le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux pendant les 6 premières heures du post-partum selon les indications suivantes :

- Avant de commencer, expliquer à la femme ce que sera fait.
- Si les signes observés sont normaux, le faire part à la femme. S'ils ne sont pas normaux, réagir immédiatement.

Tableau V. Surveillance dans le post-partum immédiat [20]

Paramètres	Fréquence	Signes d'alerte
Vérifier/surveiller : <ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux <ul style="list-style-type: none"> -Tension artérielle (TA) -Pouls • Le saignement vaginal • Le globe de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis • Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis • Toutes les heures pendant 3 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique ≥ 9 ; TA systolique < 6 • Pouls rapide et filant : > 110 btts/min • Plus d'une serviette hygiénique souillée en 5 minutes • Un saignement lent et continu ou la survenue soudaine d'un saignement • Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement • Utérus mou/non contracté : utérus ni ferme, ni rond • Déchirure s'étendant jusqu'à l'anus ou au rectum • Sueurs ou peau moite, extrémités froides • Anxiété, confusion, perte de connaissance
<ul style="list-style-type: none"> • La température • La respiration 	Toutes les 4 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Température $> 38^{\circ}\text{C}$ • Respiration extrêmement précipitée • Pâleur palmaire ou conjonctivale associée à 30 respirations par minute ou plus (la femme se fatigue rapidement ou a une tachypnée au repos)
<ul style="list-style-type: none"> • La vessie (aider la femme à uriner si la vessie est distendue) 	Une fois par heure	<ul style="list-style-type: none"> • La femme n'arrive pas à uriner et la vessie est distendue (distension de la partie basse de l'abdomen) et cela la gêne • Vessie distendue et la femme est incapable d'uriner

12.Rappel sur l'hémorragie du post-partum

Selon l'OMS [25], l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) encore appelée l'hémorragie du post-partum primaire se définit par une perte sanguine supérieure à 500 millilitres (ml) dans le cas d'un accouchement voie basse et d'une perte de 1000 ml dans le cas d'une césarienne, dans les 24 heures suivant la naissance. Une perte sanguine supérieure à 1000ml dans le cas d'un accouchement normal est définie comme étant une hémorragie sévère. C'est à partir de ce seuil de 1000 ml que la vie de la mère se trouve réellement menacée.

Elle devient persistante si les saignements perdurent 30 minutes après énonciation du diagnostic d'HPP malgré une prise en charge initiale bien conduite [26].

L'HPP secondaire ou tardive est définie comme étant une perte sanguine anormale ou excessive par le canal génital qui survient entre vingt-quatre heures et six semaines à la suite d'un accouchement [27].

12.1. Les facteurs de risques de l'hémorragie du post-partum immédiat

Les études menées dans le cas de l'HPPI, ont permis de mettre en évidence de nombreux facteurs de risques [23, 24].

On distinguera, les facteurs de risques identifiables pendant la grossesse et les facteurs de risques liés à l'accouchement.

12.2. Facteurs de risques identifiables pendant la grossesse :

- Âge maternel : un âge maternel ≥ 35 ans augmente indirectement le risque d'HPPI en augmentant les risques de complications obstétricales et non les étiologies directes de l'HPPI telles que l'atonie ou la rétention placentaire [25,26].
- Un bas niveau socio-éducatif, notamment dans les pays en voie de développement
- Un antécédent d'hémorragie du post-partum
- L'obésité
- Une surdistension utérine (due à une macrosomie, une grossesse multiple, un hydramnios ou encore à la multiparité)
- Un placenta prævia
- Un hématome rétro placentaire (HRP)
- Un utérus cicatriciel
- Une grossesse non suivie
- Une pré-éclampsie

- Une anémie pendant la grossesse (occasionne une moindre tolérance maternelle)
- Des troubles de la coagulation pré existants et acquis

12.3. La gestion du travail peut aussi constituer un risque d'HPPI :

- Le lieu de l'accouchement (présence ou non d'une équipe obstétricale et d'anesthésie sur place)
- Un déclenchement artificiel du travail
- L'usage excessif et inadapté d'ocytocine
- Un travail prolongé
- Un travail dystocique
- Un travail rapide
- Une infection ovulaire
- Une césarienne en urgence
- Une extraction instrumentale associée à une épisiotomie
- L'utilisation d'anesthésiques halogénés qui ont un effet utéro-relaxant. Ces facteurs de risque doivent toujours être pris en compte même si les conclusions de ces études ne nous indiquent pas quelles patientes doivent faire l'objet de mesures spécifique de prévention pendant la grossesse.

En effet, l'HPPI survient deux fois sur trois en l'absence de facteur de risque.

Ainsi donc, il est nécessaire de mettre en place des moyens de prévention pour toutes les parturientes quel que soit le mode et le lieu d'accouchement.

13. Etiologies

Plusieurs étiologies ont été mises en évidence dans les études.

- L'atonie utérine, première cause d'HPPI. Elle se définit par l'absence de contractions utérines et représente plus de la moitié des hémorragies du postpartum.

- La rétention placentaire, deuxième cause d'HPPI. Cette rétention peut être partielle ou complète et peut concerner tant les membranes placentaires que les cotylédons.
- Les lésions du tractus génital (déchirure cervicale, déchirure du vagin, de la vulve ou du périnée) constituent aussi une cause d'hémorragie du postpartum.
- Enfin on retrouve les troubles de la coagulation et plus rarement l'inversion utérine.

Tableau VI : Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement [20]

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat* • utérus mou/non contracté 	<ul style="list-style-type: none"> • choc 	atonie utérine
<ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat* 	<ul style="list-style-type: none"> • placenta complet • utérus contracté 	déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
<ul style="list-style-type: none"> • absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat* • utérus contracté 	rétenion placentaire complète
<ul style="list-style-type: none"> • absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat* • utérus contracté 	rétenion placentaire partielle
<ul style="list-style-type: none"> • fond utérin non perçu à la palpation abdominale • douleur légère ou intense 	<ul style="list-style-type: none"> • utérus inversé, visible au niveau de la vulve • HPP du post-partum immédiat ** 	inversion utérine
<ul style="list-style-type: none"> • survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement • utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond • anémie 	hémorragie du post-partum tardif
<ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) • forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) 	<ul style="list-style-type: none"> • choc • abdomen sensible • pouls rapide 	rupture utérine

A. Recommandations selon l'OMS pour la prévention de l'HPP [25]

1. L'utilisation d'utéro toniques en prévention de l'HPP durant la délivrance est recommandée pour tous les accouchements.
2. L'ocytocine (10 UI par voie IV/IM) est l'utéro tonique recommandé en prévention de l'HPP.
3. Dans les milieux où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utéro toniques injectables (l'Ergométrine /la MéthylErgométrine ou

- l'ocytocine et l'Ergométrine en association fixe) ou du Misoprostol par voie orale (600 µg) est recommandée.
4. Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée ni d'ocytocine, l'administration de Misoprostol (600 µg par voie orale) par les agents de santé communautaires et le personnel non médical est recommandée en prévention de l'HPP.
 5. Dans les milieux où des accoucheuses qualifiées sont disponibles, la traction contrôlée du cordon est recommandée dans les accouchements par voie basse si le prestataire de soins et la parturiente considèrent une légère réduction de la perte sanguine et de la durée de la délivrance comme importantes.
 6. Dans les milieux ne disposant pas d'accoucheuses qualifiées, la traction contrôlée du cordon n'est pas recommandée.
 7. Le clampage tardif du cordon ombilical (pratiqué une à trois minutes après l'accouchement) est recommandé pour toutes les naissances, simultanément à l'instauration des soins néonataux essentiels.
 8. Le clampage précoce du cordon (moins d'une minute après la naissance) n'est pas recommandé sauf si le nouveau-né présente une asphyxie et doit être déplacé immédiatement pour être réanimé.
 9. Le massage utérin prolongé n'est pas une intervention recommandée en prévention de l'HPP chez les femmes ayant reçu une prophylaxie par ocytocine.
 10. L'évaluation du tonus utérin par palpation abdominale après l'accouchement en vue de l'identification précoce d'une atonie utérine est recommandée chez toutes les femmes.
 11. En cas de césarienne, l'ocytocine (par voie IV ou IM) est l'utéro tonique recommandée en prévention de l'HPP.

12. La traction contrôlée du cordon est la méthode d'extraction du placenta recommandée en cas de césarienne.

B. Recommandations selon l'OMS pour le traitement de l'HPP [25]

1. L'ocytocine seule administrée par voie intraveineuse est l'utéro tonique recommandé en traitement de l'HPP.
2. Si l'ocytocine par voie intraveineuse n'est pas disponible ou si elle n'a pas d'effet sur l'hémorragie, il convient d'administrer de l'Ergométrine ou de l'Ergométrine-ocytocine à dose fixe par voie intraveineuse, ou des prostaglandines (y compris 800 µg de Misoprostol par voie sublinguale).
3. L'administration de cristalloïdes isotoniques par voie intraveineuse est recommandée, de préférence aux colloïdes, pour la réanimation liquidienne initiale des femmes qui présentent une HPP.
4. L'administration d'Acide Tranexamique est recommandée en traitement de l'HPP si l'ocytocine et d'autres utéro toniques ne parviennent pas à stopper l'hémorragie ou si cette dernière pourrait en partie être due à un traumatisme.
5. Le massage utérin est recommandé en traitement de l'HPP.
6. Chez les femmes qui ne répondent pas aux utéro toniques ou si ces derniers ne sont pas disponibles, la pratique du tamponnement intra-utérin par ballonnet est recommandée en traitement de l'HPP due à une atonie utérine.
7. En cas d'échec d'autres mesures et si les ressources nécessaires sont disponibles, l'embolisation des artères utérines est recommandée en traitement de l'HPP due à une atonie utérine.
8. Si l'hémorragie se poursuit malgré l'administration d'utéro toniques et d'autres interventions conservatrices (telles que le massage utérin et le tamponnement par ballonnet), le recours à des interventions chirurgicales est recommandé.

9. En cas d'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse, la compression bi manuelle de l'utérus est recommandée pour gagner du temps, jusqu'à ce que les femmes puissent recevoir les soins appropriés.
10. En cas d'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse, la compression aortique externe est recommandée pour gagner du temps, jusqu'à ce que les femmes puissent recevoir les soins appropriés.
11. L'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique est recommandée pour gagner du temps, jusqu'à ce que les femmes puissent recevoir les soins appropriés.
12. Le tamponnement utérin n'est pas recommandé en traitement de l'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse.
13. Si le placenta n'est pas expulsé spontanément, l'administration de 10 UI d'ocytocine par voie IV ou IM associée à la traction contrôlée du cordon est recommandée.
14. L'administration d'Ergométrine pour la prise en charge de la rétention placentaire n'est pas recommandée car elle pourrait provoquer des contractions tétaniques de l'utérus et retarder ainsi l'expulsion du placenta.
15. L'utilisation de prostaglandine E2 (Dinoprostone ou Sulprostone) pour la prise en charge de la rétention placentaire n'est pas recommandée.
16. L'administration d'une dose unique d'antibiotiques (ampicilline ou céphalosporine de première génération) est recommandée en cas d'extraction manuelle du placenta.

C. Organisation des soins [25]

1. L'adoption par les centres de soins de protocoles officiels pour la prévention et le traitement de l'HPP est recommandée.
2. L'adoption par les centres de soins de protocoles officiels pour l'orientation des femmes vers un niveau de soins supérieur est recommandée.
3. Les simulations de traitement de l'HPP dans le cadre des programmes de formation initiale et continue sont recommandées.
4. La surveillance de l'utilisation d'utéro toniques après l'accouchement en prévention de l'HPP est recommandée en tant qu'indicateur de procédure pour l'évaluation des programmes.

II METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune Vde Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

- Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.
- Douze (12) centres de santé communautaire (CSCom).
- Un centre confessionnel à Kalabancoura (ASACORAK : Association de Santé Confessionnelle Rama de Kalabancoura).
- Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.
- De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

1.1. Présentation de la Commune V

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km². Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalabancoura (Kati), à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

Il fut créé aussi dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC).

C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 12 CSCom (Centre de Santé Communautaire) et 1 Centre de Santé Confessionnel. Sur les 13 Aires de Santé, 12 CSCom sont fonctionnels. A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Il faut noter que 2 CSCom sont en voie d'ouverture.

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

Les unités

- Gynéco-Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Laboratoire / Pharmacie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC);
- Rhumatologie ;
- Cardiologie ;
- Gastroentérologie ;
- Chirurgie ; Endocrinologie ; Dermatologie.
- Dépistage du cancer de col de l'utérus Urgences Gynécologiques et Obstétricales

Sections :

- Bloc Opératoire /Anesthésie ;
- Hospitalisation (Bloc Opératoire) ;
- Imagerie Médicale ;
- Médecine Générale ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Ressources Humaines ;
- Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Brigade d'Hygiène ;
- Néonatalogie ;
- Pédiatrie Générale ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;
- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Consultation Périnatale(CPN) ;
- Nutrition ;
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Gynécologie ;
- Soins Après Avortement (SAA) ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ; Planification Familiale (PF) ; One Stop Center.
- Laboratoire de compétence

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin Chef et compte un effectif de plus de 500 travailleurs dont plus de 200 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastroentérologue) ;

- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie, Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Filles de Salle
- Administration: (Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels sur les Ressources PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques.

En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion

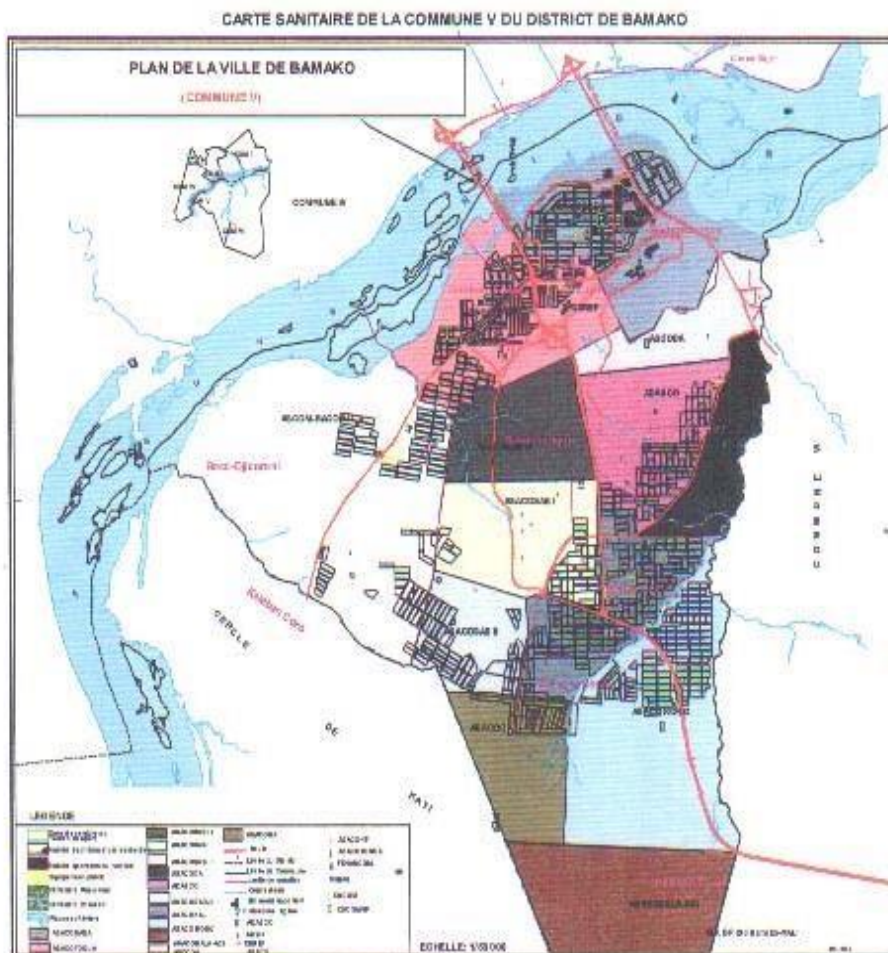


Figure 18 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.

1.2. Organisation structurale des CSCom Les

CSCom, sont composés de :

- Un dispensaire comprenant une salle de consultation curative, une salle de pansements, une salle d'injections,
- Une pharmacie /laboratoire
- Une salle d'observation.
- Une maternité comprenant :
 - Une salle de consultation prénatale,
 - Une salle d'accouchement,
 - Une salle d'accueil
 - Une salle de chaine de froid pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination)
 - une salle de Planification Familial
 - une salle de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)
 - une salle de Nutrition
 - une salle de Dépistage du cancer de col de l'utérus

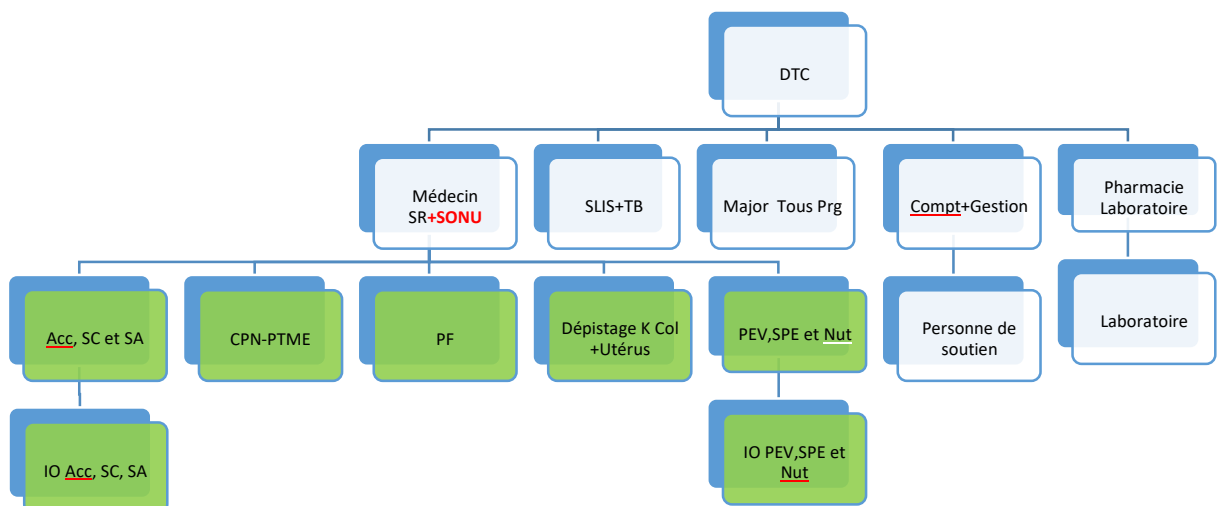


Figure 19 : Cadre Organique des CSComs

1.3. Le personnel

ASACOTOQUA (Association de Santé Communautaire de Torokorobougou et Quartier Mali)

- Trois médecins
- Un infirmier d'état
- Sept Sages-femmes
- Un infirmier de santé publique
- Un technicien supérieur de laboratoire
- Deux techniciens de laboratoire

Quatre infirmières obstétriciennes

Deux aides-soignantes

- Quatre matrones
- Deux manœuvres
- Deux comptables
- Un gestionnaire
- Un gardien

ASACOSAB I (Association de Santé Communautaire de Sabalibougou I)

- Deux médecins
- Un infirmier d'état
- Sept sages femmes
- Six infirmières obstétriciennes
- Quatre aides soignantes
- Un aide compte
- Trois comptables
- Un infirmier de santé publique
- Un technicien supérieur de laboratoire
- Une matrone
- Deux manœuvres

ASACOSAB II (Association de Santé Communautaire de Sabalibougou II)

- Deux médecins
- Un comptable
- Un infirmier de santé publique
- Trois infirmières obstétriciennes
- Six sages-femmes icien deUne matrone
- Deux aides-soignantes

Un aide comptable Deux

manœuvres

ASACOSAB III (Association de Santé Communautaire de Sabalibougou III):

- Deux médecins
- Un infirmier de santé publique
- Trois infirmières obstétriciennes
- Cinq sages-femmes
- Un technicien de laboratoire
- Trois matrones
- Trois aides-soignantes

ASACOGA (Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou)

- Un médecin
- Six Sages-femmes
- Trois infirmières obstétriciennes
- Deux aides-soignantes
- Deux infirmiers d'état
- Trois infirmiers de santé publique
- Une secrétaire
- Un manœuvre
- Cinq matrones

ASCODA (Association de Santé Communautaire de Daoudabougou)

- Deux médecins
- Six sages-femmes
- Une infirmière obstétricienne
- Six aides soignantes

- Un technicien supérieur de laboratoire
- Un infirmier d'état
- Un infirmier de santé publique
- Un comptable -Un gardien

ASACOKAL (Association de Santé Communautaire de Kalaban-coura)

- Deux médecins
- Deux infirmiers d'état
- Six sages-femmes
- Trois infirmières obstétriciennes
- Six aides soignantes
- Un infirmier de santé publique
- Un secrétaire
- Trois comptables
- Un aide comptable
- Deux gardiens

ADASCO (Association de Santé Communautaire de Daoudabougou)

- Deux médecins
- Sept sages femmes
- Un infirmier d'état
- Quatre infirmières obstétriciennes
- Six aides soignantes
- Un technicien supérieur de laboratoire
- Une matrone
- Trois comptables
- Un manœuvre

ASACODA (Association de Santé Communautaire de Daoudabougou)

- Un médecin
- Quatre sages femmes
- Cinq infirmières obstétriciennes
- Un infirmier d'état
- Deux aides soignantes
- Deux matrones
- Deux infirmiers de santé publique
- Deux techniciens supérieurs de laboratoire
- Une gérante du dépôt des médicaments
- Deux comptables
- Un manœuvre - Un gardien

ASCOMBACODJI (Centre de Santé Communautaire de Bacodjicoroni)

- Trois médecins
- Six sages-femmes
- Deux infirmières obstétriciennes
- Un infirmier d'état
- Trois infirmiers de santé publique
- Un technicien de laboratoire
- Un technicien supérieur de laboratoire
- Un aide comptable
- Une matrone
- Un comptable
- Un manœuvre
- Un gardien

ASACOKALKO (Centre de Santé Communautaire de kalaban-coura koko)

- Un médecin

- Deux sages-femmes
- Une aide-soignante
- Deux infirmiers de santé publique
- Un manœuvre

ASACOKALA ACI (Centre de Santé Communautaire de kalabancoura ACI)

- Un médecin
- Trois sages femmes
- Deux aides-soignantes
- Une matrone
- Un comptable

1.4. Fonctionnement des centres de santé communautaire

Le personnel technique des CSCom est dirigé par un responsable appelé Directeur technique du centre (DTC) ou Médecin Directeur.

La gestion des centres de santé communautaires est assurée par une Association de Santé Communautaire dont les organes de gestion sont : le comité de gestion le conseil d'administration et le comité de surveillance. L'assemblée générale est l'instance suprême.

Le conseil d'administration du CSCom définit la politique du centre et propose le rapport d'activité et le budget annuel à l'assemblée générale des membres. Ce dispositif permet un contrôle rigoureux de la gestion.

Le personnel salarié de l'association, se compose d'un directeur responsable du dispensaire, d'un responsable de la maternité (sage femme, infirmière obstétricienne, matrone), d'un responsable de l'unité nutrition (sage femme, infirmière obstétricienne) et d'un gérant du dépôt de médicaments.

Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale(CPN), Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME(Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence, Unité de One Stop Center

○ **Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :** Il comporte : Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Quarante-quatre sages femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres, □ Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

1.5. Fonctionnement

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingtquatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynécoobstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

2. Type d'étude

Notre étude multicentrique était, descriptive à visée évaluative et analytique.

3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 23 novembre 2019 au 23 février 2020 soit une période de 3 mois.

4. Population d'étude

4.1. Cibles primaires

Ont été les femmes enceintes (patientes) admises en travail et ayant accouché par voie basse dans les maternités du district sanitaire de la commune V c'est à dire dans les douze (12) CSComs et le CS Réf. La PMI de Badalabougou, les structures privées et confessionnelles n'ont été concernées dans cette étude.

4.2. Cibles secondaires

Etaient représentées par les agents de santé ou prestataires de service dans le district sanitaire de la Commune V

5. Échantillonnage

5.1. Méthode

La méthode d'échantillonnage utilisée était celle non probabiliste.

5.2. Techniques d'échantillonnage

Nous avons effectué un choix exhaustif de toutes les parturientes admises en travail dans les maternités du district sanitaire de la commune V et qui ont accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

Le choix raisonné a été utilisé pour le recrutement des prestataires de service en la salle d'accouchement et des suites de couche.

5.3. Taille de l'échantillon

Pendant notre étude nous avons recruté l'ensemble des parturientes ayant accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

Nous avons interrogé l'ensemble des prestataires de service ayant assisté ces patientes à l'accouchement et dans les suites de couche.

5.4. Critères d'inclusion

-Pour les patientes

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse dans les maternités du district sanitaire de la commune V en présence de l'enquêteur.

-Pour les prestataires de service

Ont été inclus dans notre étude les prestataires de service ayant pratiqué les accouchements et assuré la surveillance dans les suites de couche.

5.5. Critères de non inclusion

-Pour les patientes

N'ont pas été incluses dans notre étude, toutes les patientes ayant accouché par voie basse dans lesdites maternités en l'absence de l'enquêteur.

-Pour les prestataires de service

N'ont pas été inclus dans notre étude, les prestataires de service qui ne sont pas impliqués dans la gestion des accouchements et des suites de couche.

6. Variables de l'étude

❖ **Notre variable dépendante** était les déterminants de la GATPA de qualité prise en variable qualitative avec deux modalités (étape bien faite et étape faite avec insuffisance).

❖ **Nos variables indépendantes** étaient les facteurs sociodémographiques des parturientes ayant accouché par voie basse et ceux des agents de santé en charge des accouchements et des suites de couche

- L'âge
- La résidence
- La nature de l'activité professionnelle
- Le statut matrimonial
- La scolarisation
- La gestité

- La parité
- Les antécédents médicaux
- Les antécédents chirurgicaux
- ❖ **Facteurs liés aux prestataires de service sont :**
- La qualification (médecins /internes, sages-femmes/infirmières obstétriciennes)
- L'âge
- Le sexe
- L'expérience professionnelle
- La notion de la formation sur la GATPA
- Le délai depuis la dernière formation sur la GATPA
- Le moment de la formation sur la GATPA
- ❖ **Les étapes clés de la GATPA**
- L'administration de l'ocytocine
- La traction contrôlée du cordon et la contre pression
- Le massage utérin
- ❖ **Les déterminants de la GATPA de qualité étudiés**
- L'âge
- La qualification
- L'expérience professionnelle
- La notion de la formation sur la GATPA
- Le moment de la formation sur la GATPA
- Le délai depuis la dernière formation sur la GATPA
- ❖ **Le lien entre la GATPA qualité et le risque de survenues complications hémorragiques**

7. Collecte des données

7.1. Techniques de collecte des données

Nous avons procédé à :

- Une observation des gestes effectués par les prestataires de service du début à la fin du processus de la GATPA et la surveillance dans les suites de couche.
- L'entrevue des patientes et ou des accouchées.
- L'exploitation des différents supports des données.

7.2. Équipe de collecte

L'équipe de collecte était composée d'une étudiante en Médecine en fin de cycle (enquêteur) formée à la pratique de la GATPA. Cette étudiante était supervisée par un Médecin Gynécologue Obstétricien (superviseur).

7.3. Outils de collecte

Pour collecter les données, les outils suivants ont été utilisés :

- Un questionnaire d'entrevue pour les patientes et les prestataires de service
- Les dossiers médicaux des patientes
- Le registre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Le registre d'hémorragie du post-partum

8. Traitement et analyses

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPIINFO 3.5.3. Les tableaux ont été faits avec Excel 2010 et la saisie et le traitement de texte avec Word 2010.

Nous avons procédé à l'analyse bi-variable avec croisement entre la GATPA qualité et les différentes variables indépendantes. Nous avons déterminé les Odds Ratios (Rapport de cotes) avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les p inférieurs à 0,05 ont été considérés comme statistiquement significatifs.

9. Déroulement de la collecte

Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête dans le district sanitaire de la commune V. Les différentes entrevues ont commencé depuis la salle d'accouchement jusqu'aux suites de couche. En ce qui concerne les prestataires de service, l'enquête a été faite en tenant compte de leur disponibilité.

L'évaluation de la pratique de la GATPA de qualité a été faite sur la base d'observation de trois étapes clés de la GATPA :

- L'administration de l'ocytocine
- La traction contrôlée du cordon et la contre pression
- Le massage utérin

10. Considérations éthiques

Les procédures ont été respectées sur le plan éthique aussi bien au niveau des patientes qu'au niveau des prestataires de service.

11. Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail.

12. Difficultés liées à la collecte Il s'agissait essentiellement :

- La non complétude des informations dans certains supports de données
- Le problème de communication avec certaines patientes qui ne comprenaient pas la langue locale et également en traduction de certains passages du questionnaire en langue locale, le bambara (patiente).
- Le déplacement pour se rendre sur les différents sites de l'étude (communications).

13. Définitions opératoires :

- **Gestité** : nombre de grossesse ;
- **Primigeste** : Une grossesse ;

- **Paucigeste** : Deux à trois grossesses ;
- **Multigeste** : Quatre à cinq grossesses ;
- **Parité** : Nombre d'accouchement ;
- **Primipare** : Un accouchement ;
- **Paucipare** : Deux à trois accouchements ;
- **Multipare** : Quatre à cinq accouchements ;
- **Atonie utérine** : Absence de rétraction utérine après la délivrance rendant l'utérus mou et favorisant une hémorragie du post-partum ;
- **Période du post partum immédiat** : ici désigne la Période des 24 heures suivant l'accouchement ;
- Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)
 - G=Gestion ;
 - A=Active ;
 - T=Troisième ;
 - P=Période ;
 - A=Accouchement.

C'est un ensemble de procédures et d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines pour prévenir l'HPP, qu'accoucheur doit maîtriser.

- **Référée** : Toute patiente adressée par une structure sanitaire périphérique à une autre structure sanitaire supposée mieux équipée pour une meilleure prise en charge.
- **La GATPA de qualité ou bien faite** : Lorsque la pratique de tous les gestes des trois étapes de la GATPA étaient correctement et totalement exécutés.
- **Insuffisance dans la pratique de la GATPA ou étape faite avec insuffisance** : Lorsqu'un ou plusieurs gestes ou étapes manque(nt) dans la pratique de la GATPA

- **Surveillance bien faite** : c'est une surveillance au cours de laquelle les paramètres de surveillance sont contrôlés et notifiés pendant 6 heures de temps soit : 15 minutes pendant 2 heures, 30 minutes pendant 1 heures puis toutes les heures pendant 3 heures.
- **Surveillance mal faite** : c'est lorsque le suivi comporte une insuffisance (au moins un paramètre non surveillé et ou non notifié durant la période de surveillance de 6 heures.

III. RESULTATS

❖ Etude descriptive

✓ Fréquence de la pratique de la GATPA

Notre étude s'est portée sur 253 patientes chez qui la GATPA a été réalisée dans 100% des cas. Elle a aussi concerné 86 prestataires de service en charge des accouchements et des suites de couche.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage %
≤ 20ans	59	23,3
20- 34	165	65,2
≥ 35 ans	29	11,5
Total	253	100

La tranche d'âge de 20 à 34 ans a représenté 65,2% ; l'âge moyen était de 26,3±7 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la commune de résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage %
Commune V	213	84,2
Autre commune	39	15,4
Hors Bamako	1	0,4
Total	253	100

Les patientes résidant en Commune V du District de Bamako ont représenté 84,2%.

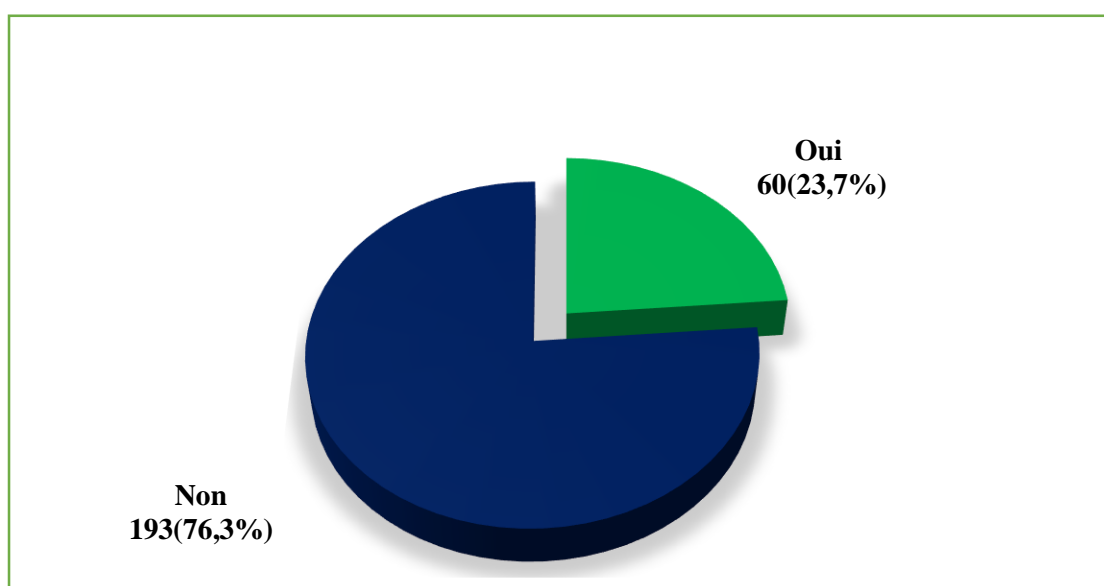


Figure 20 : Répartition des patientes selon la nature de l'activité professionnelle

Au cours de notre étude 193 patientes exerçaient une activité non génératrice de revenu soit 76,3% des cas.

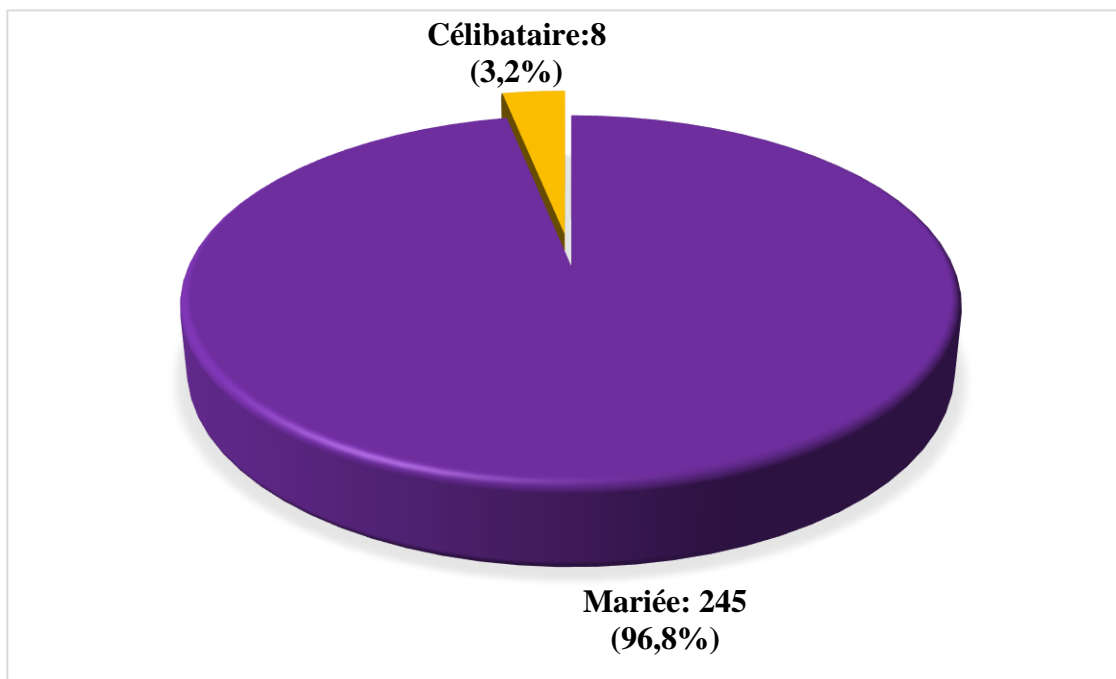


Figure 21 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial La majorité des patientes était mariée dans 245 cas soit (96,8%).

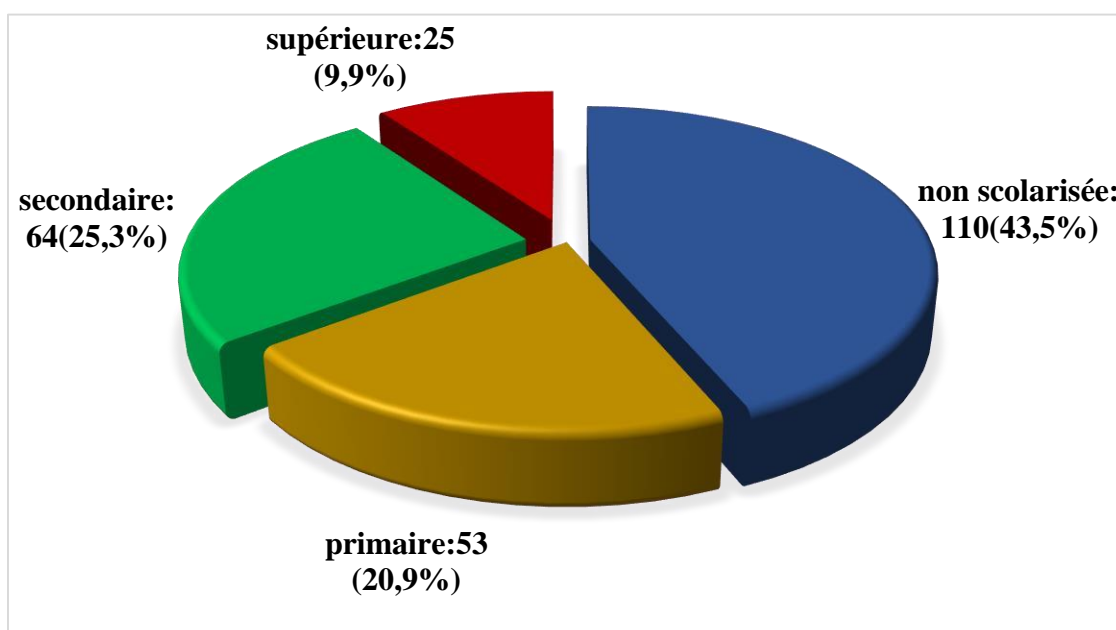


Figure 22 : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation. La majorité des patientes (110cas) était non scolarisée soit 43,5%.

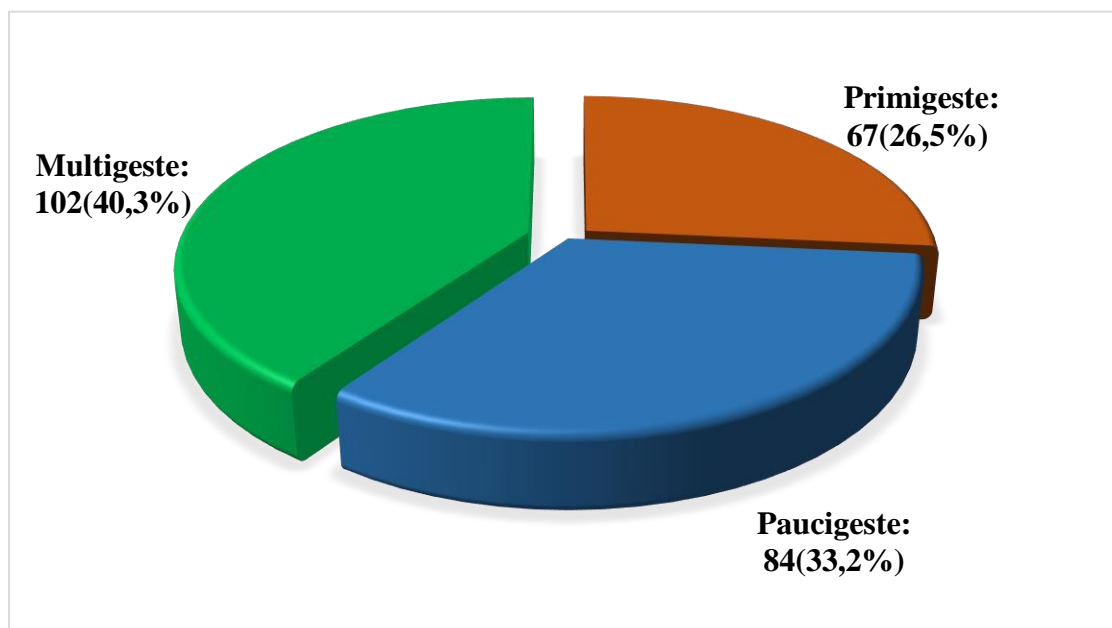


Figure 23 : Répartition des patientes selon la gestité

Les multigestes étaient les plus représentées soit 102 patientes (40,3%).

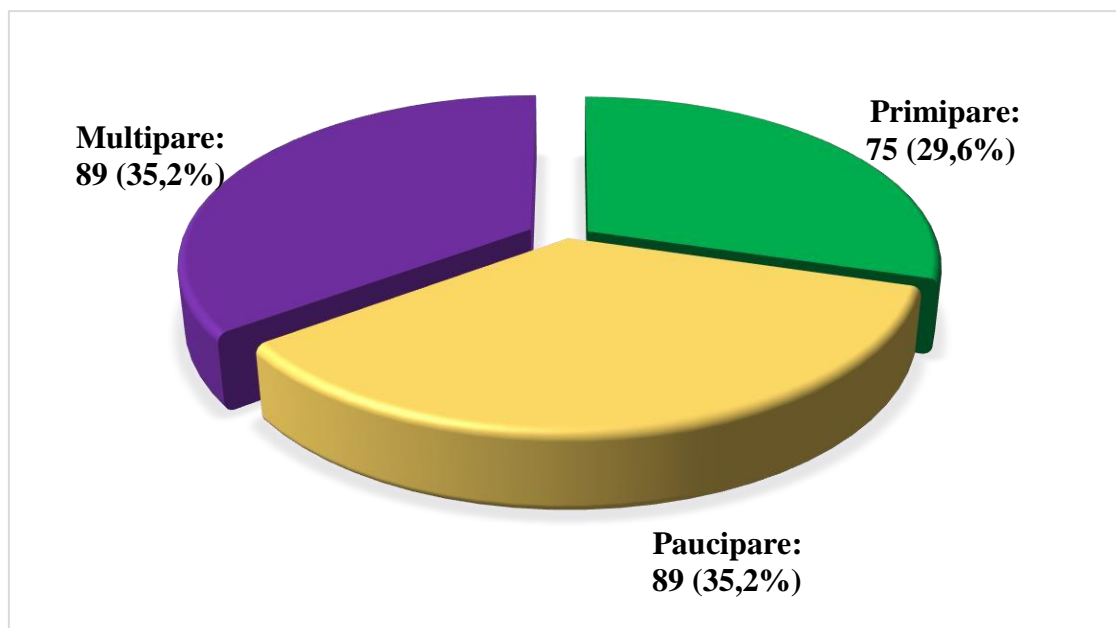


Figure 24 : Répartition des patientes selon la parité

Les multipares et les paucipares ont représenté chacun (35,2%) des cas.

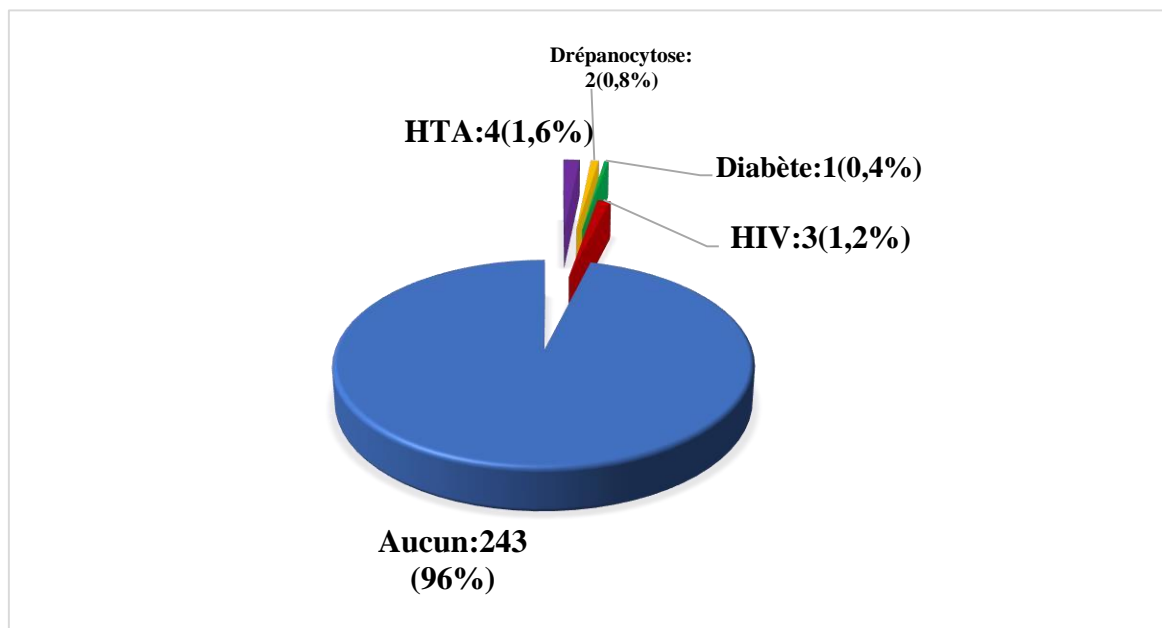


Figure 25 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux Dix (10) patientes avaient un antécédent médical soit 4%.

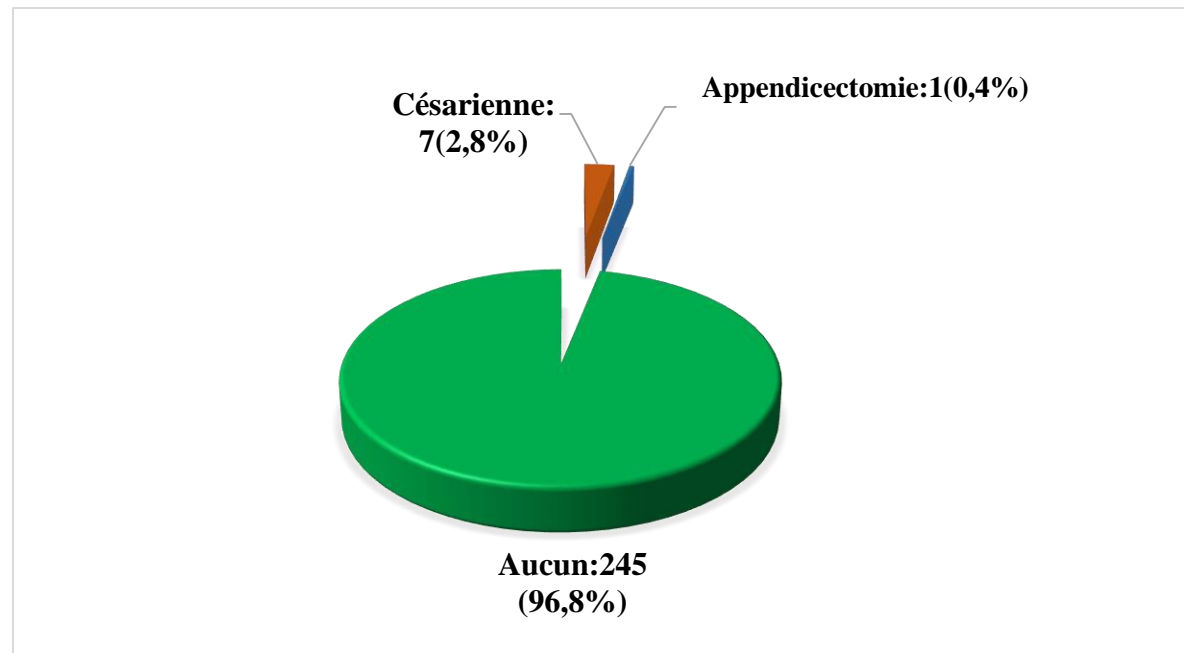


Figure 26 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux
La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus retrouvé dans 7cas (2,8%).

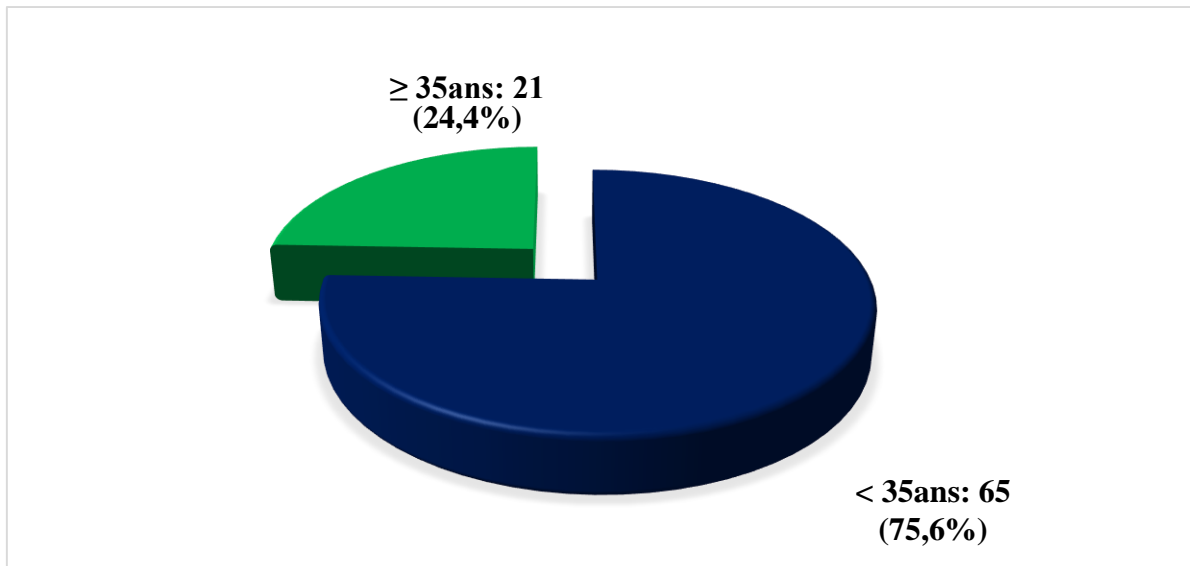


Figure 27 : Répartition selon l'âge des prestataires de service.

La majorité des prestataires (65) de service avait un âge inférieur à 35 ans dans 75,6%. Les âges extrêmes étaient de 18ans et 52ans avec un âge moyen de 30ans.

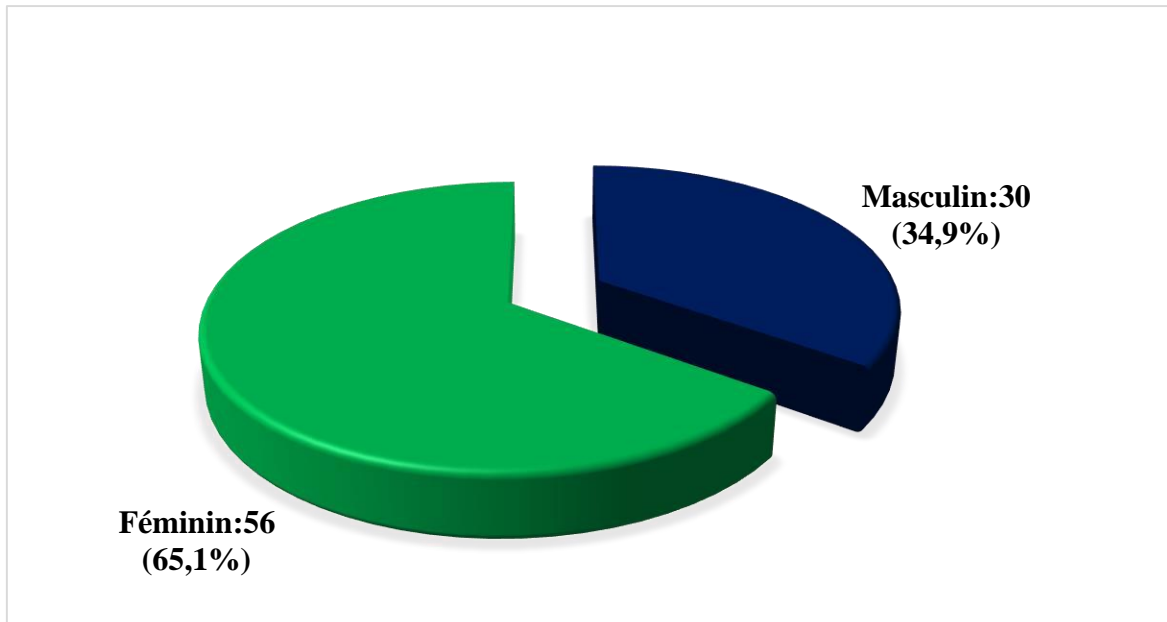


Figure 28 : Répartition selon le sexe des prestataires de service

La majorité des prestataires de service était de sexe féminin soit 56 cas (65,1%).

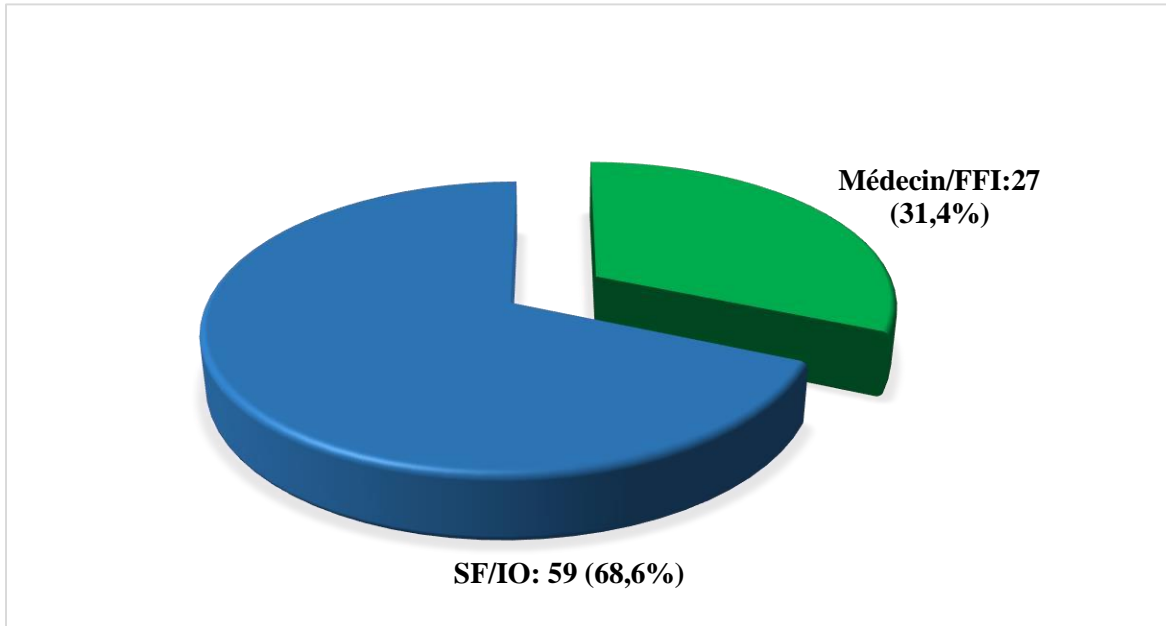


Figure 29 : Répartition selon la qualification des prestataires de service

Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes étaient les plus représentées soit 59 cas (68,6 %).

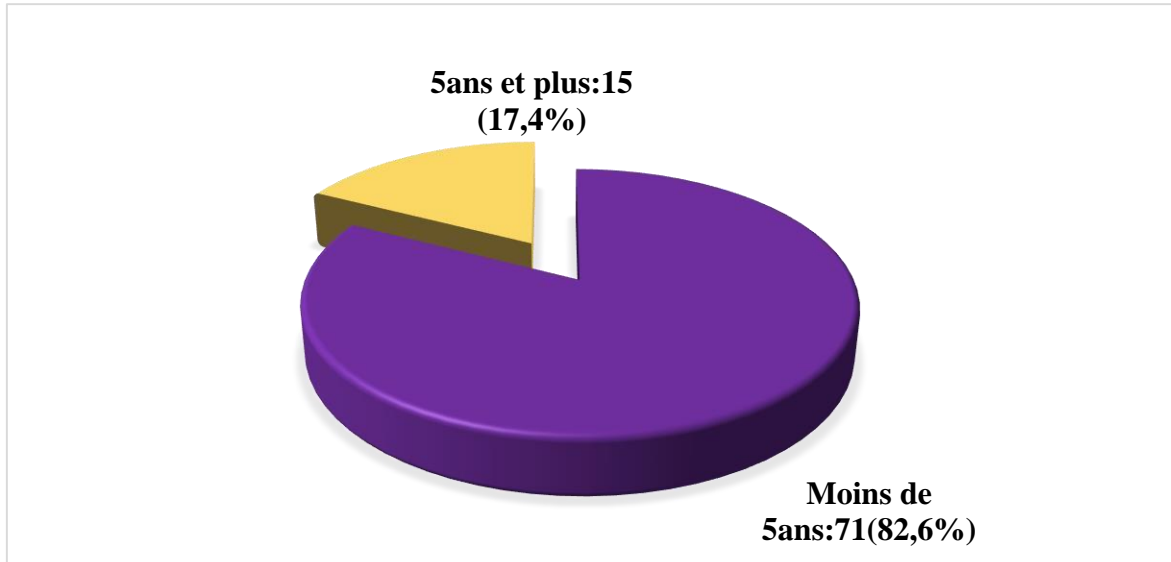


Figure 30 : Répartition selon l'expérience professionnelle des prestataires de service.

Soixante-onze (71) prestataires de service avaient une expérience professionnelle de moins de 5 ans soit 82,6% des cas.

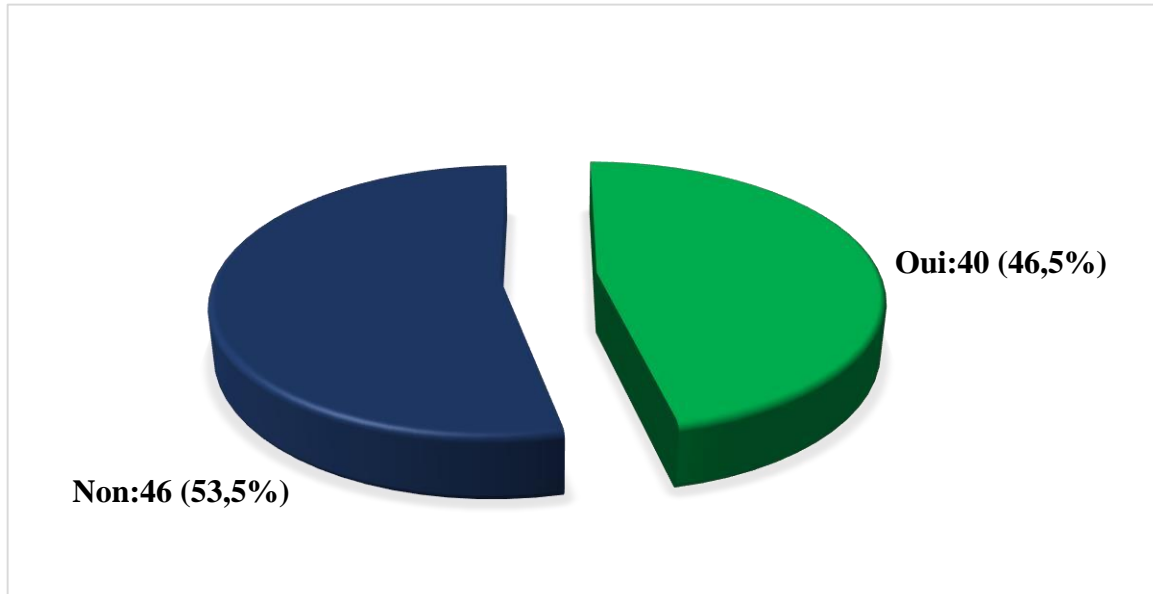


Figure 31 : Répartition des prestataires de service selon la notion de formation sur la GATPA.

Les prestataires de service n'ayant pas suivi une formation sur la pratique de la GATPA étaient au nombre 46 soit 53,5 %.

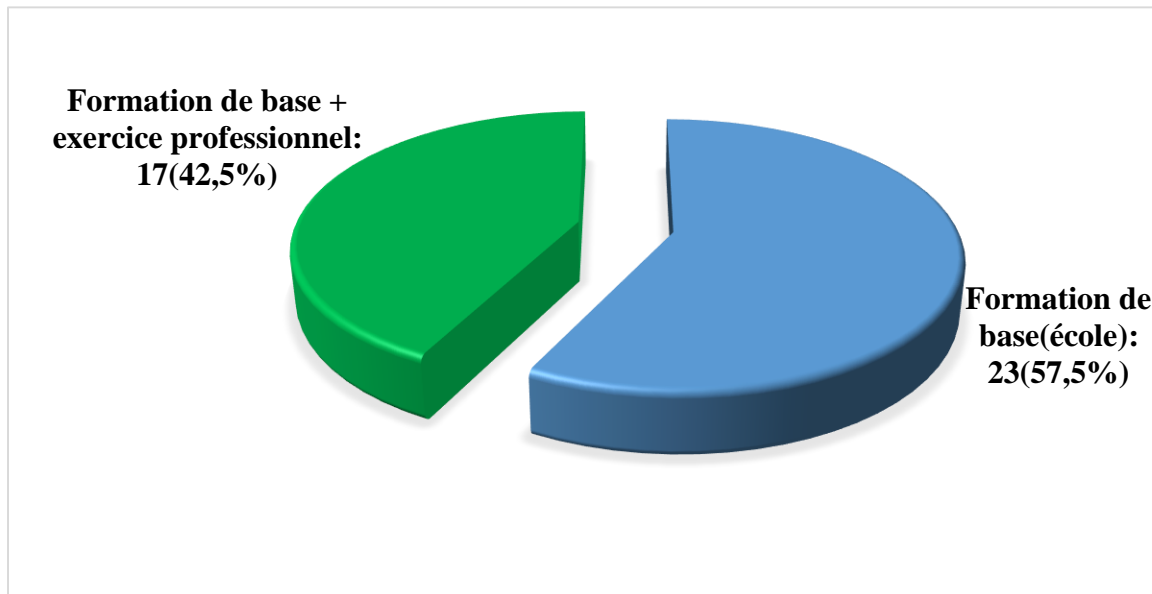


Figure 32 : Répartition des prestataires de service selon le moment (cumul) de formation sur la GATPA.

La formation de base seule avait été faite par 23 prestataires de service (57,5%).

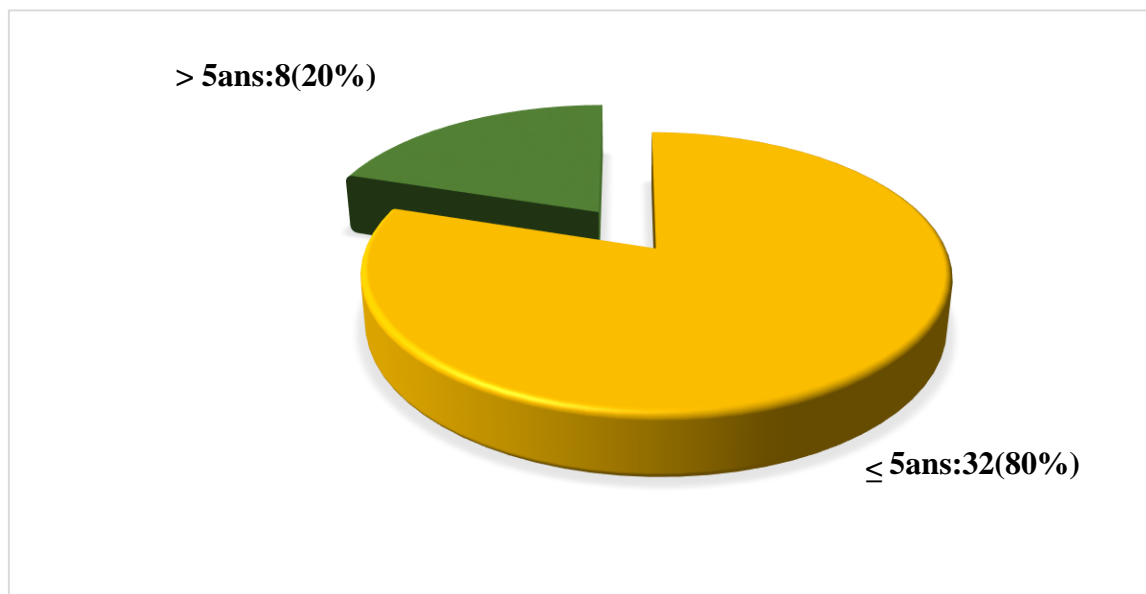


Figure 33 : Répartition prestataires de service selon le délai depuis la dernière formation sur la GATPA.

La dernière formation remontait à moins de 5 ans chez 32 prestataires de service (80%).

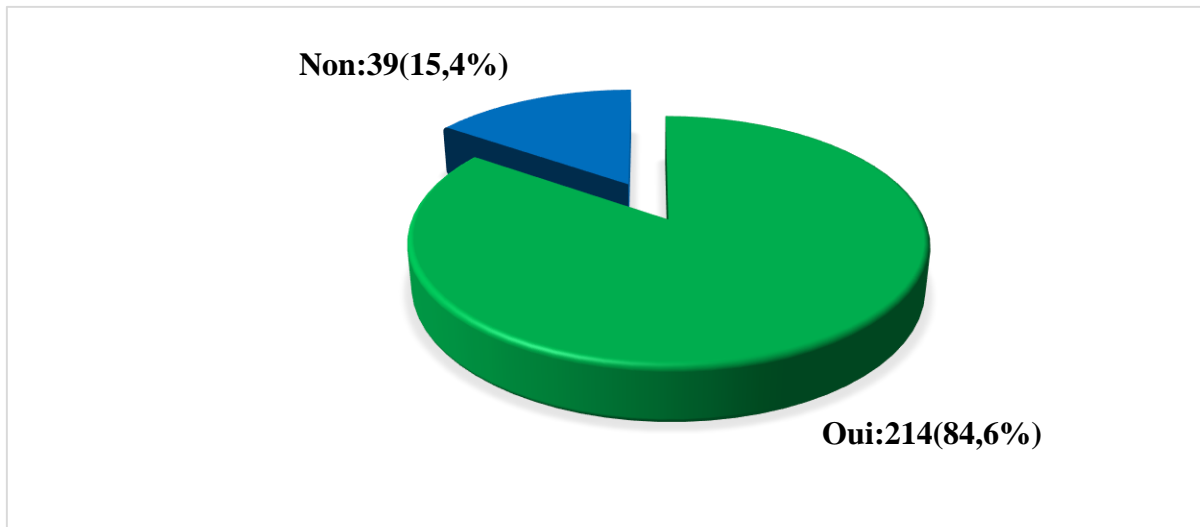


Figure 34 : Répartition des patientes selon l'assurance de l'absence d'un autre fœtus dans l'utérus avant l'administration de l'ocytocine.

Deux cent quatorze (214) prestataires de service se sont assurés de l'absence d'un autre fœtus avant l'injection d'ocytocine soit 84,6%.

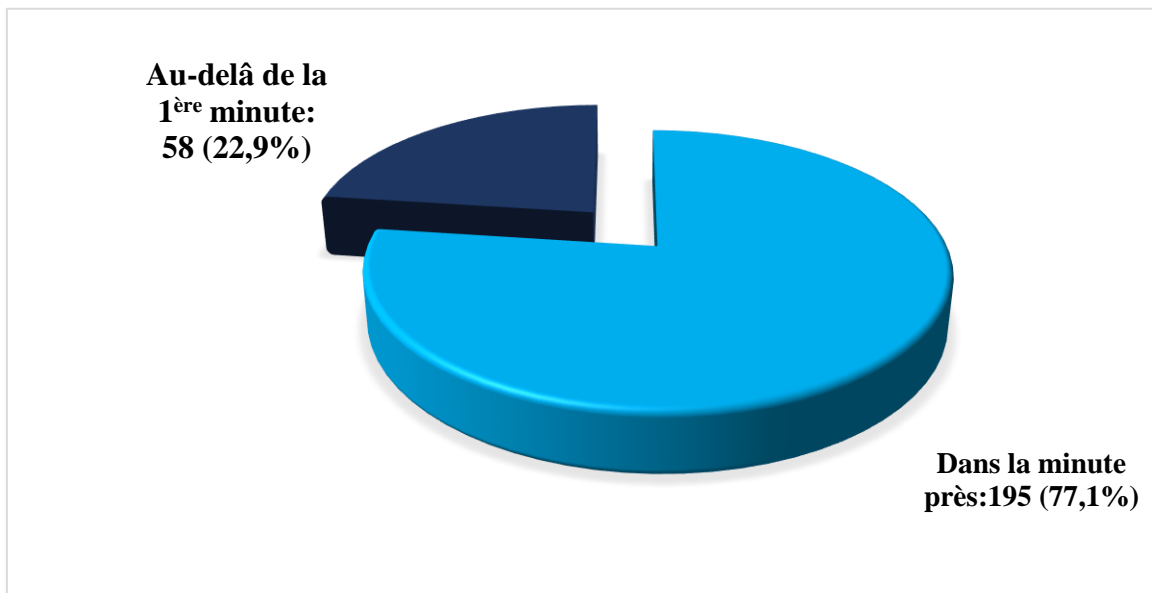


Figure 35 : Répartition des patientes selon le délai d'injection de l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement (1^{ère} étape clé).

L'injection d'ocytocine a été faite dans la minute qui a suivi l'accouchement chez 195 patientes soit 77,1% des cas.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la voie d'administration et la dose administrée.

Voie d'administration	Effectifs	Pourcentage %
Intra musculaire	101	39,9
Intra veineuse	152	60,1
Total	253	100

Dose administrée	Effectifs	Pourcentage %
5 UI	30	11,9
10 UI	223	88,1
Total	253	100

10 UI d'ocytocine a été administré (88,1%) par voie intraveineuse (60,1%) dans la majorité des cas.

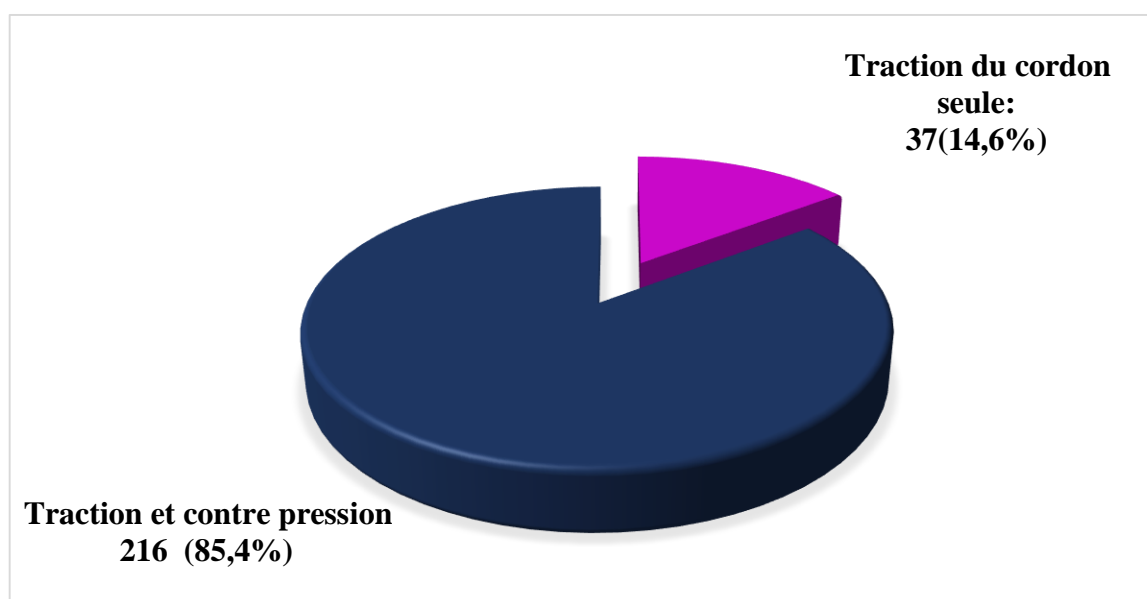


Figure 36 : Répartition selon la traction contrôlée du cordon (2^{ème} étape clé)

La traction avec contre pression a été effectuée chez 216 patientes soit 85,4%.

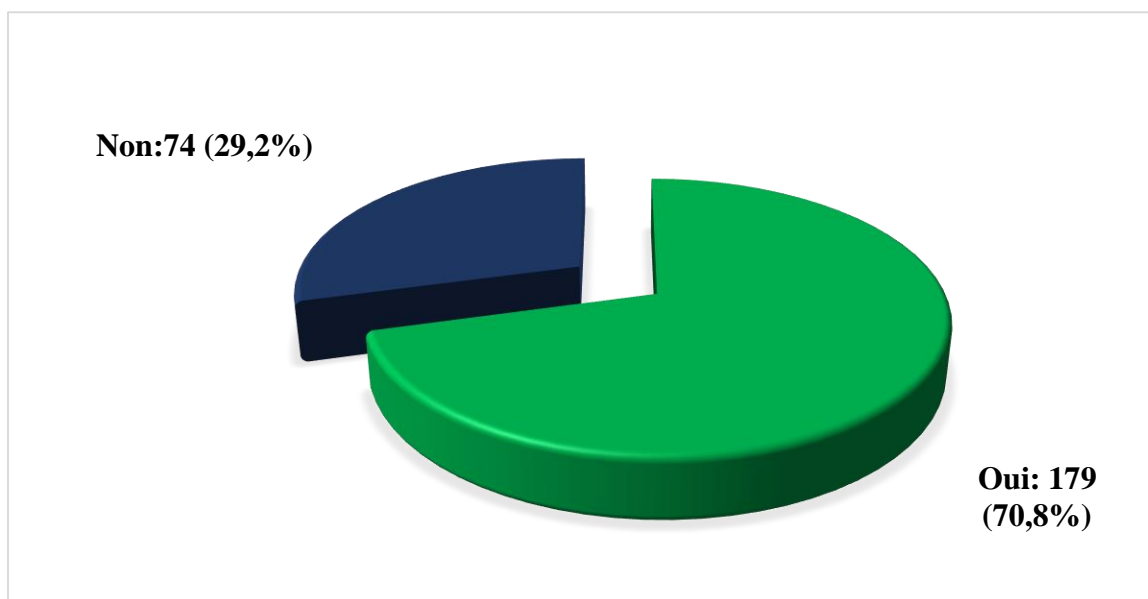


Figure 37 : Répartition des patientes selon la réalisation de l'entortillement

L'entortillement a été fait chez 179 patientes (70,8%).

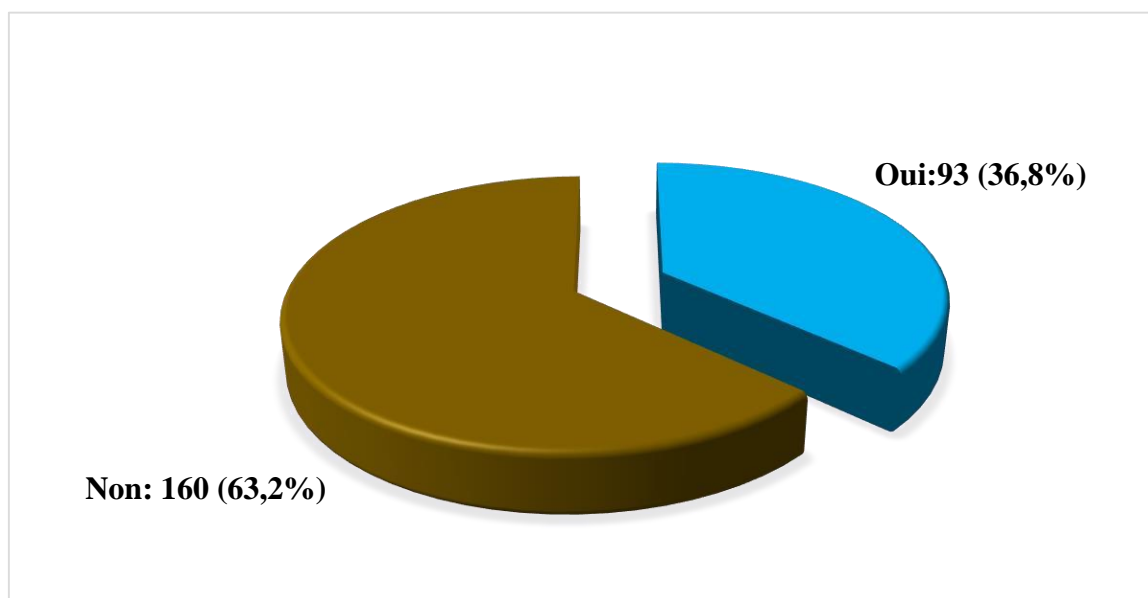


Figure 38 : Répartition des patientes selon l'existence d'une pression sur le fond utérin

La pression sur le fond utérin a été exercée sur le fond utérin chez 160 patientes soit 36,8%.

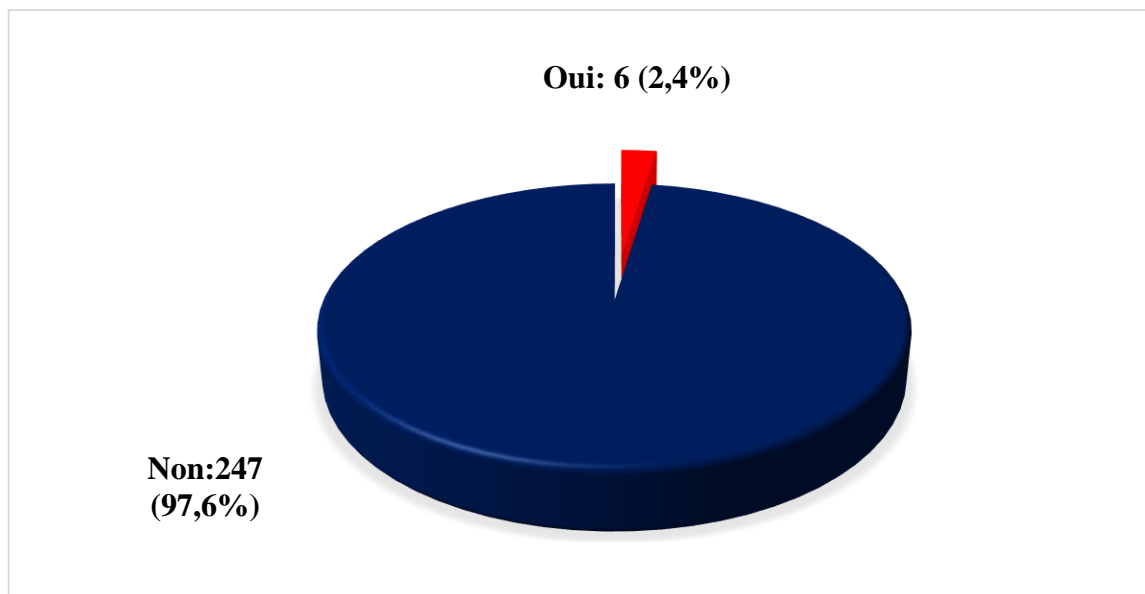


Figure 39 : Répartition des patientes selon la rupture du cordon

Le cordon a été rompu chez 6 patientes (2,4%).

Tableau X : Répartition des patientes selon qu'une délivrance artificielle ai été faite ou non

Délivrance artificielle	Effectifs	Pourcentage %
Oui	6	2,4
Non	247	97,6
Total	253	100

La délivrance artificielle a été faite dans 2,4% des cas.

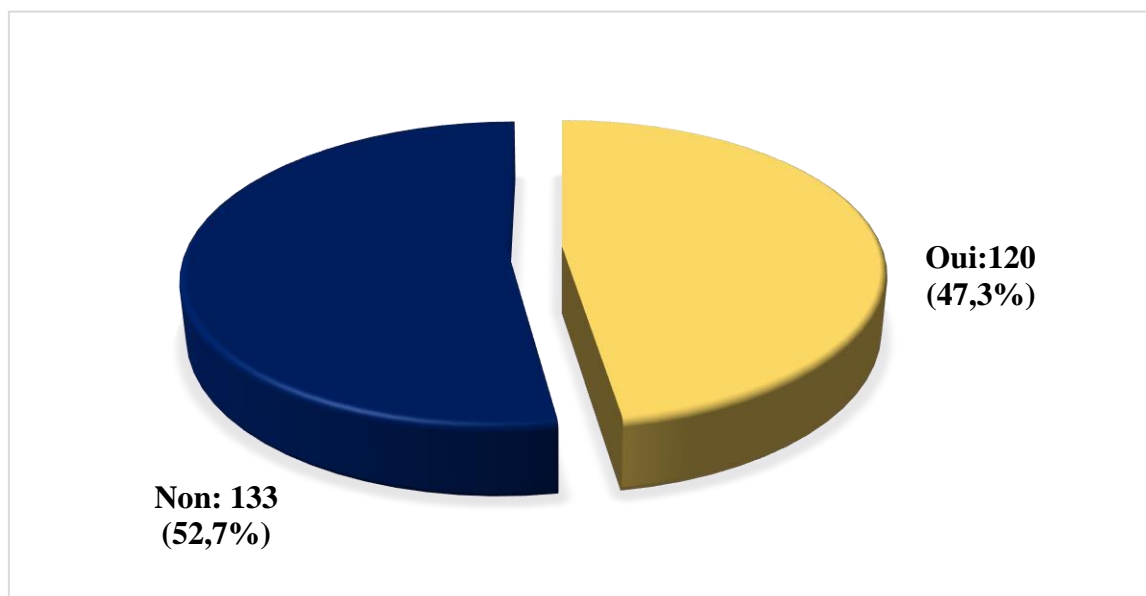


Figure 40 : Répartition des patientes selon la réalisation de l'examen du délivre

L'examen du délivre a été fait chez 120 patientes soit 47,3%.

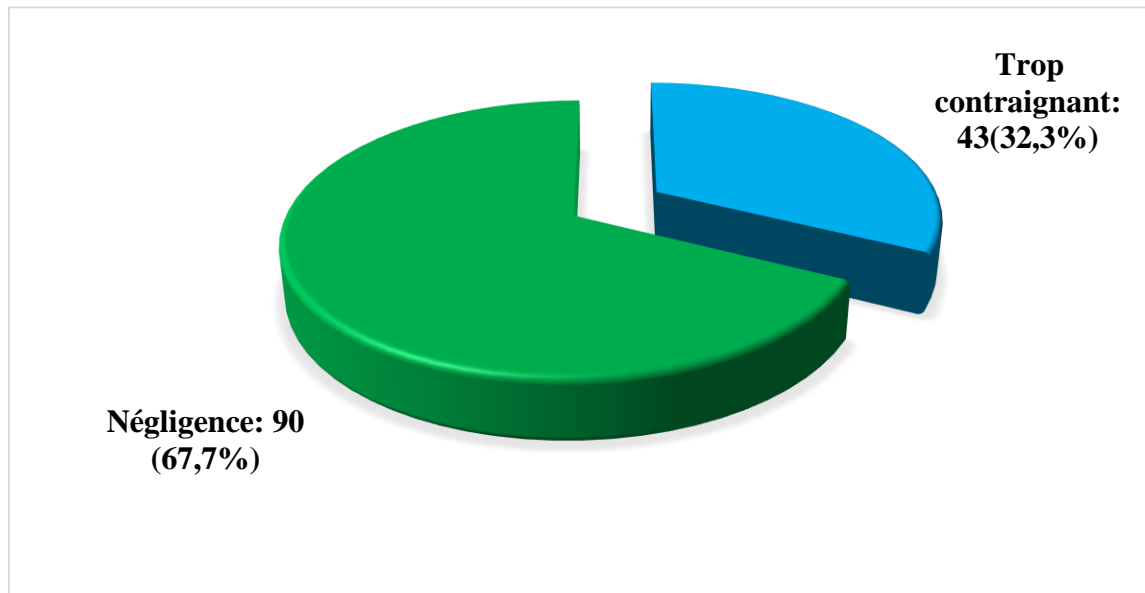


Figure 41 : Répartition des patientes selon les raisons avancées pour la non réalisation de l'examen du délivre.

La négligence était la raison la plus avancée dans 67,7% des cas.

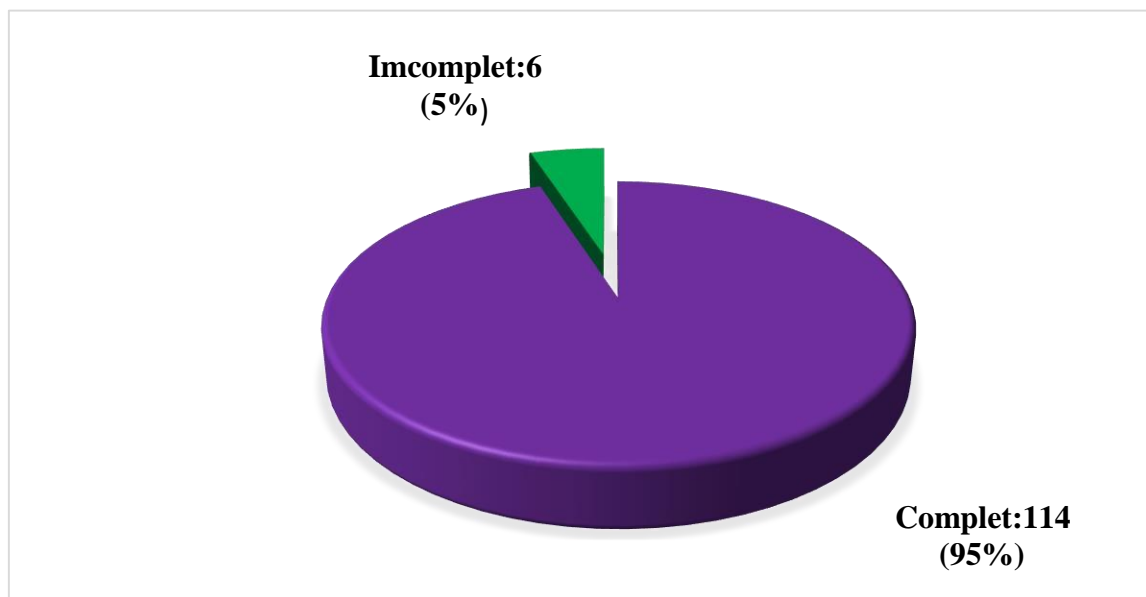


Figure 42 : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen du délivre.

Le placenta était au complet dans 95% des cas.

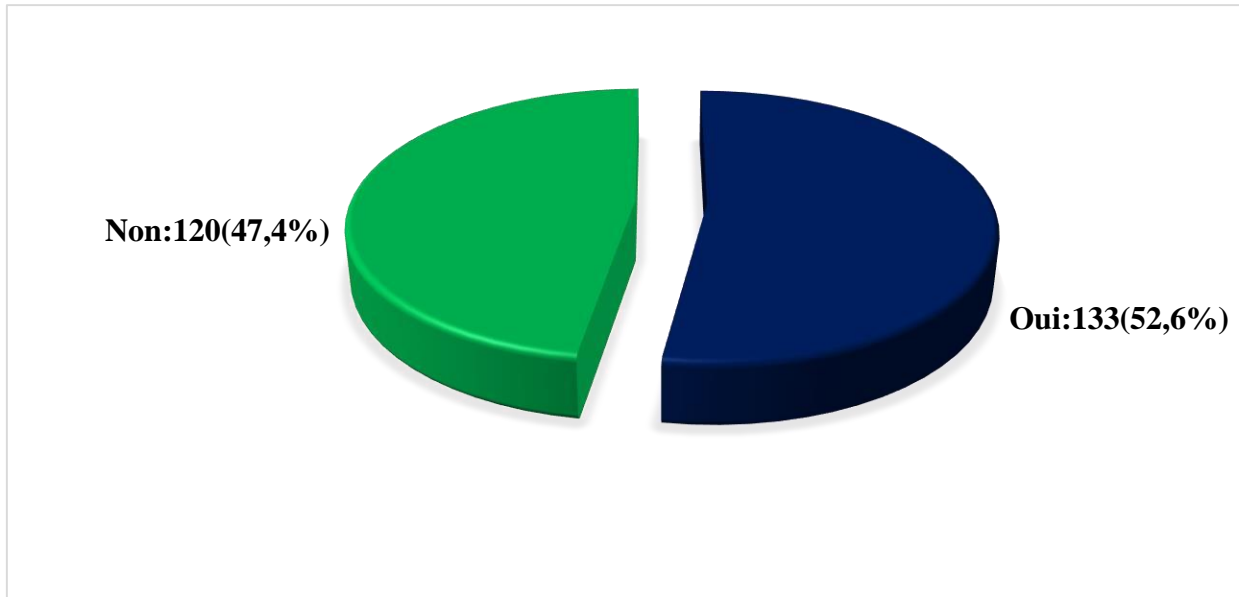


Figure 43 : Répartition des patientes selon que la révision utérine systématique soit faite ou non.

La révision utérine a été faite chez 133 patientes soit 52,6% des cas.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le résultat de la révision utérine

Résultat de la révision utérine	Effectifs	Pourcentage %
Cavité utérine vide et régulière	82	61,7
Rétention de débris placentaires	48	36
Solution de continuité de l'utérus (Rupture Utérine)	3	2,3
Total	133	100

- La cavité utérine était vide et régulière dans 82 cas soit 61,7%.
- Les 3 cas de ruptures utérines ont fait l'objet d'une prise en charge adéquate (hystérorraphie)

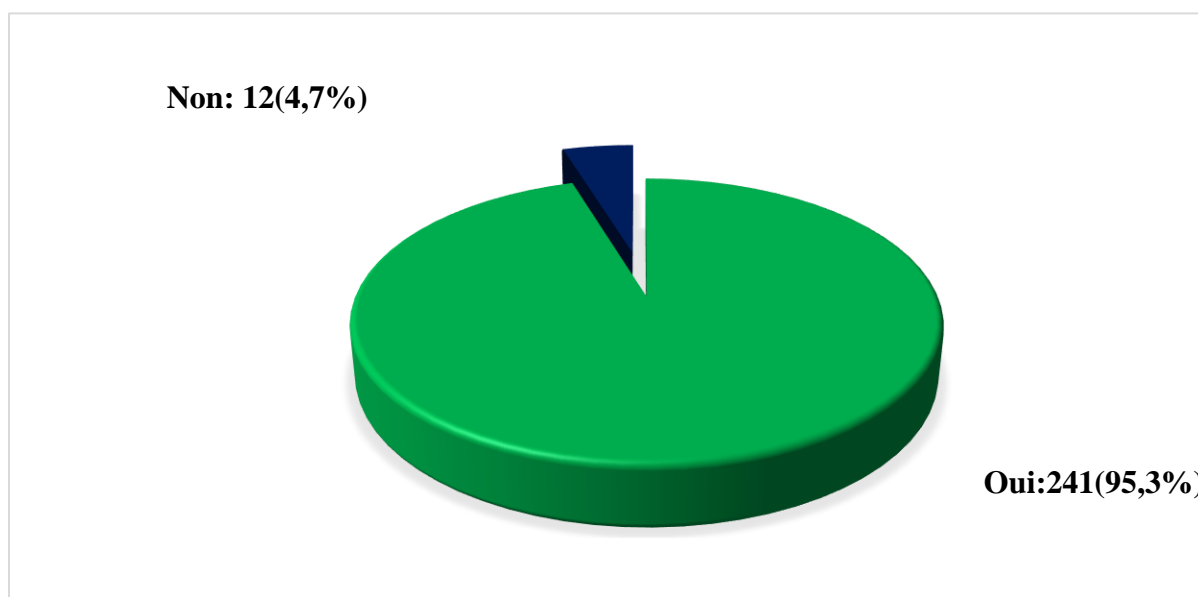


Figure 44 : Répartition des patientes selon la réalisation du massage utérin (3ème étape clé)

Le massage utérin a été fait par les prestataires de service chez 241 patientes (95,3%).

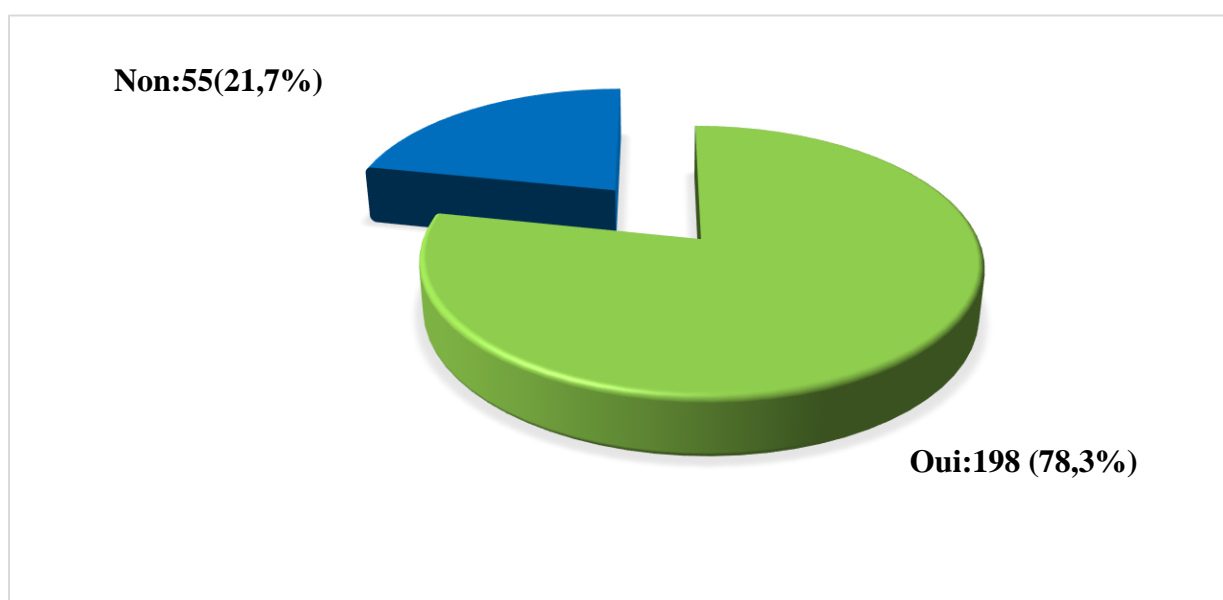


Figure 45 : Répartition des patientes selon qu'elles aient bénéficié de l'apprentissage sur le massage utérin.

Le massage utérin a été appris aux patientes dans 198cas (78,3%).

Tableau XII : Répartition des patientes selon le sondage vésical.

Sondage vésical	Effectifs	Pourcentage %
Oui	158	62,5
Non	95	37,5
Total	253	100

Le sondage vésical a été fait chez 158 patientes soit 62,5% des cas.

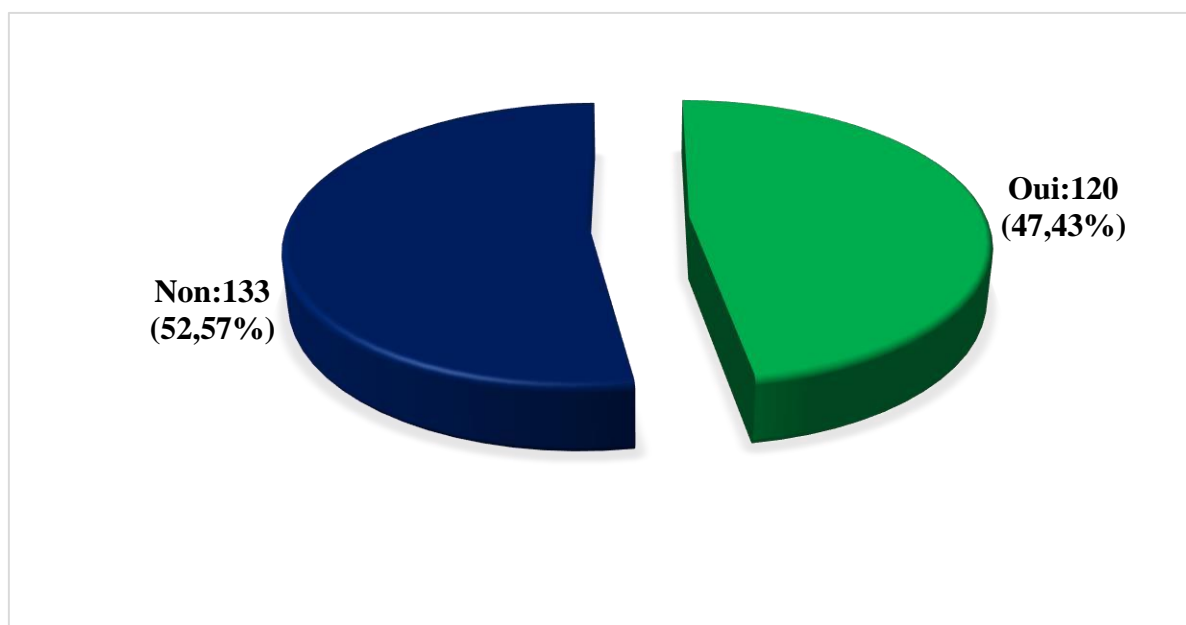


Figure 46 : Répartition des patientes selon qu'elles aient ou non de la GATPA de qualité.

La GATPA de qualité a été observée chez 120 patientes soit 47,43 % des cas ; c'est-à-dire dans moins de la moitié des cas.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le délai d'observation dans la salle d'accouchement après accouchement.

Délai d'observation	Effectifs	Pourcentage %
Moins de 1 Heure	223	88,1
1 à 2 heures	30	11,9
Total	253	100

Le délai d'observation des patientes dans la salle d'accouchement était inférieur à une heure de temps dans 88,1% des cas.

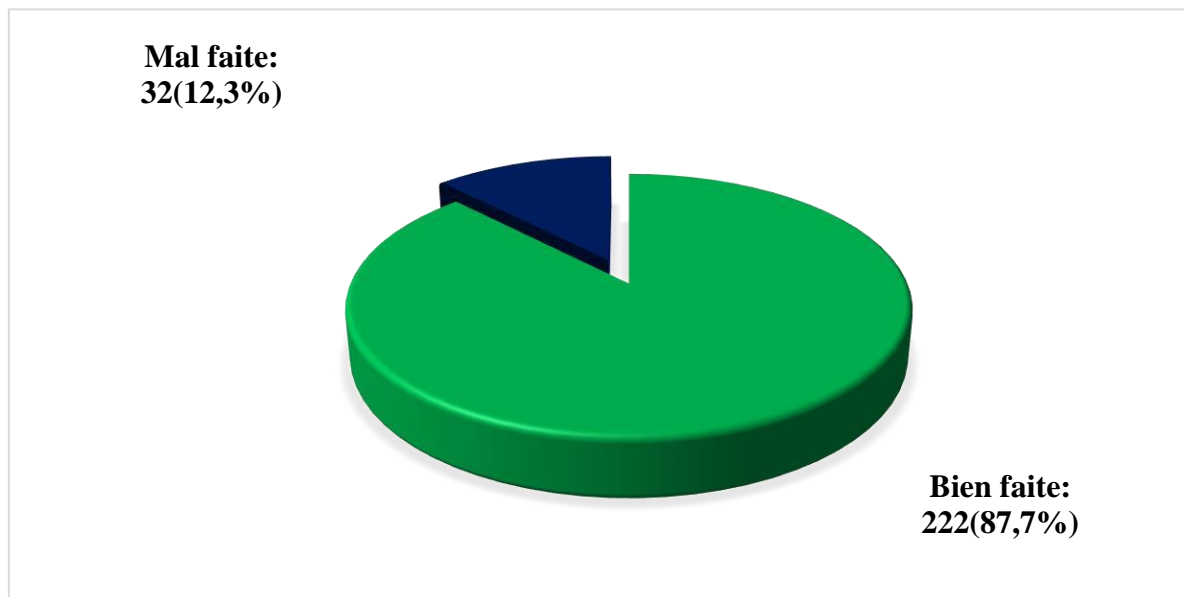


Figure 47 : Répartition des patientes selon la qualité de la surveillance dans le post partum.

NB : mal faite = faite avec insuffisance

La surveillance a été correctement faite chez 222 patientes 87,7% des cas.

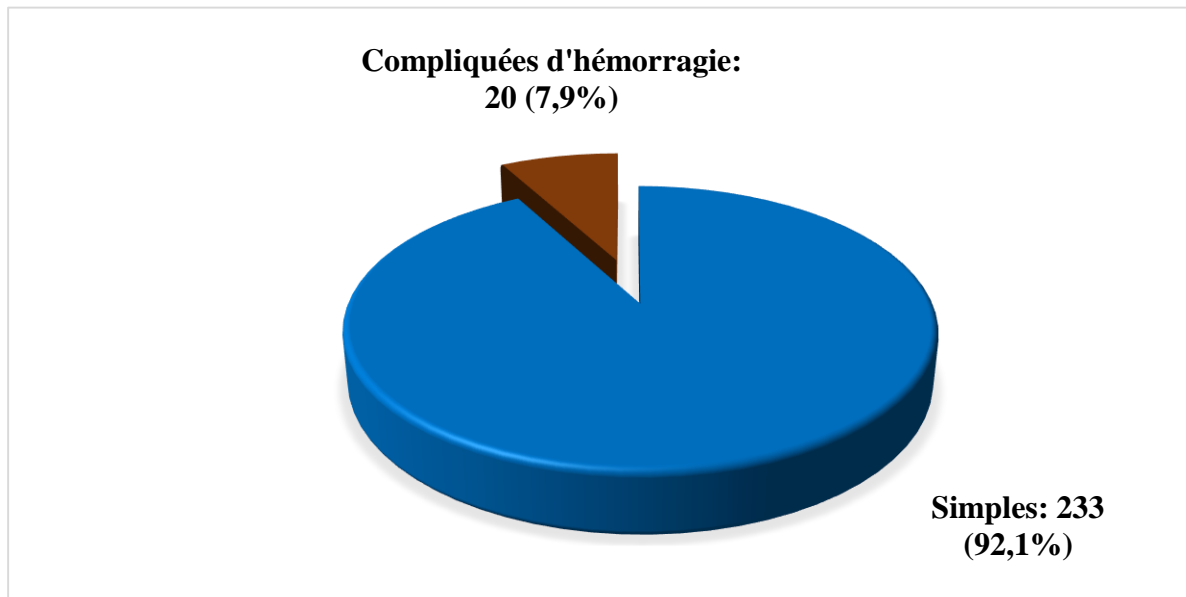


Figure 48 : Répartition des patientes selon l'état des suites de couche. Les complications hémorragiques ont été retrouvées chez 20 des patientes soit 7,9% des cas.

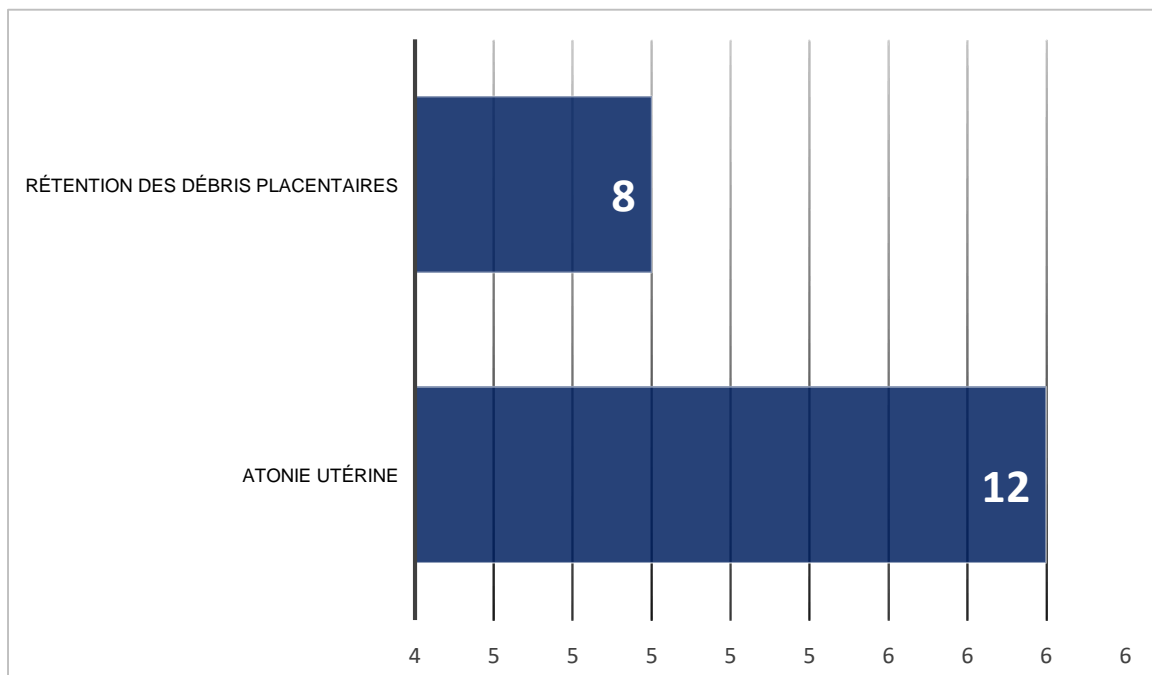


Figure 49 : Répartition des patientes selon les causes des hémorragies du post partum immédiat.

Les complications hémorragiques étaient dues à l'atonie utérine 12 cas (60%) à la rétention des débris placentaires 8 cas (40%)

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la prise en charge de l'hémorragie.

Prise en charge de l'hémorragie	Effectifs	Pourcentage %
Obstétricale /chirurgicale	13	65
Obstétricale seulement	7	35
Total	20	100

Une prise en charge obstétricale et chirurgicale a été faite chez 65% des patientes.

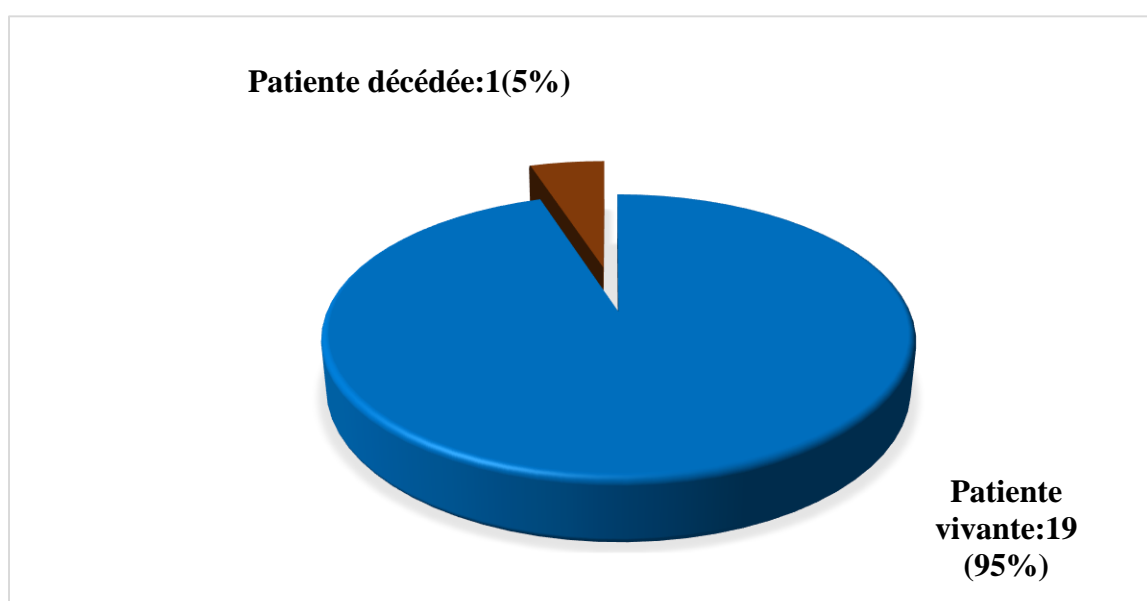


Figure 50 : Répartition des patientes selon le pronostic de l'HPPI.

Nous avons enregistré un cas (1/20) de décès (5%).

❖ Etude Analytique

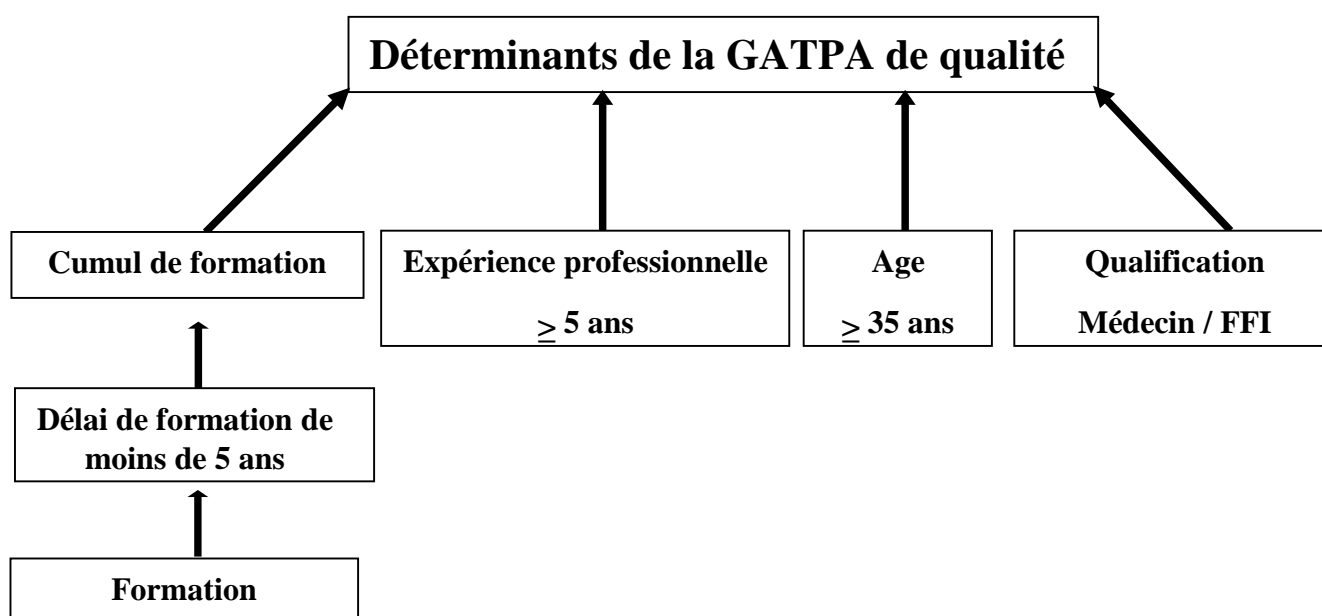
Tableau XV : Les déterminants de la GATPA de qualité

GATPA de qualité	Oui E(%)	Non E(%)	P	OR	IC
Les déterminants					
Age					
<35ans	92(76,67%)	105(78,95%)	0,66	0,88	[0,46-1,65]
≥ 35ans	28(23,33%)	28(21,05%)	0,66	1,14	[0,60-2,16]
Notion de formation en GATPA					
Formés	112(93,33%)	68(51,13%)	0,000	13,38	[5,76-32,24]
Non Formés	8(6,67%)	65(48,87%)	0,000	0,07	[0,03-0,17]
Cumul de formation					
Formation de base (école)	30(25%)	67(50,38%)	0,00	0,33	[0,19-0,58]
Formation de base+ Exercice professionnel	90(75%)	66(49,62%)	0,00	3,05	[1,73-5,39]
Qualification					
Médecins/FFI	58(48,33%)	41(30,83%)	0,004	2,10	[1,22-3,65]
SF/IO	62(51,67%)	92(69,17%)	0,004	0,48	[0,28-0,82]
Expérience professionnelle					
< 5ans	66(55%)	78(58,65%)	0,55	0,86	[0,51-1,46]
≥ 5ans	54(45%)	55(41,35%)	0,55	1,16	[0,68-1,96]
Délai depuis dernière Formation					
< 5ans	111(92,5%)	68(51,13%)	0,000	11,79	[5,26-27,23]
≥ 5ans	9(7,5%)	65(48,87%)	0,000	0,08	[0,04-0,19]

Tableau XVI : Lien entre GATPA de qualité et l'absence de survenue d'HPPI

GATPA de qualité HPPI	Oui E(%)	Non E(%)	p	OR	IC
Oui	7(5,33%)	13(9,77%)	0,24	0,57	[0,20-1,61]
Non	113(94,17%)	120(90,23%)	-	-	-
Total	120(100%)	133(100%)			

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre administration de GATPA de qualité et l'absence de survenue de l'HPPI (OR = 0,57).



IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence de la pratique de la GATPA

Dans notre étude la pratique de la GATPA était systématique (100%). Le même constat a été fait par d'autres auteurs africains [12, 13,14]. Une étude faite en France (2012) [33], retrouvait une effectivité de pratique de la GATPA à 96,67%. L'effectivité de la pratique de la GATPA dans notre travail est liée à l'organisation des soins en salle d'accouchement. En effet au cours de l'accouchement la parturiente est assistée par au moins trois prestataires de service dont les tâches sont réparties comme suit :

- Un s'occupe de l'accouchement ; il s'assure de l'absence d'un autre fœtus dans l'utérus.
- Puis, il autorise un deuxième prestataire de service l'administration de l'ocytocine.
- Le troisième s'occupe des soins du nouveau-né.

2. Profil sociodémographique des patientes

L'âge moyen de nos patientes était de $26,3 \pm 7$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 45 ans. Il s'agissait d'un échantillon de populations jeunes. Le même jeune âge a été rapporté dans la littérature africaine [12, 13, 14,32].

La majeure partie de nos patientes résidaient en Commune V de Bamako soit 213 (84,2%), exerçaient une profession non génératrice de revenu au nombre de 193 (76, 3%). Les mariées étaient au nombre de 245 (96,8%) et les non scolarisées au nombre de 110 (43,5%).

Nous rapportons dans le tableau ci-dessous certains travaux faits en Afrique portant sur le même thème.

Tableau XVII : Profil sociodémographique des patientes [12, 13,14, 32]

Pays	Année	Mariées (%)	Non scolarisées(%)	Ménagères (%)
Bénin	2012	82,8	51,7	58
Mali	2013	90	57,2	69,1
Mali	2013	90	64,2	57,5
Mali	2013	86,3	42,4	51
Notre étude	2020	96,8	43,5	76,3

Dans notre étude, les multipares et les paucipares ont représenté chacun (35,2%) de l'échantillon. Saizonou J. et al en 2012[32] ont rapporté au Bénin 44,2% de multigestes et 9.8% de multipares. Toutefois les multipares peuvent avoir plus d'expérience à appliquer « le massage utérin » ; aussi les femmes scolarisées auraient plus de facilité à comprendre l'intérêt du massage utérin et à le faire.

Dans notre étude, 10(4%) patientes avaient un antécédent de pathologie médicale (4%) et 7(2,8%) autres un antécédent de césarienne.

3. Profil socio professionnel des prestataires de service (agents de santé ou fournisseurs de soins)

Les prestataires de service ayant un âge inférieur à 35 ans étaient au nombre de 65 (75,6%) avec un âge moyen de $30 \pm 6,5$ ans (les extrêmes étaient de 18ans et 52ans). Le sexe féminin a représenté 65,1% de notre échantillon soit 56 prestataires de service. Il s'agissait surtout de sages femmes et d'infirmières obstétriciennes soit un total de 59 (68, 6%) prestataires de service. En France (2012), Putod A. [33] avait trouvé que 90% des prestataires de service étaient de sexe masculin.

Dans d'autres études rapportées dans la littérature, les auteurs rapportaient un âge moyen semblable au nôtre [12, 13, 14, 33].

71 (82,6%) des prestataires de service avaient une durée d'exercice professionnel inférieure à 5 ans. Putod A. [33] avait trouvé une durée moyenne d'exercice professionnel de 3ans pour un échantillon majoritairement constitué de sages-femmes (63,3%).

Plus de la moitié de notre échantillon 46 (53,5%) n'avait pas été formée en GATPA. Parmi les prestataires de service formés, 17 (42,5%) avaient bénéficié de la formation aussi bien à l'école qu'en tant que professionnel de santé (formation cumulée). Ce délai de formation était inférieur ou égal à 5 ans chez 32(80%) des prestataires de service. Les études antérieures faites par certains auteurs en Commune V ont révélé respectivement que 36%,65% et 66% des agents de santé n'avaient pas reçu de formation en GATPA [12, 13, 14,33].

Le tableau ci-dessous rapporte la synthèse des différents travaux portant sur le personnel en charge de la GATPA.

Tableau XVIII : Profil socio professionnel des prestataires de service [12, 13, 14,33]

Auteurs	Pays	Age moyen	Sexe	Fonction majoritaire	Durée d'exercice	Formation en GATPA
Konaté O.	Mali	33ans	F : 64,3% M : 35,7%	SF : 47,6% FFI : 26,2% GO/DES:19%	1-4ans :57% 5-9ans :26% ≥10ans :17%	OUI : 64% NON : 36%
Keita M	Mali	33ans	F : 100%	IO : 43,2% SF : 16,2% Ma : 16,2%	1-4ans :51,3% 5-9ans :37,8% ≥10ans:10,8%	OUI : 35% NON : 65%
Kamissoko	Mali	32 ans	F : 100%	IO : 51,4% Ma : 20% SF : 17,2%	1-4ans :45,7% 5-9ans :22,9% ≥10ans:31,4%	OUI : 34% NON : 66%
Putod A.	France	31,5 ans	F : 10% M : 90%	SF : 63,3% GO : 13,3% ESF:23,33%	3ans en moyenne	-
Notre Etude	Mali	30± 6,5 ans	F : 65,1% M:34,9%	SF/IO : 68% Md/FFI:31,4%	<5ans:82,6% ≥5ans :17,4%	OUI : 46,5% NON : 53,5%

NB : Ma : Matrone ; ESF : Elève Sage Femme ; GO : Gynéco-Obstétricien ; Md : Médecin

4. Les étapes principales de la GATPA

✓ L'étape de l'administration de l'ocytocine

Dans 214(84,6%) cas, les prestataires de service s'étaient d'abord assurés de l'absence d'un autre fœtus dans l'utérus avant d'autoriser l'administration de l'ocytocine. Le délai d'administration de l'ocytocine (dans la minute qui suit l'accouchement) a été respecté dans 195(77,1%) cas. Selon une étude Béninoise

faite par Saizonou J et al en 2012[32], le délai de l'administration de l'ocytocine dans le cadre de la GATPA était respecté dans 75,3 % cas.

✓ **L'étape de la traction contrôlée du cordon et la contre pression**

Notre étude a révélé que la traction contrôlée du cordon combinée à la contre pression avait été faite chez 216(85, 4%) patientes. Saizonou J et al [32] et Putod A. [33] avaient trouvé dans leurs études respectives 65,5% et 10% de traction contrôlée et contre pression. Nous avons constaté la pratique des gestes erronés à cette étape, comme la pression sur le fond utérin observée dans 93 (36,8%) cas. L'entortillement a été fait chez 179(70,8%) patientes.

Nous avons recensé 6(2,4%) cas de ruptures du cordon qui amenait à la délivrance artificielle suivie de révision utérine. Dans 133(52,7%) cas, l'examen du délivre n'avait pas été fait. La négligence était la raison principale avancée pour expliquer cette attitude observée chez 90 patientes soit 67,7%. Une révision utérine systématique, un autre geste erroné, était pratiquée chez 133(52,6%) patientes. Putod A. [33] rapportait dans son étude un examen du placenta effectué dans 93,33% des cas. Le même auteur avait trouvé que la délivrance artificielle suivie d'une révision utérine était réalisée dans seulement 6,67% cas [33].

✓ **L'étape du massage utérin**

C'est un autre temps essentiel de la GATPA. Il a été pratiqué dans notre étude chez 241 (95,3%) patientes par les prestataires de service. Le relai pour ce massage utérin était assuré par les patientes dans 198 (78,3%) cas après avoir été entraînées à cela par les prestataires de service. Dans l'étude de Saizonou J et al. [32] le massage utérin a été pratiqué par l'accoucheur dans 99.4% des cas être layé par la parturiente dans 83.3% cas. Putod A. [33] a rapporté dans son étude 53,33% de cas de massage utérin.

La pratique de la GATPA dans le district sanitaire de la Commune V comportait beaucoup d'insuffisances et de gestes/attitudes pouvant engendrer des complications hémorragiques et affecter le pronostic maternel. Il s'agissait de :

- Traction sans contre pression chez 216 (85,4%) patientes.
- Pression sur le fond utérin dans 93(36,8%) cas.
- Révision utérine systématique chez 133(52,6%) patientes.
- Délivre non examiné dans 133 (52,7%) cas.
- Le non apprentissage du massage utérin aux patientes dans 55 (21,7%) cas.
- Absence de sondage vésical dans 95(37,5%) cas.
- Durée d'observation de moins d'une heure de temps en salle d'accouchement dans 223 (88,1%) cas.

5. Les déterminants de la GATPA de qualité

Peu de travaux ont été publiés sur les déterminants de la GATPA de qualité si bien que nous avons eu du mal à mener une discussion.

Les déterminants de la GATPA de la qualité étaient :

□ L'âge des prestataires de service

Les prestataires de service ayant un âge ≥ 35 ans pratiquaient mieux la GATPA que ceux ayant un âge inférieur à 35ans avec une différence statistiquement significative (OR= 1,14 ; IC [0,60-2,16]). □ **La qualification du prestataire de service**

Notre étude a révélé que les médecins / faisant fonction d'interne pratiquaient mieux la GATPA que les sages-femmes/ Infirmières Obstétriciennes. Cette différence était significative : OR=2,10 ; IC [1,22-3,65].

□ L'expérience professionnelle du prestataire de service

La durée de l'expérience professionnelle jouerait aussi un rôle dans la qualité de la pratique de la GATPA. Ainsi, nous avons observé qu'une expérience

professionnelle supérieure ou égale à 5ans améliorerait la qualité de la GATPA avec (OR=1,16 ; IC [0,68-1 ,96]).

□ **La notion de formation en GATPA des prestataires de service**

La formation du personnel dans la bonne pratique obstétricale en générale et en GATPA en particulier améliore les résultats attendus. Le fait d'être formé en GATPA offrait plus de chance à administrer une GATPA de qualité (OR=13,38 ; IC [5,76 -32,24]).

□ **Le cumul de formation en GATPA des prestataires de service**

La pratique de la GATPA de qualité a été observée chez les prestataires de service ayant bénéficié de la formation cumulée en GATPA (la formation de base associée à la formation en tant que professionnel) avec un OR=3,05.

□ **Le délai depuis la dernière formation des prestataires de service**

Le délai de formation est un atout majeur dans l'administration d'une GATPA de qualité. Ainsi dans notre étude, les prestataires de service qui avaient un délai de moins de 5ans pratiquaient mieux la GATPA comparés à ceux chez qui ce délai était \geq 5ans. La différence était significative (OR=11,79 ; IC [5,26 - 27,23]).

6. Lien entre GATPA de qualité et l'absence de survenue d'HPPI

Nous n'avons pas pu établir un lien statistiquement significatif entre l'administration de GATPA de qualité et l'absence de la survenue d'HPPI (atonie utérine et rétention de débris placentaire) avec OR=0,57. Autrement dit, la GATPA de qualité ne protégerait pas contre la survenue d'HPPI. Il pourrait s'agir d'un biais de sélection ou de la faible taille de notre échantillon.

Nous avons enregistré un décès maternel (1 / 20) suite à une hémorragie du post partum immédiat par atonie utérine. Mahbouli S et al [38] ont rapporté que la principale cause de l'hémorragie était l'atonie utérine avec un taux de mortalité de

10,11 pour 100000 naissances vivantes. Yambaré A et al [34] ont trouvé que l'hémorragie représentait 41,1% des décès maternels. La cause la plus commune et la plus importante des décès maternels est l'atonie utérine [39]. Dans notre cas, il s'agissait d'un décès de cause obstétricale directe comme dans la plupart des études publiées [34, 2, 40, 41, 42]. Ce décès était évitable comme rapporté dans la littérature [34, 42, 43, 44].

Belgherras H et al [45] rapportent que l'hémorragie du post partum (HPP) est l'unique cause principale de décès maternel à travers le monde. Elle est responsable de la moitié de tous les décès maternels survenant après l'accouchement et 20% à 60% de décès maternels sont imputables à l'HPP. Pour certains auteurs, l'hémorragie du post partum représente les 2/3 des décès maternels [46, 47].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

La GATPA était pratiquée de façon systématique dans le district sanitaire de la commune V. Des insuffisances ont été notées dans cette pratique. Les déterminants de la GATPA de qualité étaient : l'âge du prestataire de service, la notion de formation en GATPA, le cumul de formation, la qualification, l'expérience professionnelle et le délai depuis la dernière la formation. Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre GATPA de qualité et l'absence de survenue d'une hémorragie du post partum immédiat. Nous avons enregistré un décès maternel suite à une hémorragie du post partum immédiat.

2. Recommandations

Dans le but d'améliorer la pratique de la GATPA dans notre district sanitaire, il nous est paru judicieux de formuler un certain nombre de recommandations qui s'adressent :

○ **Aux autorités administratives, politiques et communales de la commune V de Bamako**

- Appuyer les autorités sanitaires du district sanitaire de la commune V dans le processus de formation continue du personnel en GATPA.
- Faire une étude évaluative de la GATPA dans toutes les structures du district sanitaire de la commune V y compris les structures privées et confessionnelles.

○ **Aux responsables du district sanitaire de la commune V de Bamako**

- Pérenniser la formation continue en GATPA de tout le personnel en charge des accouchements et des suites de couche.
- Insister au cours de cette formation sur :
 - L'impérieuse nécessité d'examiner systématiquement le délivre.
 - L'abandon de la pression du fond utérin (risque d'inversion utérine) et de la révision utérine sans indication (risque infectieux, douleur, désagréable).
- Organiser des supervisions internes grandeur nature dans le but de corriger séance tenante les insuffisances dans l'administration de la GATPA.

REFERENCES

1. Mortalité Maternelle en 2005. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale. Organisation Mondiale de la Santé 2008. pp 4.
2. Mortalité Maternelle. Aide-mémoire N°348. Organisation Mondiale de la Santé. Novembre 2016. Pages 77
3. Tendances de la Mortalité Maternelle : 1990-2015. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2015 ; pp. 1-3.
4. OMS 2017/ Indicateurs du développement dans le monde.
5. OMS. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant ; 2010.
6. Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Congo. Ministère de la Santé et de la Population ; 2010.
7. Mathai M, AM Gulmezoglu et S Hill. 2007. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Genève (Suisse): OMS.
8. Rogers, J., J. Wood, R. McCandlish, S. Ayers, A. Tuesday, ET D. Elbourne. 1998. Active versus Expectant Management of Third Stage of Labour: The Hinchingsbrooke Randomized Controlled Trial. Lancet 351: 693–699.
9. Prendiville, W.J., J. E. Harding, D. R. Elbourne, et G. M. Stirrat. 1988. The Bristol Third Stage Trial: Active versus Physiological Management of the Third Stage of Labour. British Medical Journal 297: 1295–1300.
10. OMS. 2002. Prise en charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève : OMS.
11. Festin, M. R., P. Lumbiganon, J. Tolosa, K. Finney, K. Ba-Thike, T. Chipato et al. 2003. International Survey on Variations in Practice of the Management of the Third. Stage of Labour. Bulletin of the World Health Organization 81 : 286 291.

12. Konaté O. Etude de la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse méd. 2013 ; N°166. Pages 81-84.
13. Kéita M A. étude de la pratique de la GATPA a la maternité dans cinq CSCom (ASACOTOQUA, ASACOSAB III, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako. Thèse méd. 2013 ; N°165. Pages 74-77.
14. Kamissoko M. Etude de la pratique de la GATPA a la maternité dans cinq CSCom (ASACODA, ADASCO, ASCODA, ASACOSAB I, ASACOSAB II) de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 2013 ; N°167. Pages 85.
15. Merger R, Levy J, J Melchior J. Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson 1999. Paris, pages 420.
16. KAMINA P. l'essentiel en Anatomie (2013), 381 pages. Edition Maloine, Paris (France).
17. Pierre F. Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.
18. Annie. Hémorragie de la délivrance. Thèse de médecine, Cotonou 2003 n°35. Pages
19. World Health Organization (WHO). 1993. Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Resultats of field surverys and stimulation studies on ergometrine, methylergometrine, and 27- World Health Organization (WHO). Maternal Mortality in 2000 Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: WHO. Oxytocin. WHO Geneva 2004.
20. Anonymes. Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post-partum Ministère de la Sante/PRIMEII Bamako 2003. Pages 55-60

21. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l'Afrique (OMS/AFRO).2004. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique n°2. Pages 12-33.
22. Bamigboye A et al.1998. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta ObstetGynecolScand 77 pages 178-181.
23. Tariel D. La délivrance. L'examen du placenta. In : Pratique de l'accouchement. Paris : Éditions Simep ; 1992. p. 66-75.
24. MC Donald S, W Prendiville and D Elbourne 2000. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review), in the Cochrane Library. Issue 4. Update Software : Oxford. Rev, 2000 ; (2) :CD000201.
25. WHO recommendations for post-partum haemorrhage (2017). Pages 1-3.
26. INED. La mortalité maternelle dans le monde. [Internet]. [Consulté le 27/12/2019].
27. ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement, objectif 5: améliorer la santé maternelle [Internet]. [Consulté le 29/12/2019]
28. Kramer MS, C B, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. American Journal of obstetrics and gynecology; 2013; 209(5):449.e1-7.
29. Wetta LA., Szychowski JM, Seals S., Mancuso MS., Biggio JR., Tita AT. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. American journal of obstetrics and gynecology. 2013 ; 209(1) :51. e1–51. E6.
30. Lao TT, Sahota DS., Cheng YK., Law LW., Leung TY. Advanced maternal age and postpartum hemorrhage - risk factor or red herring? Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine ; 2013. 27(3).

31. Second-trimester placental location and postpartum hemorrhage. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2013 ; 32(4) :631–6.
32. J. Saizonou, S. Adisso, D.V. Agueh, S. Keita Et M. Makoutode. Facteurs associés à la mauvaise qualité de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement dans les maternités du district de Dassa Zoumè- Glazoué au Bénin. *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 6(2) : 726-737, April 2012.
33. Putod A. Audit de pratique : réalisation de la délivrance dirigée et conformité aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. 11 Sep 2013. Pages 10-13.
34. Anki Yambare, Gabin Ibemba. Analyse des déterminants de la Mortalité maternelle pré partum en République du Congo (2013-2015). 2017. <hal01593267>. Pages 14-15.
35. Mahbouli S, Basli M, Messaoudi F, Chibani M, Rachdi R. Mortalité maternelle : Epidémiologie, facteurs de risque, évitabilité. A propos de dix cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et amp ; Fertilité*. Volume 31, n°12, Pages 1018-1023, Décembre 2003.
36. Sananes N, Boisrame T, Langer B. Hématome retroplacentaire.
[https://www.em-consulte.Com/en/article/942062.\[5-071-A-10\]-Doi:10:1016/S0246-335\(12\)50196-1](https://www.em-consulte.Com/en/article/942062.[5-071-A-10]-Doi:10:1016/S0246-335(12)50196-1). 28 juillet 2016,
37. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 19 janvier 2010/no 2 pages 3.
38. Mahbouli S, Basli M, Messaoudi F, Chibani M, Rachdi R. Mortalité maternelle : Epidémiologie, facteurs de risque, évitabilité. A propos de dix cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et amp ; Fertilité*. Volume 31, n°12, Pages 1018-1023, Décembre 2003.
39. C. Deneux-Tharoux, M.-P. Bonnet, J. Tort. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la*

Reproduction. Vol 43, n° 10 pages 936-950 (décembre 2014).

Doi : 10.1016/j.jgyn.2014.09.023

40. Perrin XR. Mortalité Maternelle dans le Monde. Projet Mère-Enfant, Ministère des Affaires Étrangères et Européennes. 2008. Pages 8.
41. Marianne P, Fabien B, Marie-Hélène BC. Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH, Saint-Maurice (Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2006, pp.392-395.
42. Véronique F, Doris C, Carine R, Wendy G, Lale Say. Level and Causes Maternal Mortality and Morbidity. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. 2016, pages 51-70.
43. Gilles Crépin. Des morts maternelles évitables. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH, Saint-Maurice (Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2010. Pages 9-14.
44. Prual A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest : Une maternité à haut risque. Santé publique 1999, volume 11, n02, pp. 155-165.
45. Belgherras Hafsa, Benchohra Sabrine, Bekara Abla. Mortalité maternelle à l'EHS Mère Enfant Tlemcen / Algérie. Thèse médecine 2013-2014.
46. Dumont A. Comment réduire la mortalité maternelle ? Bull. Acad. Natle Méd., 2012, 196, no 8, 1521-1534.
47. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet, 2006, 368(9543), 1284-99.

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TCHIAKPE

Prénom : Gladys Joceline

E-mail : jocelinetchiakpe@yahoo.fr

Nationalité : Béninoise

Année académique : 2019-2020

Titre de thèse : Les déterminants de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) de qualité dans le District sanitaire de la commune V de Bamako - Mali.

Période d'étude : 23 novembre 2019 au 23 février 2020.

Ville /Pays de soutenance : Bamako-Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique

Résumé :

Notre étude sur les déterminants de la gestion active de la troisième période de l'accouchement de qualité s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako sur une période de 3 mois. Il s'agissait d'une étude multicentrique, descriptive à visée évaluative et analytique. Au cours de cette étude la pratique de la GATPA était systématique (100%). Les prestataires de service surtout jeunes, étaient constitués de sages femmes / infirmières obstétriciennes, dont plus de la moitié (53,5%) n'avait pas reçu une formation en GATPA.

La GATPA de qualité a été observée dans moins d'un cas sur deux (47,43 %). Les déterminants de la GATPA de qualité étaient : l'âge des prestataires de service (OR= 1,14), la notion de la formation en GATPA (OR=13,38), le cumul de formation (OR = 3,05), la qualification (OR = 2,10) et l'expérience professionnelle (OR = 1,04). Il n'existait pas un lien statistiquement significatif entre la GATPA qualité et l'absence de survenue de l'hémorragie du post partum (OR= 0,57). Nous avons enregistré un décès maternel suite à une hémorragie du post partum immédiat.

Mots clé : GATPA, déterminants, qualité, hémorragie, Bamako, Mali.

Fiche d'enquête n°

Date : / / 2019

N° d'accouchement :

A-Identification de la parturiente

Nom :

Prénom :

Age : < 20 ans 20 – 30 ans ≥ 35 ans

Résidence : commune V Autre commune de Bamako hors Bamako

Profession : Génératrice de revenu Non génératrice de revenu

Statut matrimonial : Célibataire Mariée veuve divorcée

Niveau d'éducation : Aucun Primaire Secondaire Supérieur

Dernier taux d'hémoglobine :

Groupage-rhésus :

ATCD Gynéco-obstétrique : Primigeste Paucigeste (2-3) Multigeste (≥4)

Primipare Paucipare (2-3) Multipare (≥4)

ATCD médicaux : HTA Drépanocytose Diabète Autre

ATCD chirurgicaux : Césarienne Hystérorraphie pour rupture utérine

Myomectomie

Données socioprofessionnelles de l'accoucheur

B- Identification de l'accoucheur

Nom et Prénom

Age : < 25 ans 25- 34 ans 35-39 ans > 40ans

Sexe : féminin masculin

Profession : médecin FFI Sage-femme Autre

Expérience professionnelle : en cours de formation Moins de
5ans
5 à 10 ans Plus de 10
ans

Avez-vous reçu une formation en GATPA ? Oui non

Si oui à quel moment : Au cours de la formation de base

Pendant la vie professionnelle

Quelle est la durée de formation (en jour) ? :.....

Combien de formation avez-vous fait sur la GATPA ?.....

Votre dernière formation remonte à quand ? < 1an 1-5 ans >5ans

C-Administration de l'ocytocine

1-S'est-il assuré de l'absence d'un autre fœtus ? Oui non

2-L'administration de l'ocytocine a-t-elle été faite dans la minute qui suit l'accouchement ? Oui non

3-Si non après combien de temps ? 1 – 5 mn > 5 mn

4-Par quelle voie d'administration IM IVD

5-A quelle dose 5 UI 10 UI autres

D-Traction contrôlée du cordon

1-La traction du cordon seule faite oui non

2-La traction contrôlée + contre pression de l'utérus jusqu'à la sortie du placenta à la vulve ont-elles été faites ? Oui non

3- A-t-il entortillé les membranes pour éviter qu'elles ne se déchirent ?

Oui non

4- Une expression sur le fond utérin a-t-elle été exercée (faute) ? Oui non

5- Le placenta est-il descendu à la 1^{ère} traction ? Oui non

6- Si non a-t-il continué la traction ? Oui non

7- Si oui y'a-t-il rupture du cordon oui non

8- Si oui qu'a-t-il fait ?

9- A-t-il procédé à la délivrance artificielle oui non

10- L'examen soigneux du placenta et des membranes a-t-il été fait ?

Oui Non

11- Si non pourquoi ? Trop contraignant négligence sait pas

12- Si oui sont-ils aux complets ? Oui non

13- Si non une révision utérine a-t-elle été faite ? Oui non

14- Si oui quel a été le résultat de la révision ? Utérus vide et régulier

caillots Débris placentaires ou

Solution de continuité de l'utérus

D-Le massage utérin

1- Le massage immédiat a-t-il été fait ? Oui non

2- A-t-il été appris à la patiente ? Oui non

E-Examen du canal génital

1- L'examen soigneux des parties molles a-t-il été fait ? Oui non

2- Si oui avait-il lésions des parties molles ? Oui non

3-La réparation de ces déchirures a-t-elle été faite ? Oui non

4-Le sondage vésical a-t-il été fait ? Oui non

5- combien de temps la patiente a-t-elle fait dans la salle d'accouchement avant d'être transférée dans les suites de couche ? < 1 H entre 1 – 2 h

F-les suites de couches immédiates

Fiches de surveillance du post partum

MERE														
Période / Paramètre	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	30 mn	30 mn	1h	1h	1h
Globe de sécurité														
Saignement vaginal														
Tension Artérielle														
Pouls														
Température														

Valeurs de surveillance			
Paramètres	Normale	Alerte	Référence
Saignement	Minime	Moyen	Abondant
Globe de sécurité	Bien formé (dur)	-	Mal formé (mou)
Pouls	Moins de 100	Entre 100 et 140	Plus de 140
TA	Moins de 14/9	14/9	>14/9
Température	37°5	38°	Plus de 38°
Traitement et observation			

1-Les suites de couches ont-elles été normales ? Oui non

2-Il y a-t-il eu des complications hémorragiques ? Oui non

3-Si oui quelle est la nature : Atonie utérine

Rétention des débris placentaires

Lésion des parties molles

Trouble de la

coagulation 4- La patiente a-t-elle été traitée ? Oui

non

5- Si oui par quelle méthode ? Obstétricale seulement

Obstétricale et chirurgicale

6-Les suites de HPPI : Patiente décédée

Patiente référée

Patiente

vivante

Serment d'Hippocrate

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

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

Admise 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 le crime.

Je ne permettrai 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 et dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !