



**U.S.T.T-B**

Année universitaire : 2017- 2018

**Université des Sciences, des Techniques et des  
Technologies de Bamako**

**Faculté de Médecine et d'Odonto-  
Stomatologie**



N ° .....202

## **THESE**

# **GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE D'ACCOUCHEMENT(GATPA) AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 03/08/ 2018 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et odontostomatologie

**Par : M. KAMATE Gninoussa**

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

### **JURY :**

**Président :** Pr. Bakary Tientigui DEMBELE

**Membre :** Dr. Zoumana O TRAORE

**Co-directeur :** Dr. Alou SAMAKE

**Directeur de Thèse :** Pr. Moustapha TOURE

## **DEDICACES :**

Je dédie ce travail :

### ➤ **A DIEU**

Le tout puissant, le tout miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et m'avoir préservé de tout mal.

A lui seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que sa protection soit sur nous.

Amen!

### ➤ **Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui)**

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

### ➤ **A mon père feu Bourema KAMATE**

Ce travail est dédié à toi cher père j'aurais souhaité partager ces moments avec toi mais Dieu a décidé autrement, tu nous as quitté très précocement, c'est l'occasion pour moi une fois de prier pour toi, que ton âme repose en paix.

### ➤ **A ma mère: Korotoumou Sangaré**

Tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

### ➤ **A ma famille : ma fiancée Traore salimata et de mes enfants**

Ce travail est le fruit de votre patience, de votre sacrifice de vos encouragements. Que Dieu bénisse notre couple.

Amen !

### ➤ **A mes frères et sœurs :**

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection.

Courage car le chemin de la réussite est dur et laborieux. J'implore Dieu pour que l'amour de la fraternité qui nous unit depuis la naissance règne toujours dans nos cœurs.

Que la grâce du tout Puissant nous accompagne.

## **REMERCIEMENTS :**

### **A mon tonton Gaoussou KAMATE et ses femmes**

Vous avez su remplacer cette chaleur familiale durant toutes ces années, je ne pourrai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi, que Dieu vous comble de ces bienfaits.

### **A mes oncles:**

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi. Recevez ici toute ma reconnaissance.

### **A mes tantes du côté paternel ainsi que maternel:**

Recevez ici ma profonde gratitude.

### **A mes cousines et cousins:**

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

**A mes amis:** précisément Arouna KAMATE mon complice, DEMBELE Daniel, DIABATE Aziz, DIARRA Moussa, DIARRA André, KEITA Fatoumata, DEMBELE Aichata et tous les autres dont je n'ai pas cité les noms Je garde de vous un heureux souvenir.

**Aux membres de l'ASEECSS [Association en Sante des Élèves et Etudiant(es) du Cercle de San et Sympathisant(es)] :** Merci pour les conseils et encouragement.

Aux membres de **PARISI** (association des étudiants ressortissants du bwatun et sympathisants)

**Aux Internes du CSREF CVI:**, SANOGO Moulaye, KONE Assitan, SAMAKE Bakary, DICKO Oumar; KONE Ntchi, DOUMBIA Brahima, DIARRA Salif, KONARE Check, KEITA Youma, TRAORE Sékou, KONE Yacouba, DIAKITE Bakary, DAFPE Abdoulaye, CAMARA Mamadou, KOUBA Amadou merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

**Aux aînés du service :** Dr DIALLO Rapha, Dr DIAKITE Oumar Noumory, Dr KAMISSOKO Mamadi, Dr TOGOLA Moussa, Dr DIAKITE Adama, Dr

KANAMBAYE Aboubacar, Dr MARIKO Salif, Dr MALLE Souleymane, Dr SAMAKE Daouda, Dr SANGARE Salimata, Dr SANOGO Sékou, Dr TOGORA Moussa; DR DOUMBIA Abdoulaye ,DR TRAORE Mohamed, DR DIABY Abdouramane ce travail est le fruit de votre soutien soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

**A tout le personnel du CSREF CVI : Particulièrement**

⇒ **A mes chers Maîtres :** Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou,

Dr KAYENTAO Abdoul Kassoum dit Baber DR HAIDARA Dramane, DR DIASSANA Mama, DR DIASSANA Boubacar.

Hommes de science, de principe, de rigueur et surtout de dignité, chers Maîtres vous avez transmis votre connaissance avec honnêteté. Merci pour l'encadrement et la formation que vous m'avez offert. Soyez rassurés de notre profonde gratitude.

⇒ **Aux anesthésistes particulièrement** M.DIALLO Minkaelou, M.KONE Aboudou, M.TRAORE Adama, M.DEMBELE Elisée, Madame ASCOFARE Oumou DIAKITE.

⇒ **Aux sages-femmes, aux externes et les élèves sages-femmes.**

Je garde de vous un heureux souvenir. C'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout mon cœur, bonne chance pour le reste.

A tous les personnels de la Clinique Médicale DJIDJA BAMOYE à Faladie sokoro, Clinique médicale Hongou a Magnanbougou, le Centre de Sante communautaire de Missabougou un grand merci pour votre soutien et le respect à mon égard.

A toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin.

**A tous mes maitres du premier cycle** (école privée catholique de SOMO), **du second cycle** (école privée Père Bernard De Rasily de SAN) **et du lycée** (lycée publique de SAN).

Merci pour la qualité de votre formation.

**Aux Professeurs de la FMOS:**

Merci pour la qualité de l'encadrement.

**A l'Etat malien**

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

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

## HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

**A Notre Maître et Président du jury,**

**Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS.**
- **Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (L'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).**

**Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

**A Notre Maitre et membre du jury**

**Docteur Soumana Oumar TRAORE**

- **Maitre-Assistant de Gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue-obstétricien au CS Réf CV**
- **Certifié formateur du programme GESTA International**
- **Animateur des activités d’audits de décès maternels au CS Réf**

**CV**

➤ **Détenteur d’une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009.**

**Cher maître :**

Vous nous faites un très grand honneur d’avoir accepté de juger notre travail malgré vos lourdes responsabilités.

Veillez accepter, Cher Maitre, l’expression de notre sincère reconnaissance

**A notre Maître Co-directeur de thèse**

**DR SAMAKE Alou**

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune VI de Bamako**
- **Chargé de recherche à l'enseignement supérieur du Mali**
- **Chargé de cours d'anatomie physiologique et obstétricale et de pathologie gynécologique obstétricale**
- **Consultant au PSI (population service international) Mali**
- **Trésorier général de la société malienne de gynécologie obstétricale du Mali**

Cher Maitre ce travail est le vôtre. Votre disponibilité et vos qualités humaines nous ont fortement marqué. Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de ce travail. Nous avons bénéficié auprès de vous des enseignements de grande qualité. Soyez rassuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Pr Moustapha TOURE**

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF OMS /Genève ;**
- **Secrétaire Général de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues obstétriciens (UPIGO) ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

**Cher maître,**

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques.

Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse Allah le tout puissant vous garder longtemps que possible afin que nous profitons de la légende que vous êtes.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**Accht** : Accouchement

**ATCD** : Antécédent

**BDCF** : Bruits Du Cœur Foetal

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CS Réf** : Centre de Santé de Référence

**Cm** : Centimètre

**CPN** : Consultation Périnatale

**CVI** : Commune VI

**DA** : Délivrance Active

**DN** : Délivrance Naturelle

**F** : Fréquence

**FIGO** : Fédération International des Gynécologiques et Obstétriciens

**FRH** : Facteurs des Risques d'hémorragie

**FII** : Faisant Fonction d'Internes

**GATPA** : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement

**HDD** : Hémorragie De La Délivrance

**HPPI** : Hémorragie du Post Partum Immédiat

**IM** : Intra musculaire

**IMC** : Confédération Internationale des Sages-Femmes

**IV** : Intra Veineuse

**JEAI** : Jeune Equipe Associée à 1 IRD (Institut de Recherche pour le Développement)

**Mn** : Minute

**MS** : Ministère de la Sante

**n** : nombre

**OMD** : Objectif du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation mondiale de la Sante

**°C** : Degré Celsius

**P** : Point

**PHPP** : Prévention de l'Hémorragie du Post Partum

**POPPHI** : l'Initiative sur la Prévention de l'hémorragie du Post Partum

**UI** : Unité internationale

**USAID** : Agence des Etats Unis pour le Développement International

**USAC** : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

## SOMMAIRE

JURY :	1
I. INTRODUCTION :	14
II. OBJECTIFS :	18
III. GENERALITES :	19
Celle-ci enserre de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive. ....	22
8. PROBLEMATIQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE AU MALI :	36
IV. METHODOLOGIE:	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>A. CADRE D'ETUDE</b> .....	39
Notre étude a lieu au service de Gynéco-obstétrique au CSREF Commune VI.....	39
Couverture géographique .....	43
Septembre 1991.....	43
ASACONIA .....	43
V. RESULTATS .....	67
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	86
VII. CONCLUSION :	89
VIII. RECOMMANDATIONS :	90
IX. REFERENCES:.....	91
X. ANNEXES .....	94
2: Gestes parfaitement maitrisés.....	99
XI. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	100

## I. INTRODUCTION :

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, 529.000 femmes meurent chaque année dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [1,2]. Près de la moitié de ces décès survient en Afrique Sub-saharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales [2]. Avec un ratio estimé à 1000 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, la région africaine à la mortalité maternelle la plus élevée du monde. Quoiqu'il existe des variations régionales, le ratio de certains pays est au-dessus de 500 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, alors que d'autres ont un ratio supérieur à 1000 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, en particulier dans les pays en Afrique Sub-saharienne [2].

Dans le monde, environ 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum est la cause la plus fréquente de décès maternels. L'hémorragie du post-partum immédiat se définit comme une perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (<500ml) survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement [3]. Elle est responsable de près de 25% de tous les décès maternels. L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum, est imprévisible, soudaine et plus dangereuse chez une femme anémiée. Elle peut conduire à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés. Selon les estimations, il existe chaque année environ 14 millions de cas d'hémorragies liés à la grossesse dont au moins 128.000 décès [4].

Dans le contexte de mortalité élevée et de ressources limitées, qu'est celui de la plupart des pays de l'Afrique Sub-saharienne, l'introduction de pratiques à faible coût, reposant sur des bases factuelles et pouvant permettre de prévenir l'hémorragie du post-partum amélioreront de façon significative, la survie de la mère et du nouveau-né. La gestion active de la troisième période de

l'accouchement constitue l'une des interventions à faible coût et efficaces de prévention de l'hémorragie du post-partum [4]. Des essais cliniques réalisés dans les pays développés ont démontré que contrairement à la prise en charge physiologique de la troisième période de l'accouchement dans laquelle les ocytociques ne sont pas utilisés et le placenta est expulsé par la pesanteur et l'effort maternel, la GATPA réduit de façon significative la survenue de l'hémorragie du post-partum [4]. Comparée à la GATPA, la prise en charge physiologique est associée à un taux élevé d'hémorragie du postpartum et d'hémorragie sévère du post-partum, un besoin accru de transfusion sanguine, un besoin accru d'administration d'utéro tonique à titre thérapeutique et à une durée élevée de la troisième période de l'accouchement. La revue systématique de Cochrane de ces essais a recommandé la GATPA à toutes les femmes devant accoucher d'un enfant dans un hôpital [4].

La GATPA consiste en une gamme d'interventions ayant pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir l'hémorragie du post-partum en évitant l'atonie utérine.

Ses composantes habituelles sont :

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

Cette définition de la GATPA est adoptée par la FIGO, l'ICM et l'OMS. Notons cependant que, cette définition adoptée par la FIGO, l'ICM et l'OMS, diffère quelque peu de celle utilisée dans le protocole original des essais cliniques de Hinchingbrooke [4] et Bristol [5]. En effet, le protocole original de ces deux essais cliniques comportait le clampage immédiat du cordon mais n'incluait pas le massage de l'utérus. De même, la déclaration conjointe de l'ICM/FIGO [6] et le document intitulé « *Prise en Charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement* » publié par l'OMS en 2002 ne mentionne pas non plus le clampage immédiat du cordon [7].

Au regard des résultats axés sur les preuves scientifiques de l'efficacité de cette pratique, l'ICM et la FIGO ont, à travers leur déclaration conjointe de novembre 2003, recommandé que la GATPA soit offerte à toute femme « comme moyen de réduire l'incidence de l'hémorragie du post-partum dû à l'atonie utérine » [6]. L'inclusion de la GATPA dans le manuel de l'OMS intitulé « *Prise en Charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement* » [7] 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.

L'évaluation de certains projets faisant la promotion de cette pratique tend le plus souvent à se limiter seulement aux nombres de prestataires formés et au pourcentage de prestataires ayant atteint le niveau de performance acceptable après formation. En dehors des informations anecdotiques, l'utilisation de cette pratique est quelque peu mieux décrite dans le rapport de la recherche publié par le Global Network for Périnatal and Reproductive Health [Réseau mondial de la santé périnatale et reproductive] [8]. En effet, 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 la pratique de la GATPA 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) [8]. Par ailleurs, il a été noté de grandes variations au niveau de l'utilisation de ses diverses composantes. Par exemple, l'utilisation prophylactique d'ocytocine a varié de 0% à 100% ; la pratique de la traction contrôlée du cordon a varié de 13% à 100% et enfin le nombre de femmes ayant reçu des doses supplémentaires d'ocytocine pendant la troisième période de l'accouchement a varié de 5% à 100%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation

correcte de la GATPA est encore faible. De même, dans les endroits où elle est pratiquée, la définition varie non seulement au sein d'un même pays mais aussi entre pays [9].

## **II. OBJECTIFS :**

### **1. Objectif général :**

Etudier la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako en 2016.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans la salle d'accouchement.
- Déterminer la pratique de la GATPA en salle d'accouchement du centre de santé de référence de commune VI du district de Bamako.
- Déterminer le profil et la qualification des prestataires de la GATPA.
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer la qualité de la pratique de la GATPA en salle d'accouchement.

### **III. GENERALITES :**

#### **1. RAPPEL ANATOMIQUE : [12]**

L'utérus gravide est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Ce muscle subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide du troisième trimestre comprend trois parties : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

##### **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. Il est amplifié par la présentation. Cette ampliation réalise le saccule de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche

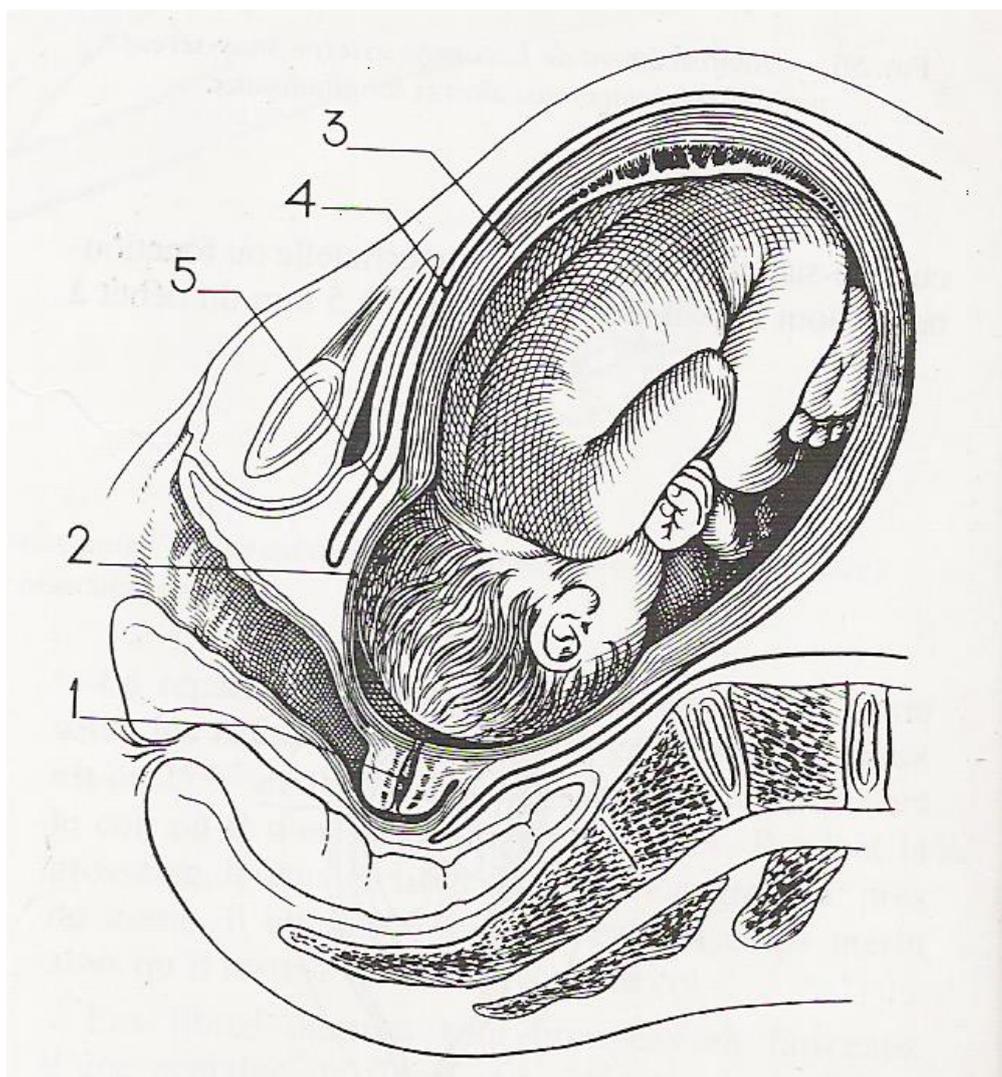
des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

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 2,5cm 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-segmento-vaginal. Chez la primipare, l'effacement se fait avant la dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes se déroulent simultanément.



***Figure 1 :*** Schéma de l'utérus gravide. In Merger

*1 : Le col ; 2 : Le segment inférieur ; 3 : le corps utérin ; 4 : le péritoine adhérent ; 5 : le péritoine décollable.*

#### **1.4. Structure de l'utérus gravide : [12]**

**1.4.1. La séreuse :** Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin.

**1.4.2. 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 répartis 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.

**1.4.3. 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.

### **1.5. La vascularisation :**

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.

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.

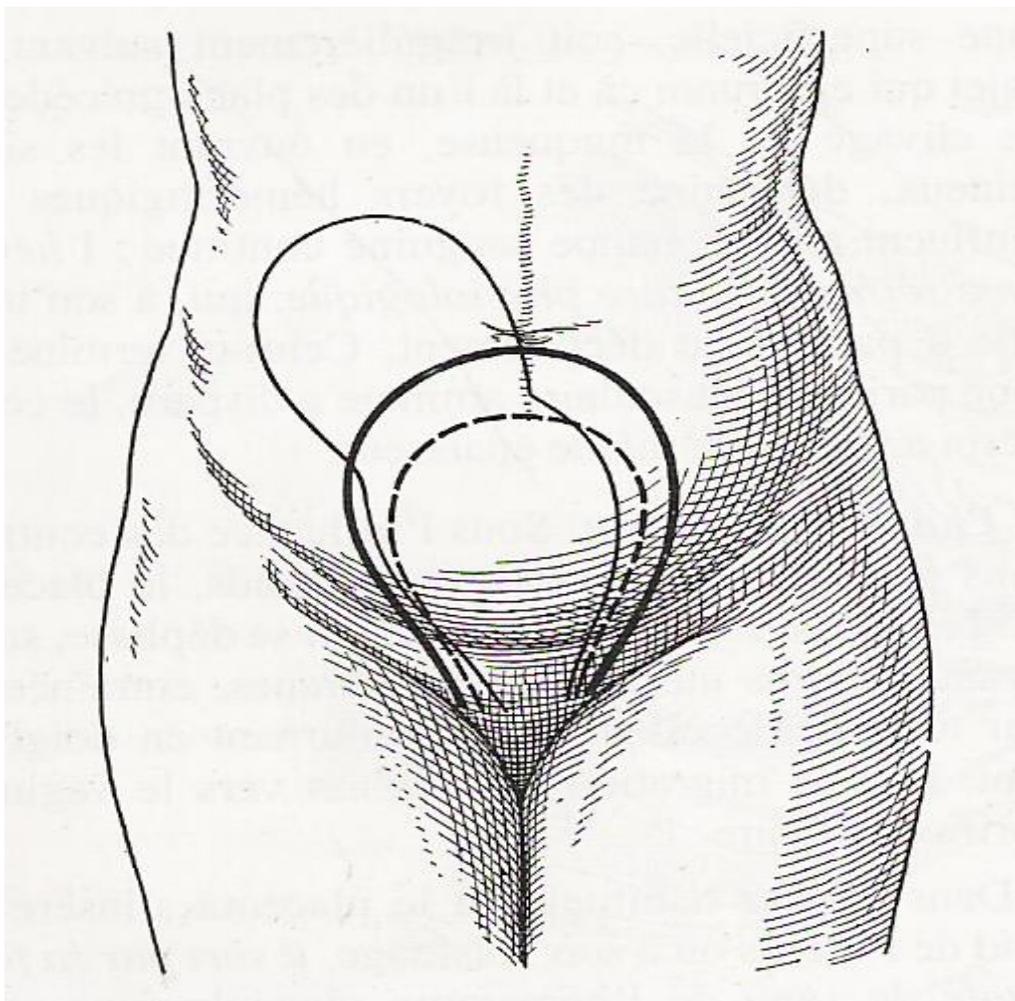
Le flux sanguin est de 600ml par minute entre la mère et le fœtus à travers le placenta. Il assure les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus.

## **2. PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE : [12]**

C'est l'ensemble des phénomènes qui amènent à la vacuité utérine après la naissance du fœtus.

## 2.1. Les différentes étapes sont :

- **Décollement placentaire** : après l'expulsion du fœtus, l'utérus subit une rétraction passive épargnant la zone d'insertion placentaire. Ceci a pour effet de décoller les villosités des cotylédons qui s'amarrent encore à la caduque. C'est une phase de rémission clinique qui peut durer 10 à 15 minutes en moyenne.
- **Expulsion du placenta** : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin ; les membranes sont entraînées à leur tour. Il peut sortir par la face fœtale (mode BEAUDELOCQUE) ou par sa face maternelle (mode DUNCAN). La quantité de sang perdu lors de cette phase est d'environ 300cc et est dite pertes physiologiques. Au-delà de 500cc on parle d'hémorragie de la délivrance.
- **Hémostase** : les vaisseaux sont étreints par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard qui réalise le globe de rassurant de l'accoucheur.

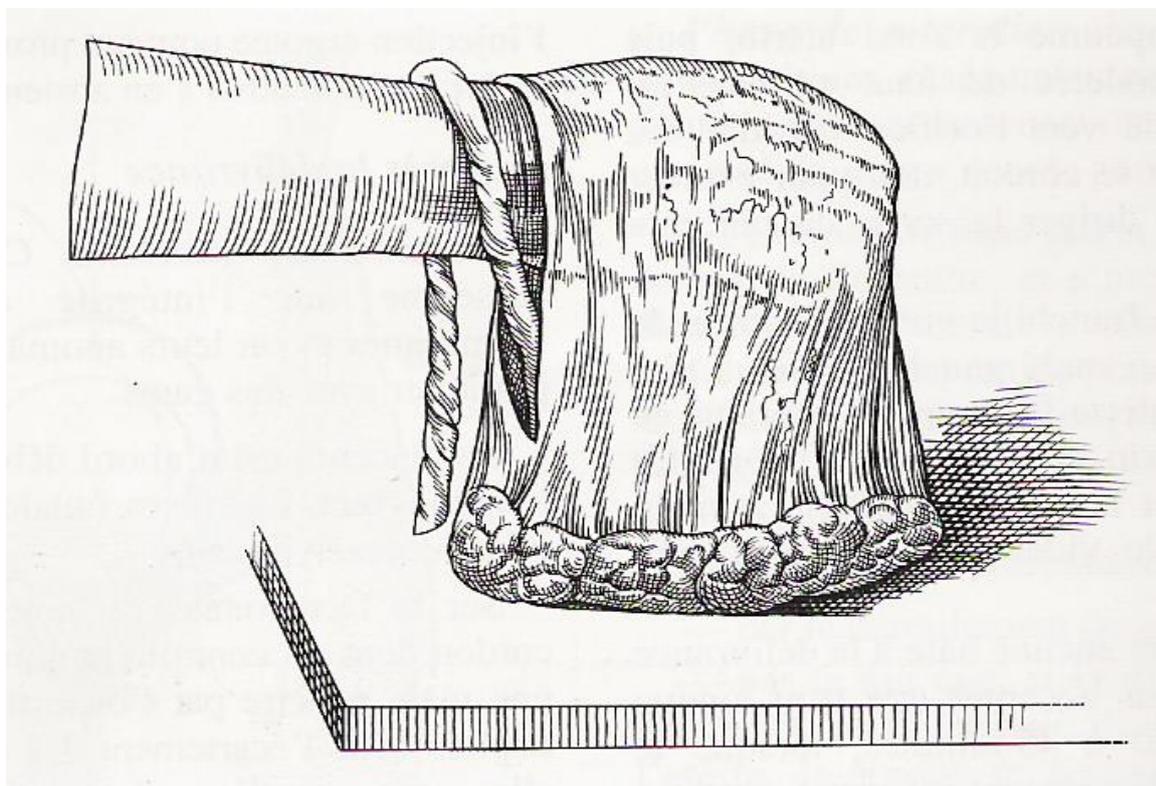


**Figure 2 :** Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance in MERGER.

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

## 2.2. Examen du placenta :

Cet examen nécessaire renseigne sur l'intégrité du placenta et des membranes, et sur les anomalies possibles. Le placenta est débarrassé des caillots qui le recouvrent. On examine la face fœtale : l'insertion du cordon, puis on met une main dans les membranes qu'on déploie en écartant les doigts. Les membranes doivent être libres de tout vaisseau. La face maternelle est régulière, les cotylédons se juxtaposent sans solution de continuité. Une dépression doit faire suspecter une rétention placentaire partielle et impose une révision utérine [13,14].



*Figure 3* : Examen du placenta et des membranes. In Merger.

### 3. DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE DELIVRANCE :

**3.1. La délivrance naturelle :** Les trois phénomènes se déroulent sans intervention extérieure :

- décollement placentaire
- expulsion du placenta
- hémostase

Cette expectative qui peut durer 45 min

**3.2. 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. Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10 unités dans 500cc de sérum glucosé à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire [13].

**3.3. La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA): [13,15, 16].**

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement permet une rapide délivrance du placenta, une 3<sup>ème</sup> période plus courte, et diminue la perte de sang. Il réduirait donc les hémorragies du post-partum.

La prise en charge active de la 3<sup>ème</sup> période de l'accouchement aide à prévenir une hémorragie du post-partum.

Elle consiste à :

- Administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus.
- Exercer une tension mesurée sur le cordon ;
- Masser l'utérus

Les étapes clés sont :

**3.3.1. L'administration d'Ocytociques :** Dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus, il faut palper l'abdomen de la femme pour

écarter l'éventualité d'un autre fœtus et administrer des utéro toniques. Le choix a porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3 minutes) n'a pas de contre-indication, que ses effets secondaires sont minimes et que son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'OMS [1]. Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine. Les autres utérotoniques (Ergométries, Méthylergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.

**Tableau I : Eléments comparatifs des utéro toniques [17]**

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 [2]

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 [18, 19, 20, 21, 14, 1]

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%

L'ocytocine a une meilleure stabilité que l'Ergométrine Méthylergométrine surtout en ce qui concerne la lumière ; possible de la laisser non réfrigérée pendant de brève périodes (1mois à 30°C, 2 semaines à 40°C), C'est le médicament de choix mais à défaut la Syntométrine ou l'ergométrine peut être utilisée ; le Misoprostol administré par voie rectale a des avantages ; en attente d'études le confirmant [18, 22].

**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

### **3.3.2. La traction contrôlée sur le cordon :**

- Clamper le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince d'une main. Exercer une tension contrôlée sur le cordon.
- La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine.

Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

- Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exercer la tension et clamper plus près du périnée si nécessaire.
- Renouveler la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus-pubienne à la faveur d'une autre contraction.
- Tirer doucement sur le placenta pour extraire les membranes.

### **3.3.3. Massage utérin :**

A travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction de l'utérus.

- Renouveler toutes les 15 minutes pendant 2 heures.
- Mettre le nouveau-né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contracter.

### 3.3.4. Vérification du saignement vaginal

## 4. FACTEURS DE RISQUE DE L'HPP : [17, 13]

**Tableau V** : Facteurs de risque d'HPP

	<b>Processus étiologique</b>	<b>Facteurs de risque cliniques</b>
Anomalies des contractions utérines	-sur distension utérine	-poly hydramnios -grossesse multiple -macrosomie
	Epuisement musculaire utérin	-travail rapide -travail prolongé -grande multiparité
	Infection intra-amniotique	-fièvre -rupture de membranes prolongée
	-distorsion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus	-utérus fibreux -placenta prævia anomalies utérines
Rétention de produits de la conception	-produits non éliminés -placenta anormal -rétention de cotylédon -placenta incomplet	-chirurgie utérine antérieure -grande multiparité -placenta anormal à l'ultrason
	-caillots de sang non éliminés	-inertie utérine

Traumatisme du tractus génital	-lacération du col, du vagin ou du périnée	-délivrance abrupte -délivrance chirurgicale
	-extensions ou lacérations de la césarienne	-déviation utérine -engagement profond
	-rupture utérine	-Chirurgie utérine antérieure
	-inversion utérine	-grande multiparité -placenta fundique
coagulation	-conditions préexistantes -hémophilie A	-coagulopathies héréditaires -antécédents de maladie du foie
	-acquises durant la grossesse -thrombopénie avec pré-éclampsie -CIVD -pré-éclampsie -fœtus mort <i>in utero</i> -infection grave -décollement placentaire -embole de liquide amniotique	-ecchymose -tension artérielle élevée -mort du fœtus -fièvre, nombre de globules blancs -hémorragie anté partum -collapsus soudain
	-anticoagulation thérapeutique	-antécédents de caillots de sang

## **5. Rappel clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat : [23]**

### **5.1. Signes généraux:**

Il s'agit des signes de choc hémorragique :

Agitations

Angoisse

Soif intense (réclame à boire sans cesse)

Sueurs froides

Refroidissement des extrémités

Pouls accéléré filants

Tension artérielle effondrée

Polypnée superficielle

### **5.2. Signes physiques :**

La palpation retrouve un utérus volumineux, atone, latéro-dévié à droite dont le fond est haut situé au-dessus de l'ombilic : le globe utérin a disparu (s'il était présent au paravent).

La pression du fond utérine entraîne l'expulsion vulvaire de gros caillots sanguins et il s'ensuit un début de rétraction utérine.

A la vulve : sang rouge ++ ; pas de lésion vulvaires traumatiques.

Examen sous valves : pas de lésions des parties molles.

Toucher vaginal associé au palper abdominal retrouve un col largement ouvert avec quelques caillots sanguins dans le vagin ou dans l'orifice cervicale, un gros utérus atone, situé au-dessus de l'ombilic, sang rouge, voir caillots au doigtier.

## 6. **Complications des hémorragies du post-partum : [23]**

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : l'accident et les complications de la transfusion, le choc hémodynamique ; la coagulopathie aiguë, l'hystérectomie d'hémostase, l'insuffisance rénale, hépatique imposent de dépister et d'en apprécier la gravité, de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement.

## 7. **Mesures thérapeutiques : [23]**

### 7.1. **Mesures préventifs :**

Passent par:

- Le dépistage des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum immédiat lors des CPN et en salle de travail;
- La pratique systématique de la GATPA (Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement) suivie parfois de l'administration de dose d'ocytocine ou de Misoprostol. L'attitude doit être renforcée chez les patients ayant des facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum par atonie utérine.

### 7.2. **Mesures d'urgence :**

#### 7.2.1 **Mesures d'ordre général :**

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est la même quelle que soit la cause du saignement. Chaque unité devrait avoir un protocole agréé pour la prise en charge des hémorragies massives. Ceci devrait être disponible dans la salle d'accouchement, pour tout le staff infirmier et médecin.

Les recommandations doivent être suivies aussi souvent si une complication est identifiée. Des interventions spécifiques sont nécessaires pour contrôler le saignement sur la base de leur sévérité et de la cause sous-jacente.

Mantal C et coll. ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies basées sur :

**Organisation :** Le facteur principal dans la morbidité et la mortalité maternelle associée à l'hémorragie sévère est un retard dans l'institution d'un traitement

approprié. La première priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale est :

Un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage-femme, infirmier) doit être appelé.

Aussi le technicien de banque de sang doit être informé pour le besoin urgent d'importance quantité de sang compatible. Aussi bien le consultant hématologiste doit être informé.

La salle de bloc opératoire doit être mise en « stand bay », puisque le contrôle d'une hémorragie obstétricale nécessitera fréquemment une intervention chirurgicale.

Restauration d'un volume sanguin circulant :

Deux voies veineuses de gros calibre, préférentiellement cathéter 14G, devraient être mises en places, 22ml de sang devraient être prélevés et utilisés comme suite :

Laboratoire de transfusion : 10 ml de sang coagulé pour le cross test.

### **7.2.2 Prise en charge pharmacologique :**

**L'oxytocine** : L'introduction des oxytociques dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de MOURE J C. sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral. L'utilisation des oxytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles existantes avant son introduction.

Pour BEUTHE D. l'introduction des oxytociques a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 - 5%.

#### **✓ Propriétés pharmacologiques :**

Au niveau de l'utérus l'oxytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les œstrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'oxytocique, tandis que la progestérone à l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'oxytocine augmentent en fin de grossesse.

✓ **Utilisation thérapeutique :**

La demi-vie de l'oxytocine varie entre 12 et 17 minutes :

Voies d'administration et posologie :

L'intraveineuse directe en raison de 5 à 10 UI,

Perfusion de 10 à 15 UI dans une solution de Ringer lactate ou saline isotonique.

Voie intra-myométriale : en raison de 5 à 10 UI au travers de la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

✓ **Effets secondaires :**

En raison de la parenté de structure entre l'hormone antidiurétique et l'ocytocine, de fortes doses d'ocytocine peuvent entraîner un effet antidiurétique. C'est pourquoi l'ocytocine ne doit pas être administrée en solution hypotonique.

Comme autres médicaments utéro tonique on peut citer :

Les dérivées de l'ergot de seigle et les prostaglandines.

## **8. PROBLEMATIQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE AU MALI :**

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse ; quels que soient la durée ou le siège de celle-ci ; pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse ; mais ni accidentelle ni fortuite [7]. Dans beaucoup de pays ; mettre un enfant au monde demeure une aventure périlleuse. Selon le rapport annuel de l'Unicef ; plus d'un demi-million de femmes meurent tous les ans ; dans le monde des suites d'une grossesse ou d'un accouchement difficile [1]. Depuis la fin des années 1980 ; l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès liés à la maternité ont été au centre des préoccupations de plusieurs sommets et conférences internationaux ; notamment lors du Sommet du Millénaire qui s'est tenu en 2000 [1].

Dans le cadre du suivi des OMD ; la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le rapport de la mortalité maternelle des trois quart entre 1990 et 2015. En dépit des progrès de la technologie ; la situation des femmes en période

de grossesse reste préoccupante du fait qu'elles soient en position de risque élevé de mourir soit durant la grossesse ou lors de l'accouchement ou en suites de couches. La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsqu'une de leurs filles est enceinte [1]. L'OMS ; l'UNICEF ; le FNUAP ont déjà tenté à trois reprises d'établir des estimations de la mortalité maternelle qui soient comparables au plan international. Sur un total estimé de 536.000 morts maternelles dans le monde en 2005 ; la part des pays en développement s'élevait à 99% (533.000 décès) [1]. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud ont donc représenté à elles deux 86% de l'ensemble des décès maternels dans le monde en 2005 [1]. Les pays africains restent les plus concernés avec un risque cent fois plus élevé que dans les pays développés. Mille six cent femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou l'accouchement soit un décès par minute. Parallèlement 50 millions de femmes souffrent de complications liées à la maternité.

Le risque de décès durant la vie d'une mère est de 1/12 en Afrique Occidentale par rapport à l'Amérique du Nord où ce risque est de 1/3700. Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé au monde ; 464 pour 100.000 naissances vivantes selon l'Enquête Démographique et de Santé au MALI en 2006 ; 31% des décès entre 15 et 49 ans sont liés à des causes maternelles [1].

Les causes obstétricales des décès maternels sont dominées par les hémorragies 38,4% au Mali [10].

La plupart part des cas d'hémorragies du post-partum surviennent lors de la troisième période de l'accouchement.

Des efforts ont été fournis par les autorités sanitaires pour réduire les HPP à travers :

- La formation du personnel de santé en gestion active de la troisième période de l'accouchement.

- L'introduction du Programme National de la Gestion Active de la Troisième période de l'Accouchement en 2007 au Mali visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle dues aux hémorragies du post-partum [11].

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 dans le cadre de la gestion active de la troisième période de l'accouchement [11].

Malgré ces efforts, les HPP demeurent toujours un problème majeur en santé de la reproduction [7].

Face aux conséquences et à l'ampleur du phénomène il y a lieu de se poser les questions qui suivent :

- La pratique de la GATPA est-elle effective à la maternité du District sanitaire de la Commune VI ?

- Quelles sont les facteurs qui expliqueraient la non effectivité de la pratique de la GATPA dans le district sanitaire de la commune VI.

- La présente étude vise à permettre de disposer des informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA et à l'identification des barrières à son utilisation. Elle permettra aussi de disposer des outils et méthode susceptibles d'aider la communauté sanitaire à documenter leur pratique actuelle.
- La gestion active de la troisième période de l'accouchement n'est pas pratiquée dans la salle d'accouchement du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.
- Si la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement est faite, elle n'est pas maîtrisée par les agents du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **A. CADRE D'ETUDE**

Notre étude a lieu au service de Gynéco-obstétrique au CSREF Commune VI

#### **1. Présentation de la Commune**

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
  - la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
  - la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

#### **2. Données géographiques**

Superficie (densité/km<sup>2</sup>):

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km<sup>2</sup>, pour une population estimée à 504738 habitants en 2011.

Limites :

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

## **Relief :**

### **Le relief est accidenté :**

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m,
- par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio
- par Kandoura koulou , Magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguela-sokorodji
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

### **Climat :**

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

### **Végétation :**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, le manguier.

### **Hydrographie :**

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

## **3. Voies et moyens de communication**

### **Voies de communications (routes) :**

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

Moyens de transport :

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville qui assure le trafic aérien.

Moyens de telecommunication :

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les trois chaînes télé (ORTM , Africable et TM2) sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiair( commerce, transport, tourisme, ) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire ( agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

#### **4. Données socioculturelles et religieuses**

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du : mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient.



## 6. Situation sanitaire

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Hopital National (Hopital du Mali) ,un Centre de Santé de Référence ,un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

Couverture géographique

**Tableau VII:** Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au Csréf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0,3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACROYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

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

## **7. Observations**

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

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

## **8. Ressources humaines**

Au niveau du CSREF. il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les conventionnaires de l'INPS ;
- Les contractuels du CSREF ;
- Les contractuels de la Mairie

## **9. Organisation du service**

Infrastructure du service :

Le service se compose de sept bâtiments :

➤ Le premier bâtiment en étage construit en 1981 et réhabilité en 2010. Il est composé de :

- au rez-de-chaussée :
  - la pharmacie de jour,
  - le bureau du pharmacien,
  - trois bureaux de consultation pour la médecine,
  - une salle d'observation pour la médecine,
  - une salle de garde,
  - la salle d'injection,
  - un magasin pour la pharmacie,
  - trois grandes salles d'hospitalisation pour la pédiatrie
  - deux bureaux de consultation pour la pédiatrie,
  - une salle de garde pour les infirmières de la pédiatrie,
  - une salle de garde pour les infirmières de la médecine

- un hangar,
- une toilette.
- A l'étage :
  - ✖ le service d'administration composé de :
    - le secrétariat,
    - le bureau pour le Médecin-Chef,
    - le bureau Système d'Information Sanitaire (SIS),
    - le bureau de la comptabilité,
    - le bureau du service social,
    - le bureau médecin appui SIS,
    - le bureau du chef du personnel,
    - la brigade d'hygiène,
    - la salle de photocopie,
    - la salle de réunion,
    - un magasin,
    - des toilettes.
- Le deuxième bâtiment construit en 1999, il a été réhabilité en 2014. Il abrite :  
la consultation chirurgie et les hospitalisations (médecine et chirurgie) :
  - le bureau de consultation chirurgie,
  - le bureau du major de la chirurgie,
  - le bureau du major de la médecine,
  - la salle de pansement,
  - une grande salle d'hospitalisation à sept (7) lits pour la chirurgie,
  - une salle d'hospitalisation à cinq (5) lits pour la médecine,
  - deux salles d'hospitalisation VIP à un (1) lit,
  - une salle d'hospitalisation VIP à deux (2) lits,
  - deux toilettes.
- Le troisième bâtiment construit en 2008, il abrite la maternité composée de :

- une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,
  - une salle de travail de neuf (9) lits,
  - une salle de réanimation des nouveaux nés,
  - une salle d'hospitalisation de dix-huit (18) lits,
  - une salle de garde pour sage- femme,
  - une salle de garde pour Médecin,
  - une salle de garde pour les infirmières,
  - une salle de garde pour les internes,
  - une salle de consultation gynécologique,
  - trois salles de consultation prénatale,
  - une salle de consultation planification familiale,
  - une salle d'informatique,
  - une salle de SAA,
  - un hangar,
  - des toilettes.
- Quatrième bâtiment construit en 2010 : le bloc technique qui est composé de :
- le laboratoire avec quatre salles (biochimie, hématologie, prélèvement, bactériologie), l'imagerie médicale (une salle d'échographie, une salle de radiographie, et une salle développement),
  - le bureau de consultation cardiologie/dermatologie,
  - deux bureaux de consultation d'Odontostomatologie,
  - deux bureaux de consultation O R L,
  - deux bureaux de consultation ophtalmologiques,
  - des toilettes.
- Cinquième bâtiment construit en 2010 : l'unité chaine de froid et l'USAC
- L'unité chaine de froid composée de :
    - une grande salle,
    - un bureau,

- deux (2) toilettes,
- un hangar.
- L'USAC composée de :
  - un bureau pour le médecin coordinateur,
  - un bureau pour le pharmacien,
  - une grande salle avec un box servant de salle de counseling,
  - un hangar.
- Sixième bâtiment construit en 2010 : le bureau des entrées composé de :
  - un guichet,
  - un guichet pour l'espace AMO,
  - un bureau de consultation de garde,
  - un bureau de garde pour médecin,
  - une pharmacie de garde,
  - Deux hangars,
  - deux (2) toilettes.
- Septième bâtiment construit en 2010 : le bloc opératoire
  - deux blocs opératoires,
  - une salle de stérilisation,
  - deux salles de réveil (une à quatre lits et une à deux lits),
  - bureau pour le major du bloc,
  - une salle de pansement pour les opérés,
  - un bureau de consultation pour les anesthésistes,
  - une salle de garde pour les anesthésistes,
  - un hangar,
  - deux toilettes.
- Les annexes :
  - la buanderie et les deux salles pour les manœuvres et les chauffeurs construites en 2010,
  - la suite des couches construite en 2005,

- le logement du médecin-chef réhabilité en 2010,
- le logement du gardien construit en 2010,
- deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre construites en 2011 par le CSRéf,
- un grand magasin construit en 2010,
- des toilettes,
- une morgue non encore fonctionnelle construite en 2008.

**NB :** Tous les bâtiments sont en bon

**Tableau VIII : SITUATION ACTUELLE DU PERSONNEL CSREF  
CVI**

Corps	Nombre	Observations
<b>Médecins</b>	<b>30</b>	
Médecins gynécologues	3	
Médecin Chirurgien	3	
Chirurgien-dentiste	1	
Pharmacien	1	
Médecin Pédiatre	1	
Médecin Endocrinologue	1	
Médecin Dermatologue	1	
Médecin Radiologue	1	
Médecins Généralistes	20	<b>2 en formation 1 congé maladie</b>
<b>Assistants Médicaux</b>	<b>28</b>	
ORL	4	
Santé Publique	2	
Anesthésie	4	
Bloc opératoire	1	
Pédagogie en sciences de la Santé	1	
Odontostomatologie	4	
Ophtalmologie	4	
Gestion Ressources Humaines	4	1 GRH

Médecine Interne	1	
Laboratoire	3	<b>2 en formation</b>
<b>Ingénieur Sanitaire</b>	<b>3</b>	
<b>Techniciens Supérieurs de Santé</b>	<b>60</b>	
Sages-femmes	<b>35</b>	<b>1 en formation</b>
IDE	17	<b>02 en formation</b>
Tech Sup Hygiène assainissement	3	
Anesthésiste	1	<b>1 en Formation</b>
Biologiste	4	
<b>Techniciens de Santé</b>	<b>37</b>	
Infirmières Obstétriciennes	16	
Infirmiers de santé Publique	17	<b>2 en formation</b>
Laboratoire	2	<b>1 en formation</b>
Technicien d'hygiène	1	
<b>Agents d'Hygiène</b>	<b>5</b>	
<b>Aides-Soignantes</b>	<b>6</b>	
<b>Matrones</b>	<b>3</b>	
<b>Secrétariat</b>	<b>10</b>	
Attaché d'administration	2	
Adjoint administration	5	
Agents de saisie	2	
<b>Comptabilité</b>	<b>11</b>	
Informatique de gestion	1	
Inspecteur du trésor	1	
Contrôleur de Finances	4	<b>1 en formation</b>
Aides comptables	5	
<b>Documentaliste</b>	<b>1</b>	
<b>Administrateur de l'Action Sociale</b>	<b>1</b>	
<b>Plantons</b>	<b>2</b>	
<b>Chauffeurs</b>	<b>5</b>	
<b>Manœuvres</b>	<b>15</b>	
<b>Gardiens</b>	<b>3</b>	

<b>Lingère</b>	<b>1</b>	
<b>Personnel de l'USAC</b>	<b>5</b>	
Médecin	1	
Pharmacien	1	
Conseillers	3	
<b>TOTAL PERSONNEL</b>	<b>228</b>	

**10. Tableau IX: situation de la logistique au niveau du CS Réf à la date du  
01 Janvier 2009**

MATERIEL	DATE DE MISE EN SERVICE	MARQUE	ETAT ACTUEL			PROVENANCE
			BON	PASS	MAUV	
Ambulance 4x4	2006	Toyota land cruiser		1		DAF
Autres Véhicules 4x4		Toyota land cruiser		1		PSPHR
Ambulance 4x4	2009	Toyota land cruiser	1			DAF
	2008	Toyota land cruiser		1		DAF
	2009	Ford		1		Allemagne
Autres Véhicules 4X4		TOYOTA HELIX	1	1		ABS
<b>Motos</b>	2000				1	RECOUVR.
	2000	Yamaha 100		3		ETAT
	2007/2009	Yamaha 80	1			PNLT
		CG 125		3		ABS
Mobylette				1		RC
	2003			1		RC

Photocopieuse	2010	CANON imagerunner 2318	1			RC
Rétroprojecteurs	2005		1			Villes Unies Bko Lyon Genève
Réfrigérateurs	2002	Electrolux		1		DRS
Réfrigérateurs	2006	SHARP		1		Etat
Réfrigérateurs	2012	TCW3000A C		1		Atat
Congélateurs	2002	Electrolux		2		DRS
	2008	DometicTC W		1		DRS
Ordinateurs	1999	COMPAQ			1	Unicef
	2007 / 2012	HP		12		Recouv/
	2012	DELL		3		Etat,Abs,csls  RCO
Groupe électrogène marche automatique	2002	15 KVA	1			DAF
	2012	P31P/B ,31 KVA	2			DAF

### 11. Fonctionnement du service

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques les Lundis, Mardis, Mercredis et les vendredis. Le dépistage du cancer du col les Lundis, Mardis, Mercredis, Jeudis, vendredis et les Samedis

Une séance d'échographie tous les jours ouvrables

Un programme opératoire réservé aux Mercredis, jeudis et vendredis

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé.

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées.

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

### **B. Organisation structurale :**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI est composé de plusieurs services : la gynécologie obstétrique, la médecine, la pédiatrie, l'odontostomatologie, l'ophtalmologie, la pharmacie et de plusieurs unités : Laboratoire, ORL, imagerie médicale, USAC, tuberculose, lèpre.

Le service de gynécologie obstétrique dans lequel notre étude s'est déroulée comprend :

- Une unité de planification familiale,
- Une unité de consultations prénatales,
- Une unité de programme élargi de vaccination (PEV),
- Une salle d'accouchement.
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat
- Une unité de suites de couches et grossesses à risque,
- Une unité de pédiatrie
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération et une salle de réveil,

- Une unité d'hospitalisation des patientes opérées, composée de quatre salles,
- Une unité de consultations pour les grossesses à risque.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI sert de centre de recours de 10 Centres de Santé Communautaire (CSCoM) de la Commune.

### **1. Le personnel :**

Le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé est composé de :

- Trois gynécologues obstétriciens ;
- Des étudiants en formation pour le diplôme d'études spécialisées (DES),
- Des étudiants en année de thèse (interne),
- Des sages-femmes,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des assistants médicaux,
- Des aides de bloc opératoire,
- Des manœuvres,
- Des chauffeurs d'ambulance,
- Des secrétaires de bureau,
- Des opérateurs de saisie

### **2. Fonctionnement du service de gynécologie obstétrique :**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes, tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et les samedis

Les consultations externes de gynécologie et le suivi des grossesses à risque sont effectués du lundi, mardi, mercredi et vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne accueille et prend en charge les urgences gynéco obstétricales.

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions chirurgicales programmées. Le bloc opératoire pour les urgences

chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt et quatre heures sur vingt et quatre.

Le personnel du service se réunit tous les matins pour discuter des dossiers des femmes accouchées ou hospitalisées pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par les gynécologues obstétriciens.

Les ambulances assurent le transport dans le cadre de la Référence/Evacuation

### **C. Méthode d'étude :**

#### **1. Type d'étude :**

Notre étude est transversale et descriptive à visée évaluative.

#### **2. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 01 Janvier 2016 au 31 Mars 2016 soit 3mois.

#### **3. Population d'étude :**

##### ➤ Cibles primaires :

Ont été les femmes admises en période de travail ayant accouché par voie basse à la maternité du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI durant la période d'étude.

➤ Cibles secondaires :

Etaient représentées par les agents en charge des accouchements à la maternité du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI durant la période d'étude.

#### **4. Échantillonnage :**

➤ Méthode :

La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste

➤ Techniques d'échantillonnage :

Nous avons effectué un choix exhaustif de toutes les parturientes admises en période de travail à la maternité du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI et qui ont accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

Le choix raisonné a été utilisé pour le recrutement des agents en exercice dans la salle d'accouchement et la salle des suites de couche de la maternité.

➤ Taille de l'échantillon :

Pendant notre étude nous avons recruté 407 parturientes ayant accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

Nous avons interrogé 30 agents ayant assisté ces accouchements.

## 5. Variables de l'étude :

### ➤ Variable dépendante :

Notre variable dépendante est la qualité de la pratique de la GATPA **prise** en variable qualitative avec trois modalités (gestes non faits ; gestes non maîtrisés et gestes parfaitement maîtrisés).

### ➤ Variables indépendantes :

- Facteurs sociodémographiques des parturientes ayant accouché par voie basse et celui des agents en charge des accouchements :

- Age
- Ethnie
- Lieu de provenance
- Profession
- Niveau d'instruction
- Statut matrimonial
- Régime matrimonial

- Facteurs liés au personnel de santé sont:

- Qualification de l'agent
- Age de l'agent
- Sexe de l'agent
- Durée d'exercice de l'agent
- Formation de l'agent en GATPA
- Qualification du superviseur

- Les facteurs liés à la qualité de la prise en charge sont décrits dans le tableau ci-dessous :

**Tableau X : GRILLE D’EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA  
GATPA PAR LE PERSONNEL SANITAIRE.**

ETAPES/TACHES DANS LA PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL	SCORE			Q
	0	1	2	
<b>PREPARATION DE LA FEMME</b>				
1. Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.				1
2. Ecouter ce que la femme et son accompagnant ont à dire.				2
3. Donner un soutien psychologique et de la réassurance.				3
4. Placer un récipient (bassin hygiénique) ou un récipient propre si un récipient stérile n’est pas disponible contre le périnée de la femme.				4
<b>DELIVRANCE DU PLACENTA</b>				
1. Administrer l’oxytocine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous avez un assistant, demandez-lui d’administrer à la femme 10 unités d’oxytocine. Si l’établissement n’a pas d’oxytocine, injecter 0,2 mg de Méthylergométrine en IM, ou donner 600 mg de Misoprostol par voie orale.</li> <li>• Si vous n’avez pas d’assistant ou si vous soupçonnez une grossesse multiple, écarter la présence d’un jumeau non diagnostiqué, puis dans la minute suivant la naissance du dernier bébé, administrez à l’accouchée 10 unités d’oxytocine en IM, ou Méthylergométrine 0,2 mg en IM, ou Syntométrine 1 mg en IM, ou Misoprostol 600 mg par voie orale.</li> </ul>				5

2. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte tampons.				6
3. Maintenir le cordon et la pince dans une main.				7
4. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.				8
5. Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une contraction utérine (2 à 3 minutes).				9
6. Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, vers le bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus pubienne</li> </ul> </li> </ul>				10
7. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire				11

tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.				
8. Tirer lentement pour parachever la délivrance.				12
9. Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte tampons pour retirer tous les débris de membranes.				13
10. Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.				14
11. Mettre le placenta dans le récipient prévu (bassin hygiénique).				15
<b>MASSAGE UTERIN</b>				
1. Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.				16
2. Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.				17
3. Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.				18
4 S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompe le massage utérin.				19
<b>EXAMEN DU CANAL GENITAL</b>				
1. Demander à l'assistant de diriger un faisceau lumineux puissant sur le périnée.				20
2. Ecarter doucement les lèvres et examiner la partie basse du vagin pour détecter des déchirures.				21
3. Vérifier le périnée pour détecter des déchirures				22
4 Réparer toute déchirure.				23

5. Laver la vulve et le périnée avec de l'eau tiède et du savon ou une solution antiseptique et sécher avec un tissu propre et doux.				24
6. Placer un tissu ou une compresse propre sur le périnée de la femme.				25
<b>CLOTURE</b>				
1. Retirer les draps souillés et mettre la femme à l'aise.				26
2. Evaluer la perte de sang.				27
3 .Réexamen du placenta.				28
4. Avant de retirer les gants, mettre les linges souillés dans un récipient.				29
5. Mettre les instruments dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination.				30
6. Disposer des seringues et aiguilles : En disposant des seringues et aiguilles, les purger trois fois avec une solution de chlore à 0,5%, les mettre ensuite dans un récipient increvable				31
7. Oter les gants en les retournant : - Mettre les gants dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination - Si vous jetez les gants, les mettre dans un récipient ou sac en plastic étanche.				32
8 Laver entièrement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un tissu sec et propre ou à l'air.				33
9. Documenter tous les résultats.				34

**NB** : Signification des scores :

**0** : Gestes non faits

**1** : Gestes non maîtrisés

**2**: Gestes parfaitement maîtrisés.

## **Critères de l'étude :**

### ➤ Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les parturientes ayant accouché par voies basse au centre de santé de référence de la commune VI en présence de l'enquêteur et durant la période d'étude.

### ➤ Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les parturientes ayant accouché par voie basse dans le dit centre durant la période d'étude mais en l'absence de l'enquêteur et les parturientes qui ont accouché par césariennes.

## **6. Collecte des données :**

### ➤ Techniques de collecte des données :

Elle a porté sur l'entrevue des parturientes en période de travail d'accouchement admises à la maternité du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune VI pour accouchement par voie basse, l'observation des parturientes et l'exploitation de leurs dossiers.

L'entretien et l'observation ont été réalisés pour les agents en charge des accouchements de ces parturientes.

### ➤ Outils de collecte :

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

- Questionnaire d'entrevue
- Guide d'entretien
- Grille d'observation/évaluation de la pratique de la GATPA composée de 34 questions avec une réponse à marquer parmi trois (3) réponses possibles.

### ➤ Équipe de collecte :

L'équipe de collecte était composée d'un Etudiant en Médecine en fin de cycle (faisant fonction d'interne) formé et supervisé par un Médecin.

### ➤ Pré test :

Les outils ont été pré testés à la maternité du centre de santé de référence de la commune CVI.

➤ Considérations éthiques :

Le protocole de l'étude a été soumis à la validation par le Comité scientifique de Jeune Equipe Associée à l'Institut de Recherche pour le Développement (JEAI Mali).

Les procédures ont été respectées sur le plan éthique aussi bien au niveau des parturientes qu'au niveau les agents en charge de l'accouchement.

➤ Déroulement de la collecte :

Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête pour l'obtention de l'autorisation par note écrite de l'autorité administrative de la structure concernée.

Les parturientes ayant accouché par voie basse ont été recrutées au fur et à mesure de leur admission et les données ont été relevées sur les fiches élaborées à cet effet.

Pour l'entretien avec les parturientes ayant accouché par voie basse, les questionnaires ont été administrés directement avant leur sortie de la maternité. En ce qui concerne les agents chargés des accouchements, l'enquête a été faite en tenant compte de leur disponibilité. La grille d'observation et d'évaluation de la pratique de la GATPA était composée de 34 questions (gestes) avec une réponse à marquer parmi trois réponses possibles. Chaque réponse marquée était égale à 1 point. Les 34 gestes sont répartis en 5 étapes.

**La première étape** nommée préparation de la femme sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 3 gestes sur les 4 sont bien faits.

**La deuxième étape** nommée délivrance du placenta sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 8 gestes sur les 11 sont bien faits.

**La troisième étape**, massage utérin sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 3 gestes sur les 4 sont bien faits.

**La quatrième étape**, examen du canal génital sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 5 gestes sur les 6 sont bien faits.

**La cinquième étape** ou étape de la clôture sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 7 gestes sur les 9 sont bien faits.

Ces critères d'évaluations sont établis en fonction des normes nationales pré établies de la pratique de la GATPA qui déduit que : la GATPA est dite correctement faite chez une parturiente si elle a été bien faite à 80% chez cette parturiente.

Difficultés liées à la collecte :

La principale difficulté rencontrée au cours de notre étude a été un déficit de communication lié au fait que certaines parturientes ne comprenaient ni français, ni bambara. Ceci nous a amené à recourir à certaines accompagnatrices qui nous servaient d'interprètes souvent gênant dans certaines circonstances (parturiente accompagnée par sa coépouse).

#### **7. Traitement et analyse des données :**

Chaque jour à la fin de la journée de collecte, les données étaient vérifiées afin de corriger les erreurs et s'assurer que toutes les informations ont été recueillies correctement.

Nous avons procédé à la double saisie des données pour comparer et minimiser les erreurs de saisie.

Les données ont été vérifiées après la saisie pour garantir l'exhaustivité et la cohérence.

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel Epi- info version 3.5.3 et Excel.

#### **8. Définition des concepts :**

- **Gestité** : nombre de grossesse ;
- **Primigeste** : Une grossesse ;
- **Paucigeste** : Deux à trois grossesses ;
- **Multigeste** : Quatre à cinq grossesses ;
- **Grande Multigeste** : Six grossesses et plus ;
- **Parité** : Nombre d'accouchement ;

- **Primipare** : Un accouchement ;
- **Paucipare** : Deux à trois accouchements ;
- **Multipare** : Quatre à cinq accouchements ;
- **Grande multipare** : Six accouchements et plus ;
- **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, elle comprend 34 gestes essentiels que chaque 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.
- **Non Référée** : Patiente venue d'elle-même au centre pour prise en charge.
- **Macrosomie fœtale** : Poids fœtal  $\geq 4000g$
- **Sur distension utérine** : Hauteur utérine excessive  $>36cm$ .
- **Facteurs de risque d'hémorragie** : état prédisposant à une hémorragie obstétricale pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement.
- **Hémorragie du post-partum immédiat par atonie utérine** : se définit comme toute perte sanguine survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement secondaire à un défaut de rétraction du muscle utérin et susceptible de causer une instabilité hémodynamique.

- **JEAI** : jeune équipe associée à l'IRD.
- **IRD** : Institut de recherche pour le développement.
- **Geste Non fait** : quand un geste essentiel a été omis.
- **Geste non maîtrisé** : le geste n'a pas été pratiqué de façon conforme.
- **Geste parfaitement maîtrisé** : geste bien pratiqué de façon conforme.
- **Pratique correcte de l'étape**: bien pratiquée de façon conforme supérieure ou égale à 80%.
- **Pratique incorrecte de l'étape** : lorsque la norme de la pratique est inférieure à 80%.

## V. RESULTATS

Notre étude a porté sur 407 parturientes et 30 agents responsables des accouchements.

Les résultats sont présents par objectif spécifique après description de l'échantillon

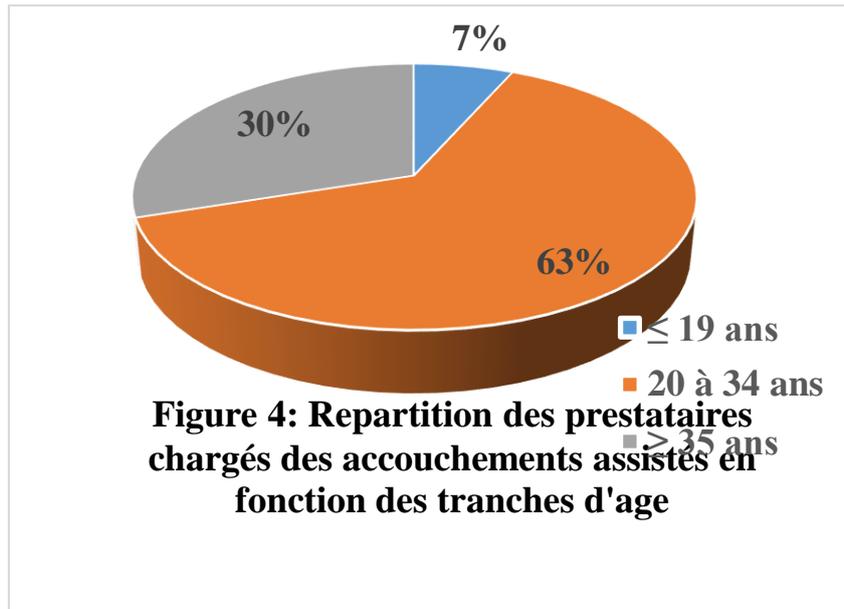
### 1. Description de l'échantillon

#### 1.1. Qualification des prestataires

**Tableau XI : Qualification des prestataires**

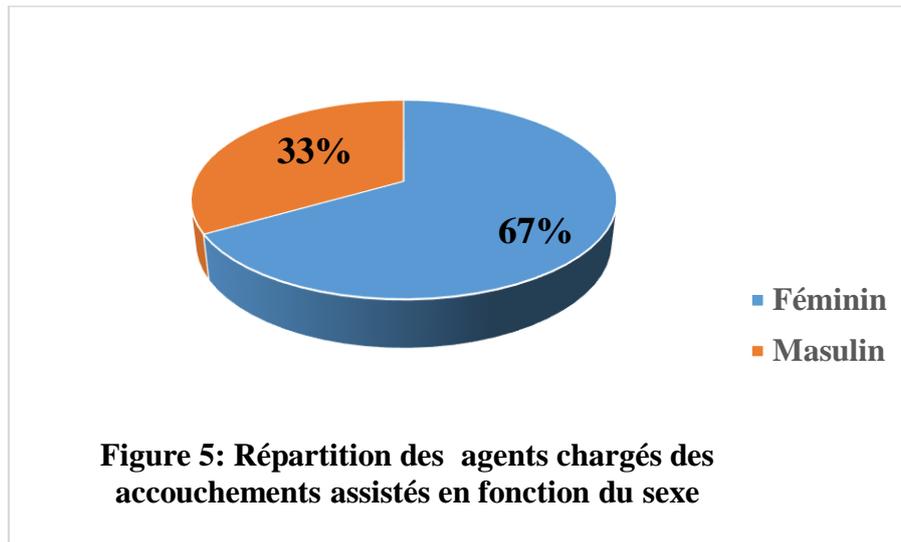
<b>Catégories professionnelles</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence %</b>
<b>Sage femmes</b>	12	40,0
<b>Etudiants en année de thèse</b>	8	26,7
<b>Infirmières obstétriciennes</b>	6	20,0
<b>Gynécologues obstétriciens et</b>	4	13,3
<b>DES</b>		
<b>Total</b>	30	100,0

Les sages-femmes étaient plus représentées dans notre série d'étude ce qui nous amène à dire que la sage-femme est responsable de la salle d'accouchement.



Age moyen des prestataires chargés des accouchements assistés=33ans

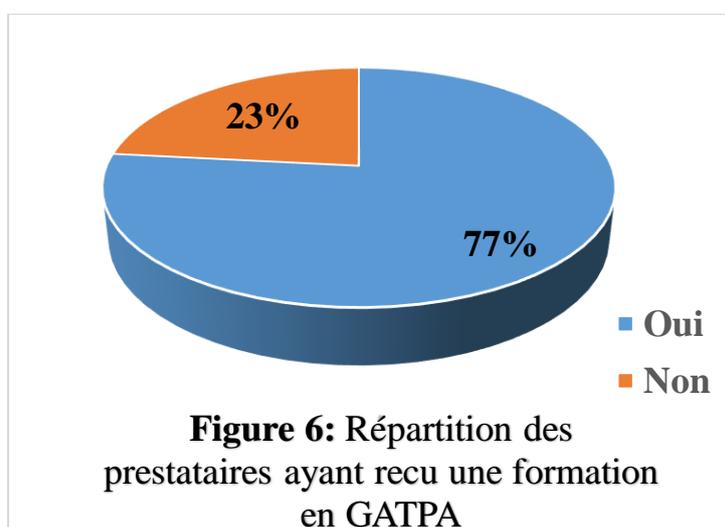
Agés extrêmes des agents accoucheurs = 19 à 55ans



Dans notre série d'étude les femmes sont plus représentées que les hommes cela est en rapport avec le nombre élevé des sages-femmes.

**Tableau XII :** Répartition des prestataires en fonction du nombre d'années d'exercice dans la profession.

Nombre d'année d'exercice	Effectif	Fréquence
1 à 4ans	16	53,3
5 à 9 ans	09	30,0
≥10ans	05	16,7
<b>Total</b>	30	100,0
<b>Moyenne</b>	10	33,3
<b>Ecartype</b>	5,6	18,5
<b>Extrêmes</b>	[5 ; 16]	[16,7 ; 53,3]

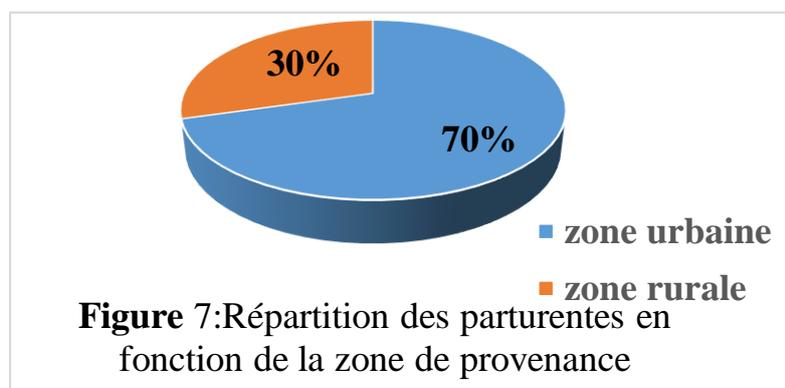


Dans notre étude 23% de nos prestataires non pas reçu une formation à la GATPA, ils étaient composés de nouveaux affectés au service et les internes.

**Tableau XIII :** Répartition des prestataires en fonction de leur année de formation de GATPA.

Année de formation	Effectif	Fréquence
2009	01	04,4
2010	02	08,7
2012	03	13,0
2013	04	17,4
2014	05	21,7
2015	08	34,8
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

L'interrogatoire des agents accoucheurs n'a pas retrouvé un cas de formation en 2011.



Dans notre étude 30% de nos parturientes provenaient de la zone rurale et ont été référé par les structures sanitaires de leur localité.

**Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de l'ethnie**

Ethnie	Effectif	Fréquence
Bambana	126	31,0
Malinké	55	13,5
Peulh	50	12,3
sonrhäi	42	10,3
soninké	39	09,6
Dogon	38	09,3
Boua	20	04,9
Senoufo	15	03,7
Bozo	07	01,7
Mianka	05	01,2
Autres	10	02,5
Total	407	100,0

Les autres étaient composés de : ouolof (4), baoulés(3) et mossi(3)

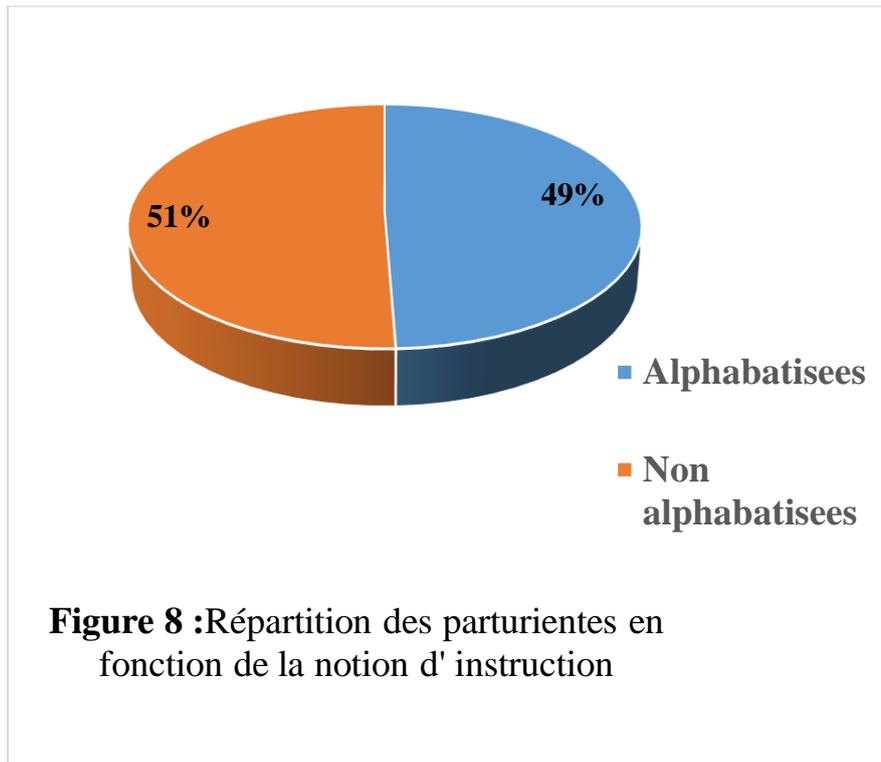
**Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction de leur occupation.**

<b>Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Femmes au foyer</b>	243	59,7
<b>Elevés/Etudiantes</b>	64	15,7
<b>Vendeuses</b>	62	15,2
<b>Secrétaires</b>	16	03,9
<b>Artisans</b>	8	02,0
<b>Enseignantes</b>	6	01,5
<b>Infirmière</b>	6	01,5
<b>Artistes</b>	2	00,5
<b>Total</b>	407	100,0

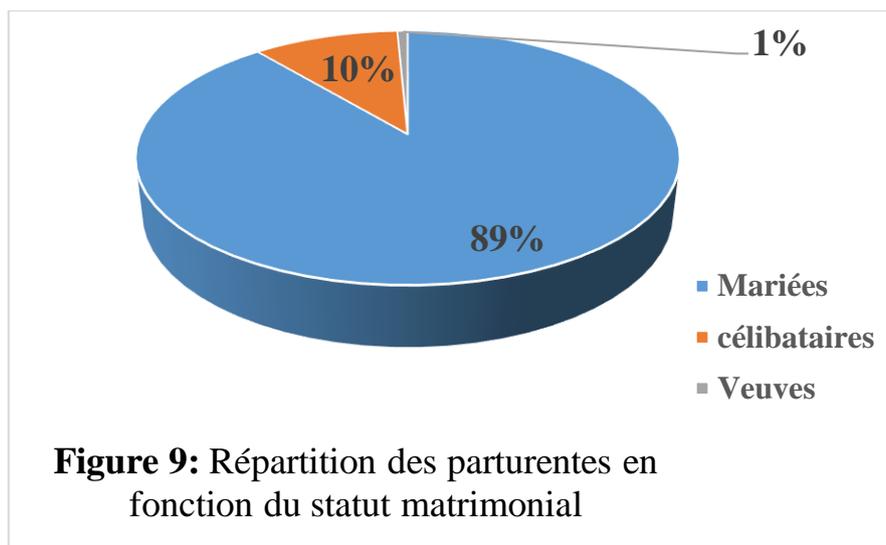
**Tableau XVI : Répartition des parturientes par mois**

<b>Mois</b>	<b>Nombre</b>	<b>Effectif %</b>
<b>Janvier</b>	540	30
<b>Février</b>	604	33,5
<b>Mars</b>	658	36,5
<b>Total</b>	1802	100,0

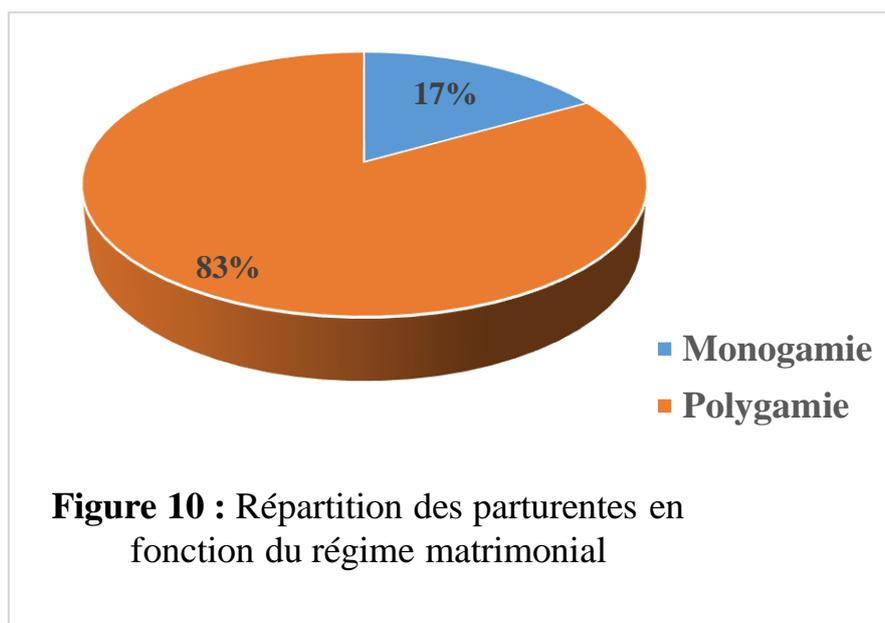
Parmi les 1802 parturientes reçues pendant notre étude nous avons pu enquêter 407 parturientes.



Dans notre étude la plupart de nos parturientes interrogées sont non alphabétisées ce qui explique le faible niveau d' instruction des femmes dans notre société.



Dans notre série 89% de nos parturientes étaient mariées, ce qui peut s'expliquer que la conception avant le mariage est mal acceptée dans notre société. Nous avons retrouvé 1% de l'échantillon qui étaient veuves et qui ne cessaient de pleurer (à qui je vais montrer mon enfant ?).



## **2. Evaluation de la pratique de la GATPA**

### **2.1. Fréquence de la pratique de la GATPA.**

Notre étude a révélé que la pratique de la GATPA est systématique dans la salle d'accouchement au centre de référence de la commune VI de Bamako

## 2.2. Première étape : préparation de la parturiente

**Tableau XVIII:** Répartition de la maîtrise des gestes de la phase de préparation des parturientes.

Gestes Classification	Information (1 <sup>er</sup> geste)		Ecoute (2 <sup>e</sup> geste)		Soutien Psychologique (3 <sup>e</sup> geste)		Pose de bassin hygiénique (4 <sup>e</sup> geste)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gestes maîtrisés</b>	278	68,3	206	50,6	244	60,0	352	86,5
<b>Gestes non maîtrisés</b>	83	20,4	176	42,3	156	38,3	46	11,3
<b>Gestes non faits</b>	46	11,3	29	07,1	07	01,70	09	2,2
<b>Total</b>	407	100	407	100	407	100	407	100

Les gestes non maîtrisés et les gestes non faits étaient liés à la non formation de certains agents à la pratique de la GATPA et à la maîtrise de la pratique de la GATPA par certains prestataires.

**Tableau XIX:** Maitrise des gestes de l'étape de préparation et la qualité de la pratique

Gestes maitrisés	Eff	%	Qualité de la pratique		
			E	%	Pratique
<b>Aucun geste</b>	12	02,9	170	41,8	incorrecte ou non faite
<b>1<sup>er</sup> Geste</b>	71	17,4			
<b>2<sup>e</sup> geste</b>	87	21,4			
<b>3<sup>e</sup> geste</b>	96	23,6	237	58,2	Pratique correcte
<b>4<sup>e</sup> geste</b>	141	34,6			
<b>Total</b>	407	100,0			

Un = Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.

DEUX = Ecouter ce que la femme et son accompagnant ont à dire

TROIS = Donner un soutien psychologique et de la réassurer

QUATRE = Placer un récipient (bassin hygiénique) ou un récipient propre si un récipient stérile n'est pas disponible.

NB : Ce chiffre de 58,2 % de pratique correcte est inférieur à la norme qui est de 80%.

La pratique incorrecte ou non faite est liée à la non maitrise des étapes de la préparation de la femme et de la non formation certains prestataires.

Cette première étape nommée préparation de la femme sera dite parfaitement faite chez une parturiente si au moins 3 gestes sur les 4 sont bien f

### 2.3. Deuxième étape Délivrance du placenta

**Tableau XX:** Répartition de la maitrise des gestes à la phase de délivrance du placenta.

	1 <sup>er</sup> geste		2 <sup>e</sup> geste		3 <sup>e</sup> geste		4 <sup>e</sup> geste		5 <sup>e</sup> geste		6 <sup>e</sup> geste		7 <sup>e</sup> geste		8 <sup>e</sup> geste		9 <sup>e</sup> geste		10 <sup>e</sup> geste		11 <sup>e</sup> geste	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestes Classificati on	Injection d'ocytocin e		Clampage du cordon		Maintien cordon		Traction mesurée sur le cordon et contre traction sur l'utérus		Les tractions au rythme des contraction s utérines		Reconnaissanc e des signes du décollement du placenta et l'extraire		Enroulem ent des membrane s sur elle- même en faisant tourner le placenta		Tirer pour parachever la délivrance		Examen du vagin et du col utérin		Examen du placenta		Mise du placenta dans bassin hygiénique	
Gestes maitrises	34 6	85,0	36 6	89,9	31 2	76,7	28 7	70,5	290	71,3	209	51,3	302	74, 2	316	77,6	38 2	93,8	21 5	52,8	380	93,4
Gestes non maitrises	59	14,5	36	08,8	57	14	10 9	26,8	108	26,5	192	47,2	91	22, 4	79	19,4	21	5,2	18 9	46,4	22	05,4
Gestes non faits	02	0,5	05	01,3	38	9,3	11	2,7	09	2,2	06	1,5	14	3,4	12	3,0	04	1,0	03	0,7	05	01,2
Total	40 7	100, 0	40 7	100, 0	40 7	100, 0	40 7	100, 0	407	100, 0	407	100,0	407	100, 0	407	100, 0	40 7	100, 0	40 7	100,0	407	100,0

La traction mesurée du codon et contre traction sur l'utérus étaient maitrise à 70% de nos prestataires contre 80% de la norme nationale.

L'examen du placenta n'était pas parfait chez certains prestataires non formés à la pratique de la GATPA et la non maîtrise de cet examen par d'autres.

Les signes de reconnaissance du décollement du placenta et son extraction étaient maîtrisés que chez 52,8% de nos prestataires contre 80% de la norme nationale.

La non maîtrise de la délivrance du placenta était dû à l'indisponibilité du plateau technique, de la maîtrise des gestes par les prestataires et de la non formation des prestataires de la GATPA.

**Tableau XXI : Maitrise des gestes de l'étape de la délivrance et la qualité de la pratique**

GESTES	Eff	%	Qualité de la pratique		
			Eff	%	
Aucun	0	0,0	153	37,60	Pratique incorrecte ou non faite
1 <sup>er</sup> geste	2	0,5			
2 <sup>e</sup> geste	4	1,0			
3 <sup>e</sup> geste	4	1,0			
4 <sup>e</sup> geste	5	1,2			
5 <sup>e</sup> geste	26	6,4			
6 <sup>e</sup> geste	42	10,3			
7 <sup>e</sup> geste	70	17,2	254	62,40	Pratique correcte
8 <sup>e</sup> geste	90	22,1			
9 <sup>e</sup> geste	86	21,1			
10 <sup>e</sup> geste	48	11,8			
11 <sup>e</sup> gestes	30	7,4			
Total	407	100,0			

Cette étape nommée délivrance du placenta sera dite parfaite chez nos parturientes si au moins 8gestes sur les 11 sont bien faits chez une parturiente. Dans notre série d'étude seul 4 gestes sont corrects soit 62,40%, qui est inférieure à la norme nationale cela peut expliquer la non formation de tous agents accoucheurs et l'absence de rigueur dans l'application des gestes enseignés.

## 2.4. Troisième étape : MASSAGE UTERIN

**Tableau XXII:** Classification de la fréquence de la pratique des gestes a la phase du massage utérin

	1 <sup>er</sup> geste		2 <sup>e</sup> geste		3 <sup>e</sup> geste		4 <sup>e</sup> geste	
Gestes	Massage utérin		Auto massage par la femme		Massage utérin/15min		Vérification continu du globe utérin	
classification	immédiat							
Gestes maitrisés	284	69,8	129	31,7	98	24,1	106	26,0
Gestes non maitrisés	92	22,6	119	29,2	209	51,3	197	48,4
Gestes non faits	31	7,6	159	39,1	100	24,6	104	25,6
Total	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0

Le massage utérin par chaque 15 min et la vérification continue du globe utérin n'étaient pas maitrise chez les prestataires.

**Tableau XXIII : Maitrise des gestes de l'étape du massage utérin et qualité de la pratique**

Gestes	Eff		Qualité de la pratique		
		%	E	%	Pratique
Aucun	52	12,8	327	80,3	incorrecte ou non faite
1 <sup>er</sup> geste	161	39,6			
2 <sup>e</sup> geste	114	28,0			
3 <sup>e</sup> geste	42	10,3	80	19,7	Pratique correcte
4 <sup>e</sup> geste	38	9,3			
Total	407	100,0			

Cette troisième étape nommée massage utérin sera dite parfaitement chez les parturientes si au moins 3 gestes sur les 4 sont bien faits.

NB : Ce chiffre de 19,7 % de pratique correcte du massage utérin de notre série est loin de la norme nation.

## 2.5. QUATRIEMME ETAPE : examen du canal génital

**Tableau XXIV** : Classification de la fréquence de la pratique des gestes a la phase de l'examen du canal génital

Gestes classification	1 <sup>er</sup> geste		2 <sup>e</sup> geste		3 <sup>e</sup> geste		4 <sup>e</sup> geste		5 <sup>e</sup> geste		6 <sup>e</sup> geste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usage du faisceau lumineux	121	29,7	196	48,2	29	72,2	44	84,6	380	93,4	365	89,7
Recherche de déchirure vaginale	107	26,3	185	45,4	96	23,6	8	15,4	27	6,6	38	9,3
Recherche de déchirure périnéale	179	44,0	26	06,4	17	4,2	0	0,0	0	0,0	04	1,0
Réparer toute déchirure ou épisiotomie	407	100,0	407	100,0	40	100,0	52	100	407	100,0	407	100,0
Toilette vulvo-périnéale												
Mise en place de tissu propre sur le périnée												

**Tableau XXV** : Maitrise des gestes de l'étape de l'examen du canal génital et la qualité de la pratique

Gestes maîtrisés	Eff	%	E	%	Qualité de la pratique
Aucun	3	0,7	285	70,0	Pratique incorrecte
1 <sup>er</sup> geste	7	1,7			
2 <sup>e</sup> geste	57	14,0			
3 <sup>e</sup> geste	115	28,2			
4 <sup>e</sup> geste	103	25,3			
5 <sup>e</sup> geste	112	27,5	122	30,0	Pratique correcte
6 <sup>e</sup> geste	10	2,5			
Total	407	100,0			

Ce chiffre 30% est inférieur à la norme nationale. Cette étape nommée l'examen du canal génital sera dite parfaitement faite si au moins 5 gestes 6 sont bien fait. Cette insuffisance de la GATPA peut expliquer la non maîtrise des étapes par la plus part de nos agents accoucheurs et la non rigueur dans l'application des gestes enseignés.

## 2.6. Cinquième étape : Clôture

**Tableau XXVI** : Classification de la fréquence de la pratique des gestes à la phase de clôture.

	1 <sup>er</sup> geste		2 <sup>e</sup> geste		3 <sup>e</sup> geste		4 <sup>e</sup> geste		5 <sup>e</sup> geste		6 <sup>e</sup> geste		7 <sup>e</sup> geste		8 <sup>e</sup> gestes		9 <sup>e</sup> geste	
Gestes	Retrait des draps souillés		Evaluati on de la perte sanguine		Examens du placenta		Conditionne ment des linges		Décontamina tion des instruments		Usages de la boîte de sécurité		Ôte des gants de leur décontamin ation		Lavage hygiénique des mains		Documentati on des résultats	
Classificat ion	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestes maitrises	347	85,2	162	39,8	327	80,3	333	81,8	344	84,5	342	84,0	94	23,0	368	90,4	391	96,1
Gestes non maitrises	56	13,8	143	35,1	68	16,7	64	15,8	61	11,0	48	11,8	244	60,0	36	8,9	14	3,4
Gestes non faits	04	01,0	102	25,1	12	03,0	10	2,4	2	0,5	17	4,2	69	17,0	03	0,7	2	0,5
Total	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0	407	100,0

**Tableau XXVII : Maitrise des gestes de l'étude de la qualité de la pratique**

Gestes maitrises	Eff	%	Qualité de la pratique		
			E	%	Pratique
Aucun	0	0,0	24	5,9	incorrecte ou non faite
1 <sup>er</sup> geste	0	0,0			
2 <sup>e</sup> geste	0	0,0			
3 <sup>e</sup> geste	0	0,0			
4 <sup>e</sup> geste	10	2,5			
5 <sup>e</sup> geste	0	0,0			
6 <sup>e</sup> geste	14	3,4	383	94,1	Pratique correcte
7 <sup>e</sup> geste	42	10,3			
8 <sup>e</sup> geste	75	18,4			
9 <sup>e</sup> geste	266	65,4			
Total	407	100,0			

Cette étape dénommée la clôture de la GATPA est dite parfaite chez une parturiente si au moins 7 gestes sur les 9 sont bien faits.

**NB : Notre étude de 94,1 % de pratique correcte est bien supérieure à la norme nationale qui est de 80%.**

**Tableau XXVIII: Récapitulatif de pratique de la GATPA**

Les étapes	Pratique correcte	Pratique incorrecte
<b>Préparation</b>	Non	Oui
<b>Délivrance du placenta</b>	Non	Oui
<b>Massage utérin</b>	Non	Oui
<b>Examen du canal génital</b>	Non	Oui
<b>Clôture</b>	Oui	Non
<b>Score oui ou non</b>	1/5	4/5

**Notre étude menée au CSREF CVI de Bamako nous montre que sur les 5 étapes enseignées, seule la 5<sup>e</sup> étape dénommée clôture était correcte.**

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### 1. Qualité, validité, limites de l'étude

L'évaluation de la pratique de la GATPA a été faite à travers une enquête transversale descriptive. Compte tenu de la nature descriptive de notre étude, les facteurs associés à la survenue de l'hémorragie n'ont pas été étudiés à travers l'analyse uni et multi variée malgré la grande taille de l'échantillon.

L'observation et l'évaluation de la pratique de la GATPA à l'insu de l'agent accoucheur dans la salle d'accouchement et l'administration du questionnaire après l'accouchement nous ont permis de réduire d'éventuels biais d'informations.

L'obtention du consentement des parturientes et des agents accoucheurs dénote notre souci constant du respect de l'éthique tout au long de notre enquête.

Bien que toutes les mesures nécessaires soient prises pour assurer la validité de nos résultats, une prudence est nécessaire quant à l'interprétation de ces données et surtout son extrapolation.

### 2. Epidémiologie:

Notre étude a porté sur 407 parturientes et 30 agents en charge des accouchements assistés.

L'étude a révélé que la pratique de la GATPA est systématique en salle d'accouchement au Centre de Santé de Référence de la Commune VI et que sur les 5 étapes de la pratique de la GATPA, seulement une seule étape (clôture) était correctement pratiquée (94,1%) conformément aux normes nationales. **Norme nationale fixée à 80% de bonne pratique.**

Parmi les 30 agents interrogés, 23 (77%) avaient reçu une formation en GATPA et les autres 7 (23%) n'avaient pas reçu de formation en GATPA.

### 3. Caractéristiques des parturientes :

#### 3.1. L'âge des parturientes :

La tranche d'âges comprise entre 20 à 34 ans a été la plus représentée avec un taux de 63,0%.

L'âge moyen de nos parturientes était de 27 ans avec des extrêmes allant de 14 à 48 ans.

### **3.2. La zone de provenance des parturientes :**

Dans notre étude 70,0% des parturientes provenaient d'une zone urbaine.

### **3.3. Catégories socioprofessionnelles des parturientes :**

Les femmes de ménage ont été les plus représentées avec un taux de 59,7 %.

### **3.4. Niveau d'instruction des parturientes :**

Les parturientes sans instruction ont représenté 51% de l'échantillon.

### **3.5. Statut matrimonial des parturientes :**

Dans notre série, 89% de nos parturientes étaient mariées. Ce qui peut s'expliquer par le fait que la conception avant le mariage est mal acceptée dans notre société traditionnelle. 1% de nos parturientes venaient de perdre leurs maris.

## **4. Etapes/taches dans la prise en charge active du troisième stade du travail d'accouchement :**

### **Les étapes de la GATPA :**

- **Etape de la préparation de la femme :** dans l'étape de la préparation, la pratique de la GATPA était correcte dans 58,2% des cas. Cette étude est similaire à une étude réalisée au CSRéf CV en 2011 (59,8% des cas). Une étude sénégalaise sur la situation GATPA et SENN en 2006 avec les prestataires tous formés à ce sujet [24], trouvait une pratique correcte de cette étape à 56%.
- **Etape de la délivrance du placenta :** pour l'étape de la délivrance, la pratique de la GATPA était correcte dans 62,4 %. Une étude réalisée au CSRéf CV en 2011 avait retrouvé 54,2% des cas. Une enquête nationale faite au Benin en 2006 sur la pratique de la GATPA [25] avait trouvé 62,2% de pratique correcte dans les sites pilotes. Quant à l'étude sénégalaise, elle rapporte 83% de pratique correcte de la délivrance [24].
- **Etape du massage utérin :** elle était correcte seulement dans 19,7% des cas dans notre série contre 21,7% dans l'étude du CSRéf CV, 34,8% dans

l'étude Béninoise et 66% dans l'étude sénégalaise. Cependant ce chiffre de 19,7% est loin inférieur à norme nationale.

- **Etape de l'examen du canal génital** : la pratique était correcte dans seulement 30% des cas.

Ce qui signifie que les prochaines formations devraient être axées sur les quatre premières étapes (préparation, délivrance, massage utérin et examen du canal génital).

- **Seulement** l'étape de la clôture avait un score de pratique correcte de 94,1% pour une norme nationale de 80%.

### **5. Formation en GATPA :**

Dans notre étude, 77% du personnel avaient reçu une formation en GATPA puisque chaque année au moins une formation en GATPA est organisée dans le service. Les 23% qui n'avaient pas reçu la formation étaient du personnel nouvellement affecté dans le service. Cette mobilité du personnel doit d'être prise en considération dans l'élaboration des futurs agendas de formation. Une étude réalisée au CSRéf CV avait trouvé 66% du personnel formé contre 34% et avait également trouvé les mêmes raisons de la non formation du personnel. Une enquête nationale réalisée au Bénin [25] a rapporté 62,2% de personnels formés en GATPA dans les sites pilotes.

## **VII. CONCLUSION :**

La pratique de la GATPA est systématique en salle d'accouchement du CS Réf de la Commune VI.

Cependant la qualité de la GATPA reste insuffisante en salle d'accouchement puisque parmi les cinq étapes évaluées, seulement celle de la clôture était correctement pratiquée.

Au vu de nos résultats, il convient de faire un certain nombre de suggestions afin de diminuer l'incidence des hémorragies du post-partum.

## **VIII. RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes en attendant leur validation.

### **A la population :**

- Accoucher dans les centres de santé.
- Faire régulièrement les consultations prénatales

### **Au médecin chef du CSRéf CVI:**

- Assurer la formation de tout le personnel à la pratique correcte de la GATPA y compris les étudiants en année de thèse
- Assurer la pérennité de ce programme local de formation du personnel à la bonne pratique de la GATPA ;

### **Au personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune VI:**

- Respecter les étapes de la pratique de la GATPA en salle d'accouchement.
- Renforcer les supervisions formatives internes des activités de la GATPA.

### **Aux Ministères chargés de la Santé et de l'Education :**

- Introduire dans le programme d'enseignement des écoles de santé (Faculté de médecine et autres structures de formations) la pratique de la GATPA.
- Organiser régulièrement des sessions de formation en GATPA à l'intention du personnel en charge des accouchements.
- Faire une étude d'évaluation de la pratique de la GATPA à l'échelle nationale.

## **IX. REFERENCES:**

**1-Hogerzeil H.V, Hans V Walker, Goeje G.J.A, World Health Organization (WHO).** Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Resultats of field surverys and stimulation studies on ergometrine, methylergometrine, and ocytocin. EDM Research Series; **1993**, n°008. 50p.

**2-Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l’Afrique (OMS/AFRO).** Feuille de route : L’Union africaine s’engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique ; 2004, n° 2. Brazzaville : OMS/AFRO.

**3-Lansac J. et G. Body.** Pratique de l’accouchement. Paris : SIMEP SA. **1988.**

**4-Rogers J., Wood J., McCandlish R., Ayers S., Truesdale A., Elbourne D.** Active versus Expectant Management of Third Stage of Labour: The Hinchingsbrooke Randomized Controlled Trial. Lancet ; **1998**, 351: 693–699.

**5-Prendiville W.J., Harding J. E., Elbourne D. R., Stirrat G.M.** The Bristol Third Stage Trial: Active versus Physiological Management of the Third Stage of Labour. British Medical Journal; **1988**, 297: 1295–1300.

**6-ICM et FIGO.** Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage. Washington: ICM/FIGO. **2003.**

**7-OMS.** Prise en charge des Complications de la grossesse et de l’accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève : OMS. **2002.**

**8-Festin M. R., Lumbiganon P., Tolosa J., Finney K., Ba-Thike K., Chipato T. et al.** International Survey on Variations in Practice of the Management of the Third. Stage of Labour. Bulletin of the World Health Organization; **2003.** 81: 286–291.

**9-Prendiville W. J., Harding J.E., Elbourne D. R., Mac Donald. S.** Active versus Expectant Management in the Third Stage of Labour (Cochrane review). The Cochrane Library. **2001.**

**10-Ministère de l'économie et de la santé du Mali ;** Direction nationale de la statistique et de l'informatique (D N S I) .Enquête Dermographique et de santé Mali 2006 (E D S M I V). Calverton ; Maryond ; U S A ; **2006**.

**11-Initiative :** pour la prévention de l'hémorragie du post-partum – PATH 10 février **2007**.

**12-Merger R., Levy J., J Melchior J.** Précis d'obstétrique 6<sup>ème</sup> édition Masson **1999**.

**13- Annide.** Hémorragie de la délivrance. Thèse de médecine, Cotonou. **2003** n°35.

**14-Mac Donald S, Prendiville WJ, Elbourne D.R.** Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review), in the Cochrane Library. **1996**, issue 4. Update Software: Oxford.

**15-Journal SOGC (SOC OBSTET GYNECOL CAN).** Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum. n°88 ; **2000, 22(4) 282-94**.

**16-Journal SOGC (SOC OBSTET GYNECOL CAN).** Prise en charge du 3<sup>ème</sup> stade du travail pour prévenir l'hémorragie du post-partum Novembre 2003 n°136.

**17-Anonymes.** Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post-partum Ministère de la Santé/PRIMEII Bamako. **2003**.

**18-Bamigboye A, Merrell DA, Hofmeyr GJ, Mitchell R.** Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand; **1998**, 77:178-181.

**19-Irons DW, Sriskandalan P, Bullough Chw.** A simple alternative to parenteral oxytocics for the third stage of labor .Int. J Obstet Gynecol; **1994**, 46:15-18.

**20-Khan GQ, John IS, Wani S, Doherty T, Sibai BM.** Controlled cord traction versus minimal intervention technique in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. Am J Obst et Gynecol ; **1997**,177(4):770-774.

**21-Mac Donald S.J., Prendiville W.J., Blaire E.** Randomized controlled trial of oxytocin alone versus oxytocin and ergometrin in active management of third stage of labor. BMJ; **1993**, 307(6913): 1167-1171.

**22-Bullough C.H., Msuku R.S. , Karonde I.**

**Early suckling and post partum haemorrhage:** controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet; **1989**, 2 (8662):522-525.

**23-Sangaré G.** Les hémorragies du post-partum immédiat par atonie utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako : prévention et prise en charge. Thèse de médecine, FMPOS, Bamako. **2011**; 113p.

**24-** L'étude sénégalaise sur la situation GATPA et SENN (soins élémentaire au nouveau né) en **2006** avec les prestataires tous formés à ce sujet.

**25-Etude de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans les formations sanitaires :** Résultats d'une enquête nationale réalisée au Bénin, **2006**.

**26-Konaté O.** Etude de la pratique de la gestion active de la troisième période du travail d'accouchement(GATPA) au centre de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine, FMOS, Bamako. **2013**; 97p.

**X. ANNEXES**

<b>CARACTERISTIQUES LIEES À LA STRUCTURE ET AU PERSONNEL</b>	
<b>Qualification de l'agent</b> /___/	
Gynécologue obstétricien=1, Sagefemme d'état=2, Etudiant en DES de gynécologie obstétrique=3, Etudiant faisant fonction d'interne=4, Infirmière obstétricienne=5, Autres=6 (à préciser)	
<b>Age de l'agent</b>	/___/___/
<b>Sexe de l'agent</b> Masculin=1, Féminin=2	/___/
<b>Durée d'exercice de l'agent</b> /___/___/	
<b>Formation de l'agent en GATPA</b> /___/	
Oui=1, Non=2	
<b>Année de la formation de l'agent en GATPA</b> ___/___/___/___	
<b>Qualification du superviseur</b>	/___/
Gynécologue obstétricien=1, Sage femme d'état=2, Etudiant en DES de gynécologie obstétrique=3, Etudiant faisant fonction d'interne=4	

## QUESTIONNAIRE ENTREVUE POUR LES PARTURIENTES

### REFERENCES DE L'ENQUÊTEUR

N° du Centre : /\_\_ / \_\_ / \_\_

Nom et Prénom de l'enquêteur :

.....

Date de

l'enquête : .....

### IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEE

N°d'Ordre : /\_\_ / \_\_ / \_\_

N° du Dossier : /\_\_ / \_\_ / \_\_

### CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age : /\_\_ / \_\_ /

Ethnie : /\_\_ /

Bambara=1 ; Malinké=2 ; Peulhs=3 ; Sarakolés=4 ;

Dogons=5 ; Sonrhai=6 ; Bwa=7 ; Autres=8 (à préciser)

Si 8, Préciser.....

Lieu de provenance : /\_\_ /

Zone Urbaine=1 ; Zone Rurale=2

Caractéristiques socioprofessionnelle. /\_\_ /

Ménagère=1 ; Vendeuse=2 ; Etudiante=3 ;

Cadre supérieur=4 ; Cadre moyen=5 ; Cadre inférieur= 6 ;

Autres=7 (à préciser)

Si, 7 Préciser.....

Niveau d'instruction : /\_\_ /

Sans instruction=1, Instruction fondamentale=2 ;

Instruction secondaire=3 ; Instruction supérieure=4

Statut matrimonial : /\_\_ /

Marié=1 ; Célibataire=2 ; Veuve=3 ;

Divorcée=4 ; Union libre=5

Régime matrimonial : /\_\_ /

Monogame=1 ; Polygame=2

**Tableau VI :** Grille d'évaluation de la pratique de la GATPA par le personnel sanitaire.

ETAPES/TACHES DANS LA PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL	SCORE		
	0	1	2
<b>PREPARATION DE LA FEMME</b>			
1. Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.			
2. Ecouter ce que la femme et son accompagnant ont à dire.			
3. Donner un soutien psychologique et de la réassurance.			
4. Placer un récipient (bassin hygiénique) ou un récipient propre si un récipient stérile n'est pas disponible contre le périnée de la femme.			
<b>DELIVRANCE DU PLACENTA</b>			
<p>1. Administrer l'oxytocine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous avez un assistant, demandez-lui d'administrer à la femme 10 unités d'oxytocine. Si l'établissement n'a pas d'oxytocine, injecter 0,2 mg de Méthylergométrine en IM, ou donner 600 mcg de Misoprostol par voie orale.</li> <li>• Si vous n'avez pas d'assistant ou si vous soupçonnez une grossesse multiple, écarter la présence d'un jumeau non diagnostiqué, puis dans la minute suivant la naissance du dernier bébé, administrez à l'accouchée 10 unités d'oxytocine en IM, ou Méthylergométrine 0,2 mg en IM, ou Syntométrine 1 mg en IM, ou Misoprostol 600 mcg par voie orale.</li> </ul>			

1. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte tampons.			
3. Maintenir le cordon et la pince dans une main.			
4. Placer l'autre main juste au dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.			
15. Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une contraction utérine (2 à 3 minutes).			
<p>6. Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, vers le bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus pubienne</li> </ul> </li> </ul>			
7. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire			

tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.			
8. Tirer lentement pour parachever la délivrance.			
9. Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte tampons pour retirer tous les débris de membranes.			
10. Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.			
11. Mettre le placenta dans le récipient prévu (bassin hygiénique).			
<b>MASSAGE UTERIN</b>			
1. Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.			
2. Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.			
3. Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.			
4 S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompe le massage utérin.			
<b>EXAMEN DU CANAL GENITAL</b>			
1. Demander à l'assistant de diriger un faisceau lumineux puissant sur le périnée.			
2. Ecarter doucement les lèvres et examiner la partie basse du vagin pour détecter des déchirures.			
3. Vérifier le périnée pour détecter des déchirures			
4 Réparer toute déchirure.			

5. Laver la vulve et le périnée avec de l'eau tiède et du savon ou une solution antiseptique et sécher avec un tissu propre et doux.			
6. Placer un tissu ou une compresse propre sur le périnée de la femme.			
<b>CLOTURE</b>			
1. Retirer les draps souillés et mettre la femme à l'aise.			
2. Evaluer la perte de sang.			
3 .Réexamen du placenta.			
4. Avant de retirer les gants, mettre les linges souillés dans un récipient.			
5. Mettre les instruments dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination.			
6. Disposer des seringues et aiguilles : En disposant des seringues et aiguilles, les purger trois fois avec une solution de chlore à 0,5%, les mettre ensuite dans un récipient increvable			
7. Oter les gants en les retournant : - Mettre les gants dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination - Si vous jetez les gants, les mettre dans un récipient ou sac en plastic étanche.			
8 Laver entièrement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un tissu sec et propre ou à l'air.			
9. Documenter tous les résultats.			

**NB** : Signification des scores :

**0** : Gestes non faits

**1** : Gestes non maîtrisés

**2: Gestes parfaitement maîtrisés.**

## XI. 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.*

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

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

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

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

*Respectueux et reconnaissant envers mes 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**Je le jure !**