



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR, DES SCIENCES TECHNIQUES  
ET TECHNOLOGIES

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un Peuple -Un But -Une Foi**

UNIVERSITE DE BAMAKO

Année universitaire : 2012 – 2013

**Thèse** N° .....

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

ETUDE DE LA PRATIQUE DE LA GATPA A LA MATERNITE DANS  
CINQ CSCOM ( ASACOTOQUA, ASACOSAB III, ASCOMBADJI,  
ASACOKAL, ASACOGA) DE LA COMMUNE V

DU DISTRICT DE BAMAKO

*Présentée et soutenue publiquement le .. / .. / 2013  
Devant la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie  
Par Monsieur Abdoulaye Massama KEITA*

**Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury :**

**Président :** Pr Mamadou TRAORE  
**Membres :** Dr Ibrahima TEGUETE  
**Co-directeur :** Dr Soumana Oumar TRAORE  
**Directeur :** Pr Issa DIARRA

# DEDICACES

## **DEDICACES :**

### **Louange à Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.**

Je te demande par tes plus beaux noms, et attributs de mettre de la sincérité dans ce travail et que tu m'en fasses bénéficier dans ce monde et dans l'au-delà. Ainsi qu'à ceux qui le liront, qui le publieront.

**Sa bénédiction et son Salut soient sur le Prophète Mohamed, Paix et Salut sur lui  
Amen ! Sur ces compagnons, et sur tous ceux qui le suivirent sur le bon chemin.**

**Je dédie ce travail à toutes les mères**, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en accomplissant, le plus bel acte de l'amour.

### **A mon père : MASSAMA KEITA**

Lui qui m'a guidé dans le bon sens vers la réussite depuis ma tendre enfance me permettant de traverser avec bonheur les difficultés d'apprentissage. Accepter mes remerciements, mon amour filial et mon respect. Que le Seigneur vous accorde une longue vie, vous protège et vous bénisse. Amen !

### **A ma mère : MARIAM TOURE**

Quels sacrifices, pour voir ses enfants réussir. Votre extrême bonté et surtout votre patience ont fait de vous une femme de grande qualité. Que ce travail soit la récompense de vos peines et votre patience. Puisse Dieu vous payer pour tout ce que vous avez fait pour moi. Qu'il vous accorde une longue vie pleine de bonne santé.

Trouvez ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

A la mémoire de ma grand-mère : feue DIABA TRAORE. Je te garderai toujours en pensée même si aujourd'hui tu n'es plus parmi nous pour jouir du fruit du travail de ton petit fils mais dans mon cœur grandissent les principes que tu y as semés dans la paix grand-mère et que la terre te soit légère, Amen.

### **KIZITO DAKOUO**

Je ne cesserai jamais de vous remercier cher tonton, car vous avez été pour moi un père, qui prend soins de ces enfants. Vous pouvez être fier aujourd'hui car tout ce que vous avez fourni comme effort sera couronné de succès. Inchallah ! Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **CHANTAL TINA DITE FATI**

Merci Tante, les mots me manquent pour dire et témoigner tout ce que vous avez fait pour moi durant tout au long du cycle. Et de m'avoir accepté avec tout mes défauts. Que le seigneur vous accorde une longue vie. AMEN !

### **SEKOU TRAORE**

Vous qui m'avez accepté tel que je suis. Vous qui m'avez appris le pardon, la tolérance et le partage j'espère que je serai à la hauteur de vos espérances. Que Dieu vous bénissiez.

### **OUMOU FALL**

Ton courage et ton amour pour les enfants d'autrui font de toi une femme exemplaire. Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes.

**A mes frères et sœurs :**

### **KADIATOU, BANDJOUGOU, SARAN, LASSINE, FATOUMATA ET MOCTAR**

Pour leur dire restons toujours unis car « l'union fait la force » et sachons que « seul le travail libère l'homme ».

Merci infiniment pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficié. Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration pour la réussite.



# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS :**

### **A Allah**

Louanges à Dieu le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux par la grâce de qui ce travail a vu le jour.

### **A MON AMI D'ENFANCE : MAHAMADOU Z. DOUMBIA :**

Très chers amis tu es un frère pour moi .Tant de chemins parcouru depuis le premier cycle, à OULLESSEBOUGOU. Jusqu'à la médecine et au csréf cv. Nous sommes toujours ensemble.

### **A MON AMI MAKADJAN KAMISSOKO :**

Pour te dire merci pour tes sages conseils depuis l'internant et au CSREF CV. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

### **A MA BELLE FAMILLE (FAMILLE CISSE A KOLOKANI ET A BAMAKO).**

#### **A mon épouse : Fatoumata Cissé**

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse, bref je suis fier de t'avoir comme épouse.

Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricordieux. Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance. Qu'Allah te bénisse. Amen !

#### **FAMILLE PONA, FAMILLE SANOU ET DIARRA AU CAMP PARA DE KOULOUBA**

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions

**A tous les enseignants des établissements d'enseignement d'OULESSEBOUGOU et de Kolokani.**

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur.

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

**A MES AMI(IES) :**

Abdou Traoré, Nah Diabaté, Mariam Yattara. A tout les membres de labo dont je suis le chef : Dr Seydou Arama (Bass), Didier Koné (Cosme), Yaya Pona (AQPE), Jonas Diarra (Futur), Basil Dako (Sambogas), Honore Coulibaly. Dr Malle, Moussa Coulibaly, Adama T. Coulibaly, Moussa S Coulibaly.

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des sœurs, des frères plus que jamais sincères. Soyez-en remerciés infiniment e Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

**A mes cousins et cousines :**

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

**A toute la promotion 2003-2004** de FMPOS, ainsi que la Promotion du Baccalauréat 2003 au Lycée FAMOLO COULIBALY de KOLOKANI.

**A tous les DES et les internes du Csréf CV et particulièrement à mon équipe de garde**

Mahamadou Dumbia, Salif Coulibaly, Drissa Sidibé, Yacouba Diarra, Tiemoko Diakité, Adama Traoré, Adama Coulibaly, Sidi, Makadjan Kamissoko, Dr Soumaila Diallo, Dr Sidi Bouaré, Dr Mamadou Traoré.

Merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ces stages internés.



**Mes maîtres médecins :**

Soumana O. TRAORE, Oumar M. TRAORE, Silimana F. COULIBALY, Mme KAMISSOKO  
Hawa, Hamidou ALBACHAR, Hamady SISSOKO, Badian Dembélé, Sidy Bouaré, Seydou  
Diabaté, Mamadou Traoré, Mariam Dolo, Soumaila Diallo, Amir Maiga, Issa Sy, Gabriel  
Sangaré sans oublier Dr Dembélé à l'URFOSAME.

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre  
admiration.

Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait  
montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos  
entreprises.

**Aux sages-femmes et infirmières du CSRéf CV du District de Bamako**

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

**Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako plus  
particulièrement à Missa Konaté.**

Merci pour les conseils

**Aux aides du bloc du CSRéf CV du District de Bamako**

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration.

Sincère remerciement à vous.

# SIGLES & ABREVIATIONS

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**Accht** : Accouchement

**ASACOGA** : Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou

**ASACOKAL** : Association de Santé Communautaire de Kalaban coura

**ASACOSAB III** : Association de Santé Communautaire de Sabalibougou

**ASACOTOQUA** : Association de Santé Communautaire de Torokorobougou

**ASCOMBADJI** : Association de Santé Communautaire de Bacodjikoroni

**ATCD** : Antécédent

**BDCF** : Bruits Du Cœur Fœtal

**CHU** : Centre Hospitalier-Universitaire

**CSRéf** : Centre de Santé de référence

**Cm** : Centimètre

**CPN** : Consultation Prénatale

**CV** : Commune V

**DA** : Délivrance Active

**DN** : Délivrance naturelle

**F** : Fréquence

**FIGO** : Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens

**FRH** : Facteurs de Risque d'hémorragie

**FII** : Faisant Fonction Interne.

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

**HDD** : Hémorragie De la Délivrance

**HPP** : Hémorragie du Post-partum

**HPPI** : Hémorragie du post-partum immédiat

**IM** : Intra Musculaire

**IMC** : Confédération internationale des Sages-femmes

**IV** : Intra Veineuse

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

**Mn** : Minute

**MS** : Ministère de la Santé

**n** : nombre

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

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**° 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 États-Unis pour le Développement International

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur TRAORE Mamadou**  
**Professeur Agrégé de Gynécologie-obstétrique**  
**Secrétaire Général de la SAGO**  
**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**  
**Coordinateur national du programme GESTA international**  
**Coordinateur de URFOSAME au CSRéf CV**  
**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du**  
**District de Bamako**

**Cher Maître,**

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maitre de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et juge :**

**Dr Ibrahima TEKETE**

**Gynécologue-obstétricien au CHU Gabriel Touré,**

**Maitre- Assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS).**

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence.

Nous espérons ne vous avoir pas déçu. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir faire.

Soyez rassuré, cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration. Que Dieu vous assiste. Amen!

**Docteur TRAORE Soumana Oumar**

**A notre maître et Co-directeur**

**Gynécologue-Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la  
Commune V du district de Bamako.**

**Cher Maître,**

C'est avec patience et disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Nous vous remercions sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos profondes reconnaissances.

**A notre maître et directeur de thèse :**

**Pr Issa Diarra**

**Colonel Major de l'armée malienne,**

**Professeur en gynécologie-obstétrique.**

**Chevalier de mérite de l'ordre national du Mali.**

**C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.**

**Votre éloquence dans l'enseignement, votre respect de la personne**



humaine ont fait de vous un maître admirable.  
Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de  
vous.

Recevez ici cher maître l'expression de nos salutations les plus  
respectueuses et de nos sincères remerciements.

## **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 a 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 preuves axées 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].

### **-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 [1]. 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'HPP 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 dans cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) du District Sanitaire de la Commune V ?

- Quelles sont les facteurs qui expliqueraient la non effectivité de la pratique de la GATPA dans cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) du District Sanitaire de la Commune V.

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 de la GATPA.

- **Hypothèses de recherche :**

- La gestion active de la troisième période de l'accouchement n'est pas pratiquée dans cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la commune V 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 dans cinq Cscos (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako.

## **II-OBJECTIFS :**

### **1-Objectif général :**

Etudier la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement dans cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako en 2011.

### **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.
- Evaluer la pratique de la GATPA en salle d'accouchement dans cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako.
  - Rapporter le profil et la qualification des agents de santé qui pratiquent la GATPA.
  - Formuler des suggestions 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

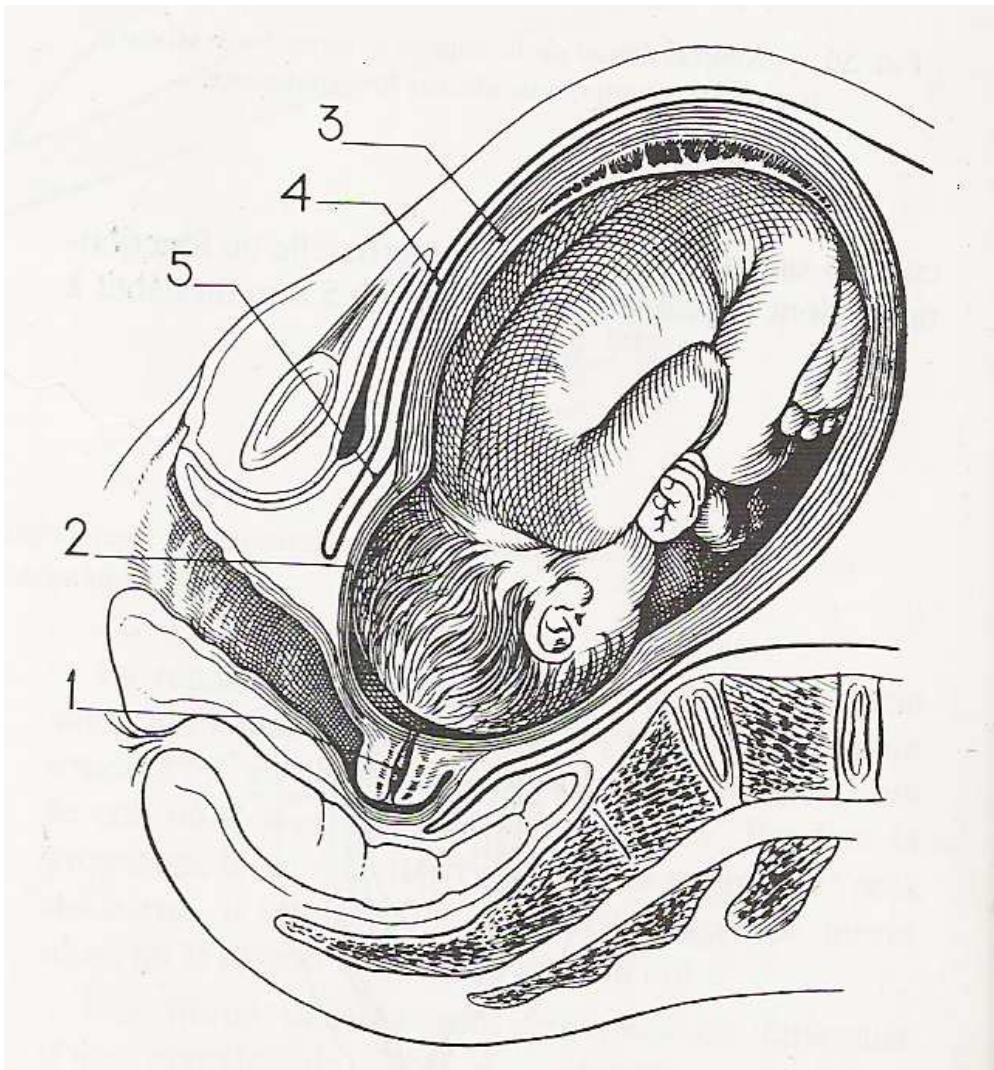
changement d'épaisseur de la paroi utérine. Sa paroi est plus mince que le corps utérin. Il est amplifié par la présentation. Cette ampliation réalise le saccule de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

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 2,5 cm de haut et de large. Pendant le travail, les contractions utérines entraînent un effacement et une dilatation, il se confond alors au segment inférieur pour constituer le canal utero- 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 plexi forme.

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 plexi forme, 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 corporeales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexi forme, 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.

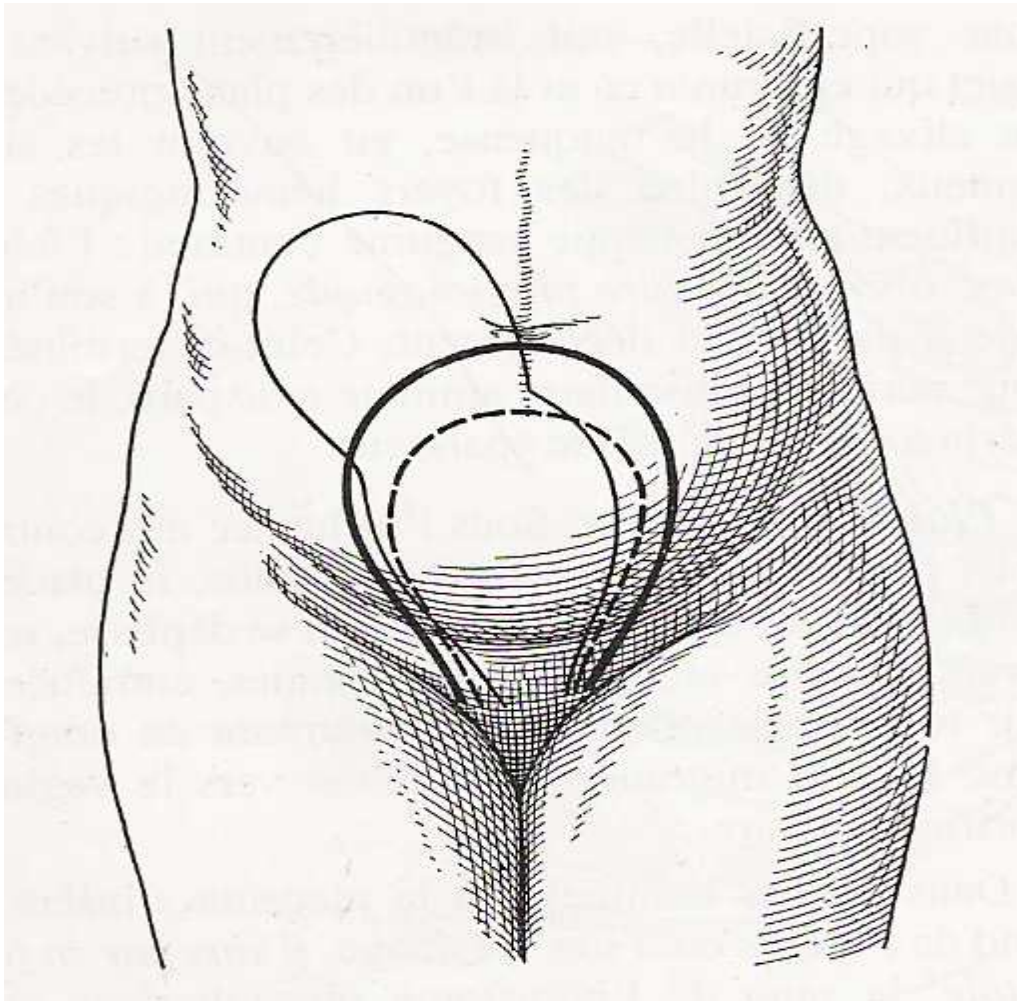
Le flux sanguin est de 600ml par minute entre la mère et le fœtus à travers le placenta. Il assure les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus.

## **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.



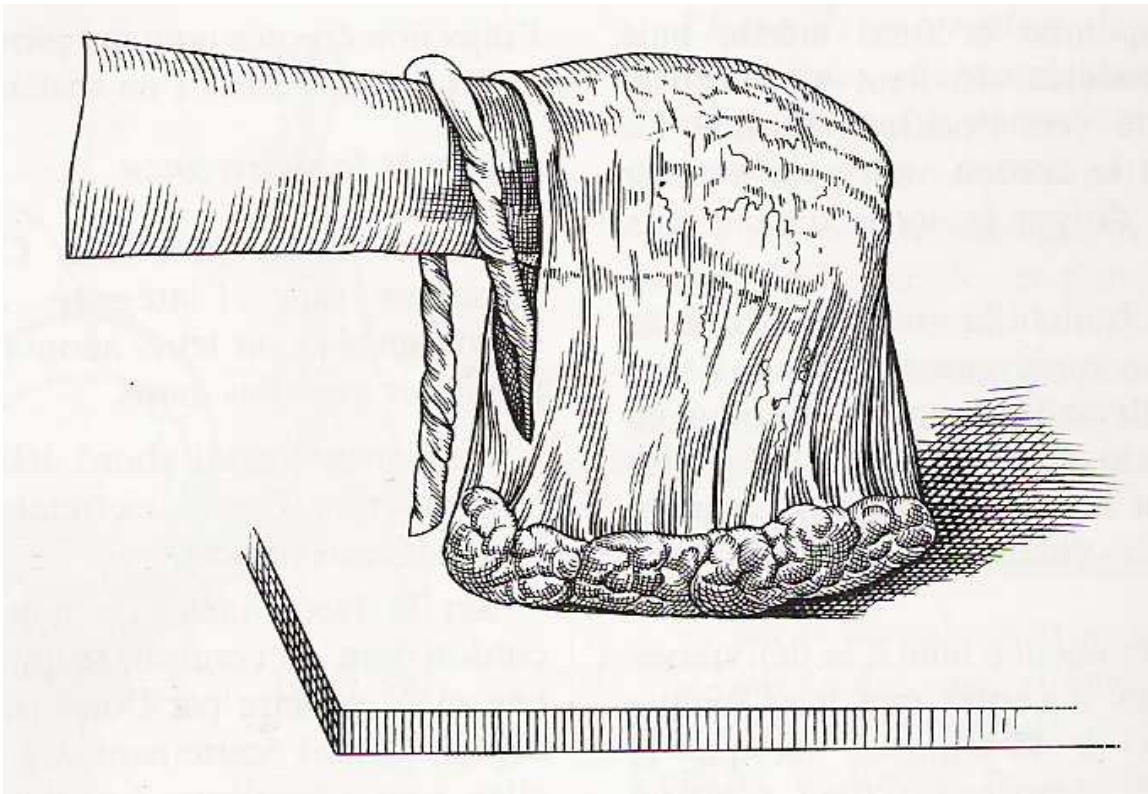
**Figure 2 :** Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance in MERGER.

- 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 de 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 LA DELIVRANCE :**

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

- décollement placentaire
- expulsion du placenta
- hémostase

C'est l'expectative qui peut durer 45 mn

**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 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 utérotoniques. 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 (Ergométrine, Méthyl-ergométrine 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 comparatif 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]

Ocytociques	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	Ergometrine/méthylergometrine	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 Méthyl-ergométrine surtout en ce qui concerne la lumière ; possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves 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 uterotoniques

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 : [13, 17]

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

	Processus étiologique	Facteurs de risque cliniques
Anomalies des contractions utérines	-sur distension utérine	-polyhydramnios -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 -détachement placentaire -embole de liquide amniotique	-ecchymose -tension artérielle élevée -mort du fœtus -fièvre, nombre de globules blancs -hémorragie anté partum -collapsus soudain
	-anti-coagulation 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 valve : 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 : [23]**

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : l'accident et les complications de la transfusion le choc hémodynamique ; la coagulopathie aigue,

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 qu'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. on établit un protocole de prise en charge des hémorragies basées sur :

**L'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'importante quantité de sang compatible. Aussi bien le consultant hématologiste doit être informé.

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

**La restauration d'un volume sanguin circulant :**

Deux voies veineuses de gros calibre, préférentiellement cathéter 14G, devraient être mises en places, 22 ml 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'ocytocine** : L'introduction des ocytociques 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 ocytociques 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 ocytociques 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'ocytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les œstrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocine, tandis que la progestérone à l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'ocytocine augmentent en fin de grossesse.

✓ **Utilisation thérapeutique :**

La demi-vie de l'ocytocine 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.

## **IV-METHODOLOGIE**

### **1-CADRE D'ETUDE :**

Notre étude s'est déroulée dans la maternité de cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako.

#### **1-1 Organisation structurale des cinq CSComs :**

Les CSComs, sont composés de :

- Un dispensaire comprenant une salle de consultation curative, une salle de pansement, une salle d'injection,
- Une maternité comprenant une salle de consultation prénatale, une salle de travail, une salle d'accouchement, une salle de chaîne de froid pour le PEV,
- Un dépôt de vente des médicaments essentiels génériques
- Une salle d'observation.

#### **1-2 Le personnel:**

##### **ASACOTOQUA:**

- Deux médecins
- Deux sages femmes
- Un infirmier d'état
- Un technicien de laboratoire
- Quatre infirmières obstétriciennes
- Trois aides soignantes
- Deux matrones
- Un manœuvre
- Un comptable
- Une gérante du dépôt des médicaments
- Un gardien

**ASACOSAB III :**

- Deux médecins
- Un comptable
- Un infirmier d'état
- Une infirmière obstétricienne
- Deux sages femmes
- Un technicien de laboratoire
- Trois matrones
- Deux aides soignantes
- Un gérant du dépôt des médicaments
- Un manoeuvre
- Un gardien

**ASCOMBADJI:**

- Un médecin
- Deux sages femmes
- Trois infirmières obstétriciennes
- Une matrone
- Un comptable
- Un technicien de laboratoire
- Un gérant du dépôt des médicaments
- Un manoeuvre
- Un gardien

**ASACOKAL:**

- Deux médecins
- Deux sages femmes
- Deux infirmières obstétriciennes
- Trois infirmiers d'état
- Quatre aides soignantes
- Un gérant du dépôt des médicaments
- Un comptable
- Un manœuvre
- Un gardien

**ASACOGA:**

- Deux médecins
- Deux sages femmes
- Deux infirmières obstétriciennes
- Quatre aides soignantes
- Un technicien de laboratoire
- Une gérante du dépôt des médicaments
- Un comptable
- Un manœuvre
- Un gardien

**1-3 Fonctionnement des centres de santé communautaire**: le personnel technique des CSComs est dirigé par un responsable appelé Directeur technique du centre (DTC) ou Médecin Directeur.

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

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

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

## **2-Méthode d'étude :**

### **2.1-Type d'étude :**

Notre étude est transversale et descriptive a visée évaluative.

### **2.2-Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée du 15 Juillet 2011 au 14 Octobre 2011 Soit 3 mois.

### **2.3-Population d'étude :**

#### **➤ Cibles primaires :**

Ont été les femmes admises en période de travail ayant accouché par voie basse dans les maternités des cinq CSComs de la Commune V du District de Bamako durant la période d'étude.

### Cibles secondaires :

Etaient représentées par les agents en charge des accouchements dans les cinq CSComs de la Commune V du District de Bamako durant la période d'étude.

### **2.4-Échantillonnage :**

#### ➤ Méthode :

La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste

#### ➤ Techniques d'échantillonnage :

Nous avons effectué un choix exhaustif de toutes parturientes admises en période de travail dans les maternités des cinq CSComs 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 des maternités.

#### ➤ Taille de l'échantillon :

- Pendant notre étude nous avons recruté 221 parturientes ayant accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.
- Nous avons interrogé 37 agents ayant assisté ces accouchements.

### **2.5-Variables de l'étude :**

Notre variable étaient composées de :

- 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).
- 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 niveau de la structure sont :

- Premier niveau de contact
- Deuxième niveau de contact
- Troisième niveau de contact

- 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
- Année de la 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 VI : 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 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>				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.				10
<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.				11
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 maitrisés.

### **2.6-Critères de l'étude :**

➤ **Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude toutes les parturientes ayant accouchée par voie basse dans les cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V 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 les dits CSComs durant la période d'étude mais en l'absence de l'enquêteur.

**2.7-Collecte des données :**

➤ Techniques de collecte des données :

Elle a porté sur le recensement, l'entrevue des parturientes en période de travail d'accouchement admises dans les cinq CSComs 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 :

Est 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 VI du district de Bamako.
- Au total, l'enquêteur a enquêté dix parturientes admises à la dite maternité pour accouchement par voie basse. Cinq agents en charge de l'accouchement ont été observés et interrogés. Ainsi des améliorations ont été faites sur les outils.

➤ Considérations éthiques :

Le protocole de l'étude a été soumis à la validation par le Comité scientifique de JEAI Mali.

Les procédures ont été respectées sur le plan éthique aussi bien au niveau des parturientes qu'au niveau des 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 fait.

**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**, 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 de la norme nationale pré établie 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, ou par sa belle mère).

**2.8-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.

**2.9-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 atone et entraînant une hémorragie.
- **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.
- **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 inférieur à 80%.*
- **JEAI** : Jeune équipe associée a l'IRD
- **IRD** : Institut de recherche pour le développement.

## V- RESULTATS

Notre étude a porté sur 221 parturientes et 37 agents responsables des accouchements. Les résultats sont présentés par objectif spécifique après une description de l'échantillon.

### 1. Description de l'échantillon :

#### 1.1 Cadre d'étude :

**Tableau VII** : Répartition des agents chargés des accouchements en fonction des différents CSComs.

CSComs	Effectif	Fréquence
ASACOTOQUA	7	18,9
ASACOSAB III	6	16,2
ASCOMBADJI	9	24,4
ASACOKAL	7	18,9
ASACOGA	8	21,6
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII** : Répartition des parturientes reçues en fonction des CSComs.

CSComs	Effectif	Fréquence
ASACOTOQUA	43	19,5
ASACOSABIII	40	18,1
ASCOMBADJI	50	22,6
ASACOKAL	42	19,0
ASACOGA	46	20,8
<b>TOTAL</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>



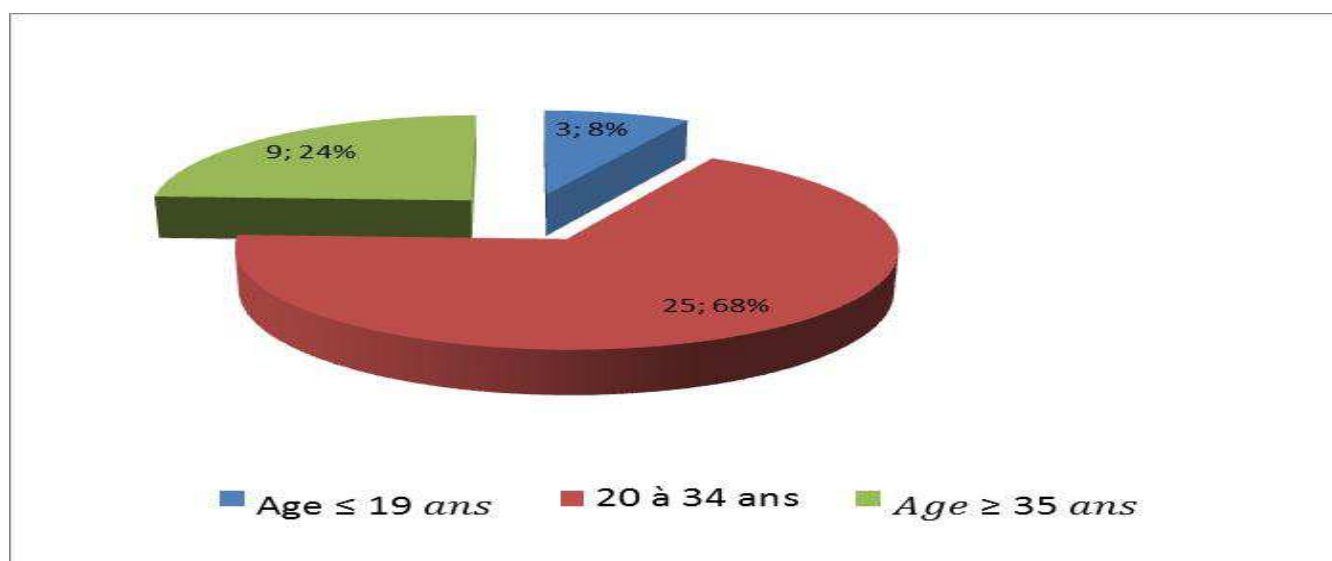
## 1.2. Caractéristiques des agents chargés des accouchements assistés

**Tableau IX :** Répartition des agents en charge des accouchements assistés en fonction de leur qualification professionnelle.

Qualification	Effectif	Fréquence
Sage femme	6	16,2
Infirmière obstétricienne	16	43,2
Matrone	6	16,2
Aide-soignante	9	24,3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

- Répartition des agents chargés des accouchements assistés en fonction du sexe.

Les agents chargés des accouchements dans nos différents CSComs sont tous de sexe féminin.



**Figure 4 :** Répartition des agents chargés des accouchements assistés en fonction des tranches d'âge.

*Age moyen des agents accoucheurs = 33ans*

*Ages Extrêmes = 19 à 55ans*

**Tableau X** : Répartition des agents chargés des accouchements assistés, en fonction du nombre d'années d'exercice dans la profession.

Nombre d'année d'exercice	Effectif	Fréquence
1 à 4 ans	19	51,3
5 à 9 ans	14	37,8
≥10ans	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XI** : Répartition des agents ayant reçu une formation en GATPA

Par CSComs.

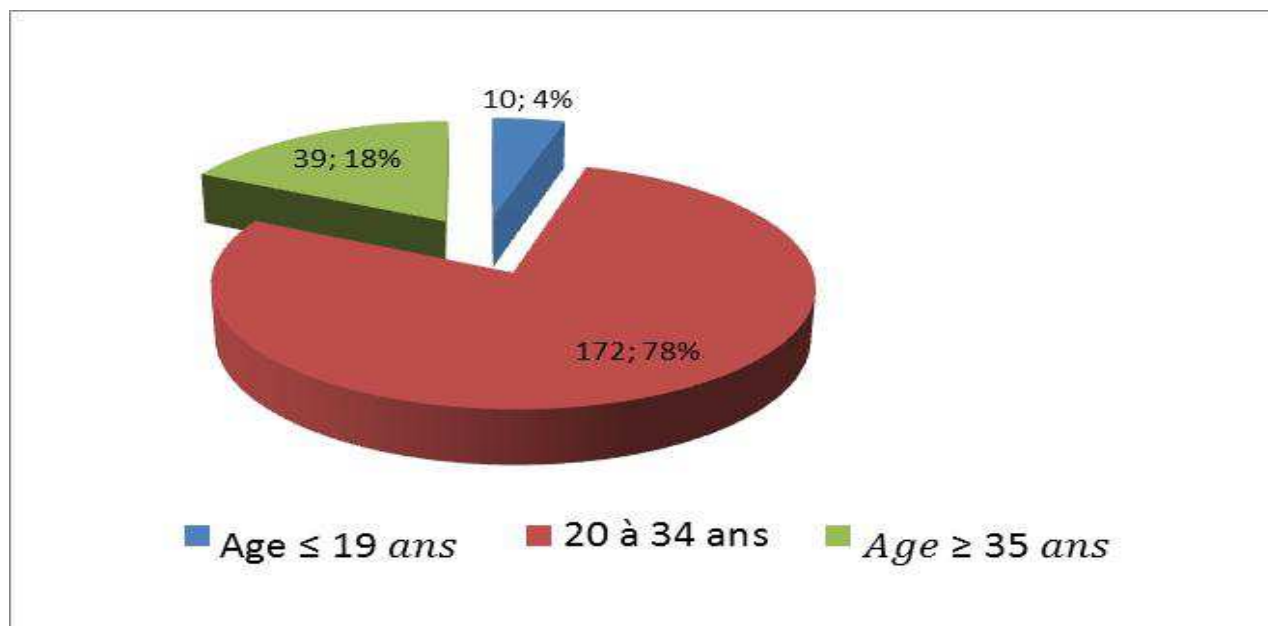
CSComs	Formés		Non formés	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
ASACOTOQUA	3	23,1	5	20,8
ASACOSABIII	1	7,6	6	25,0
ASCOMBADJI	3	23,1	5	20,8
ASACOKAL	2	15,4	5	20,8
ASACOGA	4	30,8	3	12,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XII** : répartition des agents en fonction de l'année à laquelle l'agent a été formé à la GATPA.

Années de formation	Effectif	Fréquence
2005	1	7,6
2006	2	15,4
2008	2	15,4
2009	4	30,8
2010	4	30,8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

L'interrogatoire des agents accoucheurs n'a pas retrouvé un cas de formation en 2007 et en 2011.

### 1.3. Caractéristiques des parturientes de l'étude



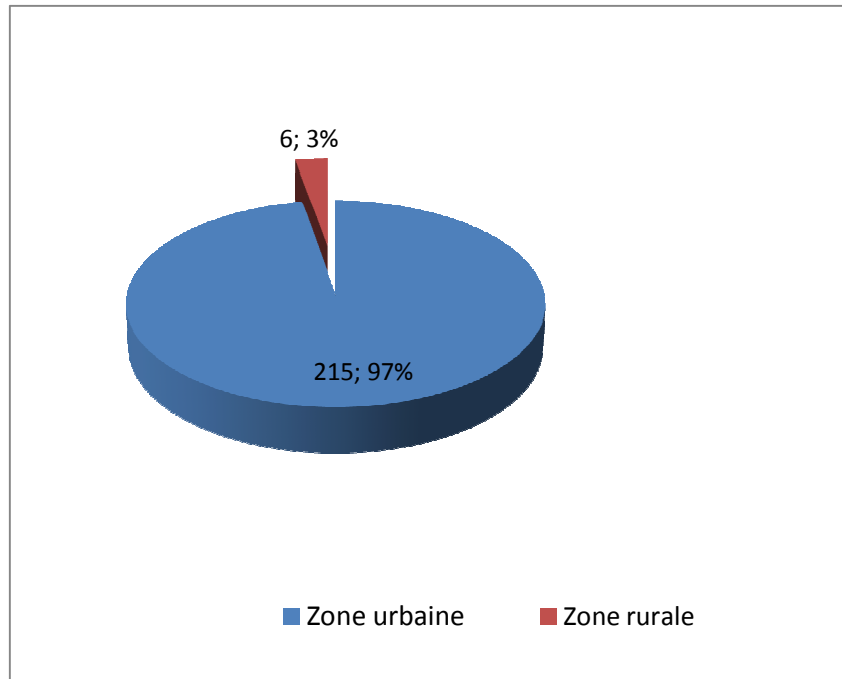
**Figure 5** : Répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge.

Age moyen des parturientes : 27 ans.

*Ages extrêmes des parturientes : 17 ans à 36 ans*

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

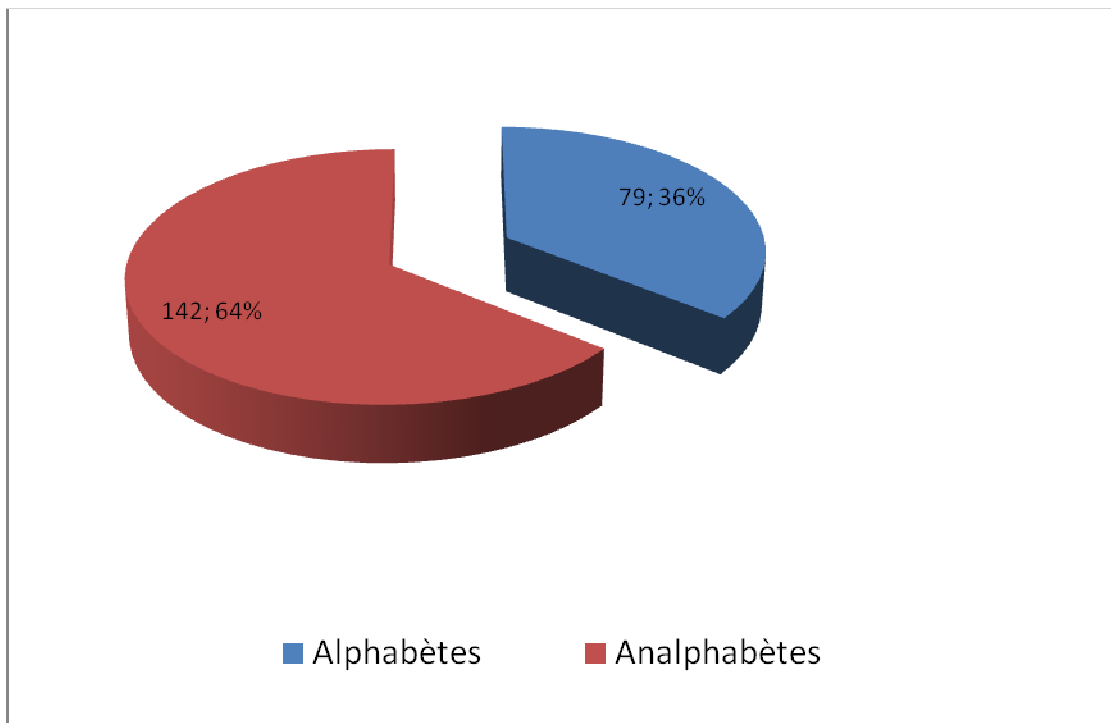
<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Bambara	77	34,8
Malinké	41	18,6
Peulh	25	11,3
Soniké	28	12,7
Dogon	21	9,5
Sonrhäi	14	6,3
Boua	15	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>221</b>	<b>100 ,0</b>



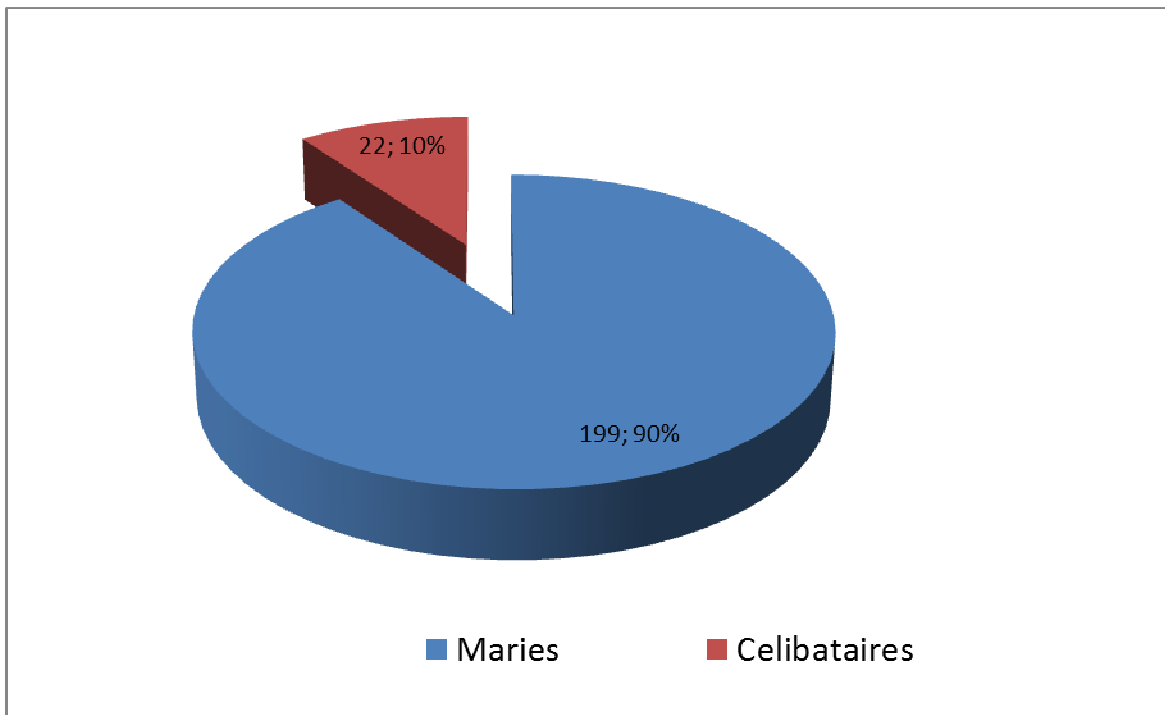
**Figure 6:** Répartition des parturientes en fonction de la zone de provenance.

**Tableau XIV:** Répartition des parturientes en fonction du statut socioprofessionnel.

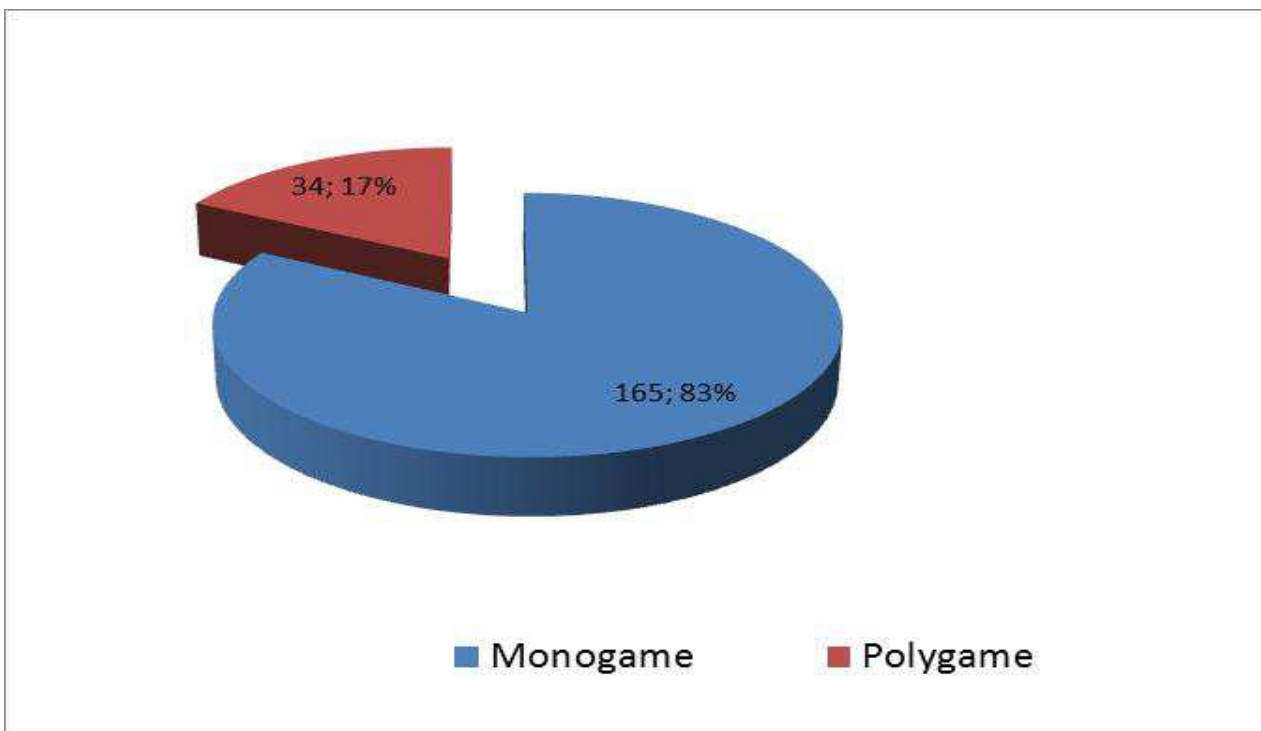
Profession	Effectif	Fréquence
Ménagère	127	57,5
Vendeuse	38	17,2
Elèves et étudiants	20	9,0
Secrétaire	10	4,5
Infirmière	7	3,2
Artisans	19	8,5
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>



**Figure 7 :** Répartition des parturientes en fonction de la notion d'instruction



**Figure 8 :** Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial.



**Figure 9 :** Répartition des parturientes en fonction du régime matrimonial.

## 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 en salle d'accouchement dans les cinq Cscosm d'étude.

### 2.2. Première étape: Préparation de la parturiente

**Tableau XV:** Répartition de la fréquence de la pratique des gestes de la phase de préparation des parturientes.

Classification	Gestes		Information		Ecouter		Soutien psychologique		Poser bassin hygiénique	
	N	%	N	%	n	%	N	%		
Geste non fait	0	0,0	0,0	0,0	1	0,5	1	0,5		
Geste non maîtrisé	14	6,3	19	8,6	54	24,4	1	0,5		
Geste maîtrisé	207	93,7	202	91,4	166	75,1	219	99,1		
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>		

**Tableau XVI :** Maîtrise des gestes de l'étape de la préparation, et qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	Pratique incorrecte Ou non faite
Aucun	0	0,0	20	9,05	Pratique incorrecte Ou non faite
Un	13	5,9			
Deux	7	3,2			
Trois	37	16,7	201	90,95	Pratique correcte
Quatre	164	74,2			
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100</b>			



**NB:** Notre chiffre 90,95% de pratique correcte est bien supérieur à la norme nationale qui est 80%.

### 2.3. Deuxième étape : Délivrance du placenta :

**Tableau XVII** : Répartition de la fréquence de la pratique des gestes de la phase de délivrance du placenta.

Geste	Injection d'ocytocine		Clampage cordon		Maintien cordon		Traction mesurée sur cordon et contre traction sur l'utérus		Les tractions au rythme des contractions utérines		Reconnaissance des signes du décollement du placenta et l'extraire		Enroulement des membranes sur elle-même en faisant tourner le placenta		Tirer pour parachever la délivrance		Examens du vagin et du col utérin		Examens du placenta		Mise du placenta dans bassin hygiénique	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geste non fait	0	0	0	0%	0		58	26,2	3	1,4	24	10,9	25	11,3	0	0	191	86,4	190	86	0	0
Geste non maîtrisé	1	0,5	89	40,3	106	48	114	51,6	109	49,3	157	71	80	36,2	109	49,3	27	12,2	29	13	0	0
Geste maîtrise	220	99,5	132	59,7	115	52	49	22,2	109	46,3	40	18,1	116	52,5	112	50,7	3	1,4	2	0,9	221	100
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII** : Maîtrise des gestes de l'étape de la délivrance du placenta et, qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	0	0,0	182	82,35	<b>Pratique incorrecte Ou non faite</b>
Un	1	0,5			
Deux	43	19,5			
Trois	36	16,3			
Quatre	26	11,8			
Cinq	19	8,6			
Six	21	9,5			
Sept	36	16,3			
Huit	9	4,1	39	17,65	<b>Pratique correcte</b>
Neuf	27	12,2			
Dix	1	0,5			
Onze	2	0,9			
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>			

**NB** : 17,65% de pratique correcte de notre série contre 80% de la norme nationale.

## 2.4. Troisième étape : Massage utérin :

**Tableau XIX :** Classification de la fréquence de la pratique des gestes à la phase du massage utérin.

Geste Classification	Massage utérin immédiat		Auto massage par la femme		Massage utérin /15mn		Vérification continu du globe utérin	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Geste non fait	5	2,3	0	0	221	100	7	3,2
Geste non maîtrisé	110	49,8	119	53,8	0	0	171	77,4
Geste maîtrisé	106	48	102	46,2	0	0	43	19,5
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

**Tableau XX :** Maîtrise des gestes de l'étape du massage utérin, et qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	112	50,7	181	81,9	Pratique incorrecte ou non faite
Un	7	3,2			
Deux	62	28,1			
Trois	40	18,0	40	18,10	Pratique correcte
Quatre	0	0,0			
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100</b>			

**NB :** Ce chiffre 18,10% de pratique correcte du massage utérin de notre série est de loin proche de la norme nationale.

## 2.5. Quatrième étape : Examen du canal génital

**Tableau XXI** : Classification de la fréquence de la pratique des gestes à la phase de l'examen du canal génital.

Classification	Gestes		Usage du faisceau lumineux		Recherche de déchirure vaginale		Recherche de déchirure périnéale		Réparer toute déchirure OU épisio		Toilette vulvo périnéale		Mise en place de tissu propre sur le périnée	
	n	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geste non fait	195	88,2	43	19,5	37	16,7	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0
Geste non maîtrisé	20	9,1	53	24	94	42,5	2	0,9	36	16,3	2	0,9	2	0,9
Geste maîtrisé	6	2,7	125	56,5	90	40,7	219	99,1	185	82,8	219	99,1	219	99,1
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

**Tableau XXII** : Maîtrise des gestes de l'étape de l'examen du canal génital, et qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	0	0,0	174	78,7	<b>Pratique incorrecte ou non faite</b>
Un	82	37,1			
Deux	22	9,9			
Trois	40	18,1			
Quatre	30	13,6			
Cinq	36	16,3	47	21,3	<b>Pratique correcte</b>
Six	11	5,0			
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>			

**NB** : Notre chiffre 21,3% de pratique correcte de l'examen du canal génital est inférieur à la norme nationale.

## 2.6. Cinquième étape : Clôture

**TABLEAU XXIII** : Classification de la fréquence de la pratique des gestes à la phase de clôture.

Classification	Retrait des draps souillés		Evaluation de la perte sanguine		Examens du placenta		Conditionnement des linges		Décontamination des instruments		Usage de la boîte de sécurité		Ote des gants de leur décontamination		Lavage hygiénique des mains		Documentation des résultats	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Geste non fait	1	0,5	188	85,1	100	45,2	2	0,9	105	47,5	93	42,1	8	3,6	1	0,5	0	0,0
Geste non maîtrisé	1	0,5	12	5,4	93	42,1	4	1,8	64	29,0	86	38,9	154	69,7	179	80,9	0	0,0
Geste parfaitement maîtrisé	219	99,0	21	9,5	28	12,7	215	97,3	52	23,5	42	19,0	59	26,7	41	18,6	221	100,0
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIV:** Maîtrise des gestes de l'étape de la clôture, et qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	0	0,0	182	77,8	<b>Pratique incorrecte ou non faite</b>
Un	0	0,0			
Deux	6	2,7			
Trois	37	16,7			
Quatre	42	19,0			
Cinq	49	22,2			
Six	38	17,2			
Sept	34	15,4	49	22,2	<b>Pratique correcte</b>
Huit	11	5,0			
Neuf	4	1,8			
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100</b>			

**NB :** ce chiffre 22,2% de pratique correcte est inférieur à la norme nationale 80%.



**Tableau XXV** : Tableau récapitulatif de la pratique de la GATPA

---

<b>Etapes</b>	<b>Pratique correcte</b>	<b>Pratique incorrecte</b>
<b>Préparation</b>	Oui	Non
<b>Délivrance</b>	Non	Oui
<b>Examen du canal</b>	Non	Oui
<b>Massage</b>	Non	Oui
<b>Clôture</b>	Non	Oui
<b>Total</b>	<b>1/5</b>	<b>4/5</b>

---

## **VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **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 notre 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 et de sélection.

L'obtention du consentement éclairé des parturientes et des agents accoucheurs dénote de notre souci constant du respect de l'éthique tout au long de l'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 221 parturientes et 37 agents en charge des accouchements assistés.

L'étude a révélé que la pratique de la GATPA est systématique dans les maternités des cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la Commune V du District de Bamako.

Sur les 5 étapes de la pratique de la GATPA, seulement une seule étape (la préparation 90,95%) était correctement pratiquée conformément aux normes nationales. ***Norme nationale = 80% de bonne pratique.***

Parmi les 221 parturientes il y a eu : 43 (19,5 %) pour ASACOTOQUA, 40 (18,1%) pour ASACOSAB III, 50 (22,6 %) pour ASCOMBADJI ,42 (19,0%) pour ASACOKAL, 46 (20,8 %) pour ASACOGA.

Parmi les 37 agents interrogés, 13 (35 %) avaient reçu une formation en GATPA et les autres 24 (65 %) n'avaient pas reçu une 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 78%.

L'âge moyen de nos parturientes était de 27 ans avec des extrêmes allant de 17 à 36 ans.

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

Dans notre étude 97% de 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 57,5%.

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

Les parturientes analphabètes ont représenté 64,2% de l'échantillon.

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

Dans notre série, 90,0% 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.

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

##### **4.1. Les étapes de la GATPA :**

**Etape de la préparation de la femme :** Dans l'étape de la préparation de la femme, la pratique de la GATPA était correcte dans 90,95 %. C'est la seule étape qui avait un score de pratique correcte, supérieure à la norme nationale qui est 80%. Une étude Sénégalaise sur la situation GATPA et SENN en 2006 avec les prestataires tous formés à ce sujet [24], trouve une pratique correcte à cette étape à 56%.

- **Etape de la délivrance du placenta :** Pour l'étape de la délivrance du placenta la pratique de la GATPA était correcte dans 17,65%. Une enquête nationale faite au Benin en 2006 sur la pratique de la GATPA [25] a trouvé 62,2% de pratique correcte dans les sites pilotes. L'étude sénégalaise rapporte 83% par les prestataires formés en GATPA.

- **Etape de l'examen du canal génital :** A l'examen du canal génital, la pratique était correcte dans 21,3%.

- **Etape du massage utérin :** elle était correcte seulement dans 18,10% des cas dans notre série contre 34,8% dans l'étude Béninoise et 66% dans l'étude sénégalaise. Cependant ce chiffre de 18,10% est loin de la norme nationale. Ce qui signifie que les prochaines formations devraient être axées sur les quatre dernières étapes (délivrance, massage utérin et examen du canal génital, clôture).

- **Etape de la clôture :** elle était correctement faite seulement à 22,2%.

Ces insuffisances dans la pratique de la GATPA dans notre série pourraient s'expliquer par l'absence de rigueur dans l'application des gestes enseignés

pendant la formation mais aussi souvent même par le pourcentage élevé d'agents non formés en GATPA dans nos CSComs d'étude.

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

Dans notre étude 65 % d'agents en charge des accouchements assistés

N'avaient pas reçu une formation en GATPA par le fait qu'il n'y a pas eu de formation élargie aux CSComs depuis plusieurs années d'une part, les agents nouvellement recrutés et affectés au niveau de ces CSComs n'ont pas bénéficié de formation en GATPA d'autre part.

L'enquête nationale du Bénin [25] rapporte 62,2% de personnels formés en GATPA dans les sites pilotes.

## **VII- CONCLUSION**

La pratique de la GATPA est systématique dans la salle d'accouchement des CSComs d'étude.

Cependant la qualité de la pratique de la GATPA reste insuffisante en salles d'accouchement puisque parmi les cinq étapes évaluées, seulement celle de la préparation 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- SUGGESTIONS**

Au terme de cette étude nous proposons les suggestions suivantes en attendant leur validation.

### **A la population :**

- Accoucher dans les centres de santé

### **Au personnel des Centres de santé Communautaires de la Commune V:**

- Respecter les étapes de la pratique de la GATPA en salle de travail.
- Renforcer les supervisions formatives internes sur la GATPA

### **Au Centre de Santé de Référence de la Commune V :**

- Elargir les sessions de formation en GATPA à l'intention de tous les agents des CSComs de la commune V ;
- Renforcer les supervisions formatives axées sur la pratique de la GATPA dans tous les CSComs de la CV.

### **Aux Ministères 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-World Health Organization (WHO). 1993.** Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Resultats of field surverys and stimulation studies on ergometrine, methylergometrine, and 27- World Health Organization (WHO). 2004. Maternal Mortality in 2000 Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: WHO. Oxytocin.WHO Geneva.

**2-Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale pour l’Afrique (OMS/AFRO).2004.** Feuille de route : L’Union africaine s’engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique no 2. Brazzaville: OMS/AFRO.

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

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

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

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

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

**8-Festin, M. R., P. Lumbiganon, J. Tolosa, K. Finney, K. Ba-Thike, T. Chipato et al. 2003.** International Survey on Variations in Practice of the Management of



the Third. Stage of Labour. Bulletin of the World Health Organization 81: 286–291.

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

**10-Ministère de l'économique et de la santé du Mali ;** Direction nationale de la statistique et de l'informatique (D N S I) .Enquête Démographique 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-MC Donald S, W Prendiville and D Elbourne 2000.** Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review), in the Cochrane Library. Issue 4. Update Software: Oxford.

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

**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 et al.1998.** Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 77:178-181.

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

**20-Khan GQ et al.** Controlled cord traction versus minimal intervention technique in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. Am J Obst et Gynecol 177(4):770-774.

**21-MC Donald et al.1993.** Randomized controlled trial of oxytocin alone versus oxytocin and ergometrie in active management of third stage of labor. BMJ 307 (96913): 1167-1171.

**22-Bullough Ch, RS Msuku and I Karonde.1989 Bullough ch, Rs Msuku and Early suckling and post-partum haemorrhage:** controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 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 Bamako.

**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.**

## X- ANNEXES :

CARACTERISTIQUES LIEES À LA STRUCTURE ET AU PERSONNEL	
<b>Premier niveau de contact</b> ASACODA=1, ADASCO=2, ASACOSAB1=3, ASACOSAB2=4, ASACOSAB3=5, ASACOGA=6, ASACOKAL=7, ASCODA=8, ASCOMBACODJI=9, ASACOTOQUA=10	/ / /
<b>Deuxième niveau de contact</b> CS Réf	/ /
<b>Troisième niveau de contact</b> CHU GT=1, CHU PG=2, CHU Kati=3, Luxembourg=4, Autres=5 (à préciser)	/ /
<b>Qualification de l'agent</b> Gynécologue obstétricien=1, Sage femme 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 ENTRETEVUE POUR LES PARTURIENTES

<b>REFERENCES DE L'ENQUÊTEUR</b>	
N° du Centre :	/ /
Nom et Prénom de l'enquêteur : .....	
Date de l'enquête : .....	
<b>IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEE</b>	
N° d'Ordre :	/ / /
N° du Dossier :	/ / /
<b>CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES</b>	
Age :	/ /
Ethnie :	/
Bambara=1 ; Malinké=2 ; Peulhs=3 ; Sarakolés=4 ; Dogons=5 ; Sonrhai=6 ; Baw=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 XXV** : 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			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 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>				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.				10
<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 clamber 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.				11
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 interrompt 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.



## FICHE SIGNALÉTIQUE

### Localisation de la thèse.

Nom : KEITA

Prénom : ABDOULAYE MASSAMA.

**Titre de la thèse :** Etude de la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans cinq CSCOM : ASACOTOQUA, ASACOSAB III, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA de la commune V du district de Bamako en 2011.

**Année universitaire :** 2011-2012

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt de la thèse :** Bibliothèque de la FMPOS de l'Université de Bamako.

### Résumé de la thèse :

C'est pour contribuer à l'amélioration de la qualité de la pratique de la GATPA et la prévention de la survenue des hémorragies du post-partum que nous avons réalisé dans les salles d'accouchements de cinq CSComs (ASACOTOQUA, ASACOSABIII, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ASACOGA) de la commune V du District de Bamako une étude transversale, descriptive a visé évaluative sur 221 parturientes et 37 d'agents en charge des accouchements assistés

Parmi ces agents accoucheurs enquêtés 24 (65%) n'avaient pas fait la formation en GATPA.

Le nombre de gestes requis pour la pratique correcte de la GATPA pour, une parturiente a été estimée à 34 répartis en 5 étapes .Parmi ces 5 étapes, seul l'étape de la préparation de la femme était correctement faite avec un score supérieur a la norme (80%). Les scores de la pratique correcte des 4 autres étapes étaient insuffisants : délivrance (17,65%), massage utérin (18,10%), examen du canal génital (21,3%), clôture (22 ,2%), sont de loin proches de la norme nationale.

**Mots clés :** Préparation, GATPA, délivrance, massage utérin, examen du canal génital.