

 **MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEURE ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2012 - 2013

N°...../

TITRE

**ETUDE DE LA PRATIQUE DE LA GESTION ACTIVE DE
LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT
(GATPA) AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ...29 /05./ 2013 àH,
à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

M. OUMAR KONATE

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

Jury

Président: Pr. Mamadou TRAORE

Membre : Dr. Ibrahima TEKETE

Co-Directeur: Dr. Soumana Oumar TRAORE

Directeur de Thèse : Pr. Issa DIARRA

DEDICACES

DEDICACES :

Au Prophète Mohamed (Paix et salut à son âme)

Le sceau des prophètes, l’iman des prophètes, que la paix et le salut de Dieu soit sur lui, sa famille et ses compagnons.

A mon père Siaka KONATE :

Vous faites partie de ces êtres exceptionnels que Dieu a dotés d’une foi sans faille, d’une bonté infinie et d’une extrême sagesse.

Ce travail, je vous le dédie entièrement. Il est votre œuvre. C’est le fruit de vos privations, de vos longues nuits de prière, et de votre soutien. Je vous rappelle de votre annonce de l’année 1988, le lendemain du Décès de ma maman (s’il y avait un docteur dans le village, ce décès pouvait peut être évité à cette date), je faisais encore la première année fondamentale mais j’avais décidé ce jour ci d’être médecin. C’est grâce à vous si ce rêve est aujourd’hui devenu une réalité. Vous avez toujours cru en moi. Tout au long de ces années, vous m’avez toujours soutenu, me relevant à chaque fois que je trébuchais sur un obstacle. Qu’Allah le Tout Puissant vous comble de ses bienfaits.

A ma mère FEUE Salimata Dombia :

Vous vous étiez sacrifiée à part entière pour sauver ma vie, c’est l’occasion pour moi, une fois de plus de prier pour vous. Que votre âme repose en paix !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

A Allah seigneur des univers

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

A ma tante Fatoumata Doumbia :

Pas un seul jour je ne me suis senti orphelin.

Il est de coutume de dire que derrière un grand homme se trouve une grande dame, l'on devrait aussi ajouter que derrière tout grand enfant se trouve une brave mère. Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, vous m'avez toujours incité à travailler, à bien travailler. J'espère suivre vos pas.

Etre un homme pieux et fort de caractère. Merci pour la mère formidable et compréhensive que vous êtes. Qu'Allah vous bénisse.

A mes oncles Zoumana, Bréhima Doumbia et leurs femmes : Hawa Bamba, Kadiatou et Adiaratou Konaté.

Vous avez su remplacer cette chaleur familiale durant toutes ces années. Je ne pourrai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Qu'Allah le Tout Puissant vous comble de ces bienfaits.

Aux familles : Feu Samou Doumbia à Foulalaba (Bougouni), Seydou Coulibaby à Manankoro (Bougouni), Amadou Doumbia à Soromba (Bougouni), Mamadou Konaté à Bamako, Drissa Konaté à Bamako, Abou Konaté à Bamako, Siaka Doumbia à Bamako, Drissa koné à Garantiguibougou...

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens de tout genre. Votre contribution à mon éducation à fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Soyez assurer de mon attachement familial.

A mes frères : Karim, Adama, Seydou, Aboudou, Younoussa et Birama.

Vous avez toujours été présents dans la joie ou dans la peine. Merci pour vos encouragements pour votre soutien et votre affection. Vous êtes formidables les garçons.

A mes petites sœurs :

Feue Djénébou :

J'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui parmi nous pour témoigner ce jour, mais Dieu a décidé autrement. C'est l'occasion pour moi, une fois de plus de prier pour toi. Que t'on âme repose en paix !

Biba et N'tiédia :

Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci de m'avoir toujours poussé à la réussite. Merci pour votre soutien et votre complicité.

A mes grands-parents : Feu Tièdiè Konaté, Sékou Konaté et feu Bakary Dombia, feue Malo Koné et Fanta Koné.

Ce travail est le fruit de votre amour et de vos sacrifices. Que vos âmes reposent en paix !

- A ma fiancée : Dounamba Konaté

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse, bref je suis fier de t'avoir comme épouse. Je reste sans voix devant la grandeur de son âme, ta disponibilité, de ton soutien sans faille.

Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance. Qu'Allah te bénisse. Amen !

A mes cousins et cousines :

Plus particulièrement **Adama D. Traoré**

Vous n'avez ménagé aucun effort, ni votre temps, pour l'unité de la femme. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils. Recevez ici toute ma gratitude.

A mes amis et compagnons de tous les jours

Mr Mamourou Bamba, Dr (Issa Goita, Balla Traoré, Youssouf Keita, namory w Camara, Hamala Touré, Femory Togola, Yocouba Coulibaly) Mr Alpha Koné, Mr Lassina Konaté.

A tous les DES et les internes du CSRéf CV et particulièrement à mon équipe

de garde Bah Diallo Dite Takary, Makandian Kamissoko, Soumaila Diabaté, Bintou Camara, Allassane Diakité, Michel Sossa, Oumar Mallé, Siaka Koroma, Mamadou Doumbia sans oublier Aly B 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, Dr KAMISSOKO Hawa, Hamidou ALBACHAR, Hamady SISSOKO, Coulibaly, Badian Dembélé, Sidy Bouaré, Seydou Diabaté, Mamadou Traoré, Mariam Dolo, Soumaila Diallo, Amir Maiga, Florent Diarra, Youssouf Diakité, Issa Sy, Gabriel Sangaré sans oublier Dr Adama Dembélé à l'URFOSAME.

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans 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.

A tout le personnel de L'ASACOSEKASI (Centre de Santé Communautaire de Sébénikoro et Kalabanbougou) et du cabinet Diakité de Sébénikoro.

Merci pour le soutien matériel et moral et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

**A tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université
au Mali.**

Pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te
servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie.

**A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant
donner la vie.**

**A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de
l'accouchement.**

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

**A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans
l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur 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 l'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, 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 MAITRE 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!

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

**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.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos profondes reconnaissances.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

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.

SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

Accht : Accouchement

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruits Du Cœur Foetal

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

POPHI : l'Initiative sur la Prévention de l'Hémorragie du Post-partum

UI : Unité internationale

USAID : Agence des États-Unis pour le Développement International

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION -----	1
II-PROBLEMATIQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE AU MALI-----	5
III-OBJECTIFS-----	9
IV-GENERALITES -----	10
V-METHODOLOGIE-----	30
VI-RESULTATS -----	44
VII-COMMENTAIRES & DISCUSSION-----	61
VIII-CONCLUSION-----	65
IX-SUGGESTIONS -----	66
X-REFERENCES -----	67
XI-ANNEXES-----	71

INTRODUCTION

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

Malgré l'efficacité de la GATPA, les preuves de son utilisation demeurent encore rares.

L'évaluation de certains projets faisant la promotion de cette pratique tend le plus souvent à se limiter seulement aux nombres de prestataires formés et au pourcentage de prestataires ayant atteint le niveau de performance acceptable après formation. En dehors des informations anecdotiques, l'utilisation de cette pratique est quelque peu mieux décrite dans le rapport de la recherche publié par le Global Network for Périnatal and Reproductive Health [Réseau mondial de la santé périnatale et reproductive] [8]. En effet, les données issues de l'étude de 15 structures universitaires obstétricales de référence en pays développés et en pays en développement indiquent une nette variation de l'utilisation de la pratique de la GATPA tant au sein d'une même structure hospitalière qu'entre structures hospitalières. Dans l'ensemble, seulement 25% des accouchements observés ont comporté la pratique de la GATPA. Cette étude a aussi révélé que les trois composantes de la technique n'ont été appliquées de façon consistante que dans seulement un hôpital (Dublin) [8]. Par ailleurs, il a été noté de grandes variations au niveau de l'utilisation de ses diverses composantes. Par exemple, l'utilisation prophylactique d'ocytocine a varié de 0% à 100% ; la pratique de la traction contrôlée du cordon a varié de 13% à 100% et enfin le nombre de femmes ayant reçu des doses supplémentaires d'ocytocine pendant la troisième période de l'accouchement a varié de 5% à 100%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation correcte de la GATPA est encore faible. De même, dans les endroits où elle est pratiquée, la définition varie non seulement au sein d'un même pays mais aussi entre pays [9].

II-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 à 536.000 morts maternelles dans le monde en 2005 ; la part des pays en développement s'élevait à 99% (533.000 décès)

[1]. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud ont donc représenté à elles deux 86% de l'ensemble des décès maternels dans le monde en 2005 [1]. Les pays africains restent les plus concernés avec un risque cent fois plus élevé que dans les pays développés. Mille six cent femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou l'accouchement soit un décès par minute. Parallèlement 50 millions de femmes souffrent de complications liées à la maternité.

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

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

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

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

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

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

La GATPA est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPPI en évitant l'atonie utérine dans le cadre de la gestion active de la troisième période de l'accouchement [11].

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

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

- La pratique de la GATPA est-elle effective à la maternité du District sanitaire de la Commune V ?
- Quelles sont les facteurs qui expliqueraient la non effectivité de la pratique de la GATPA dans le 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 la salle d'accouchement du centre de santé de référence 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 du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

III-OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune 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 la l'accouchement dans la salle d'accouchement.
- Evaluer la pratique de la GATPA en salle d'accouchement du centre de santé de référence de commune V du district de Bamako.
- Rapporter le profil et la qualification des agents de santé qui pratique la GATPA.
- Formuler des suggestions en vue d'améliorer la qualité de la pratique de la GATPA en salle d'accouchement.

IV-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 grvide ; 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 amplié par la présentation. Cette ampliation réalise le saccule de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

Les différentes dimensions sont :

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

1.3-Le col :

Au cours de la grossesse, le col se ramollit, se porte en haut et en arrière. Il est cylindrique et mesure 2,5cm de haut et de large. Pendant le travail, les contractions utérines entraînent un effacement et une dilatation, il se confond alors au segment inférieur pour constituer le canal utero-segmento-vaginal. Chez la primipare, l'effacement se fait avant la dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes se déroulent simultanément.

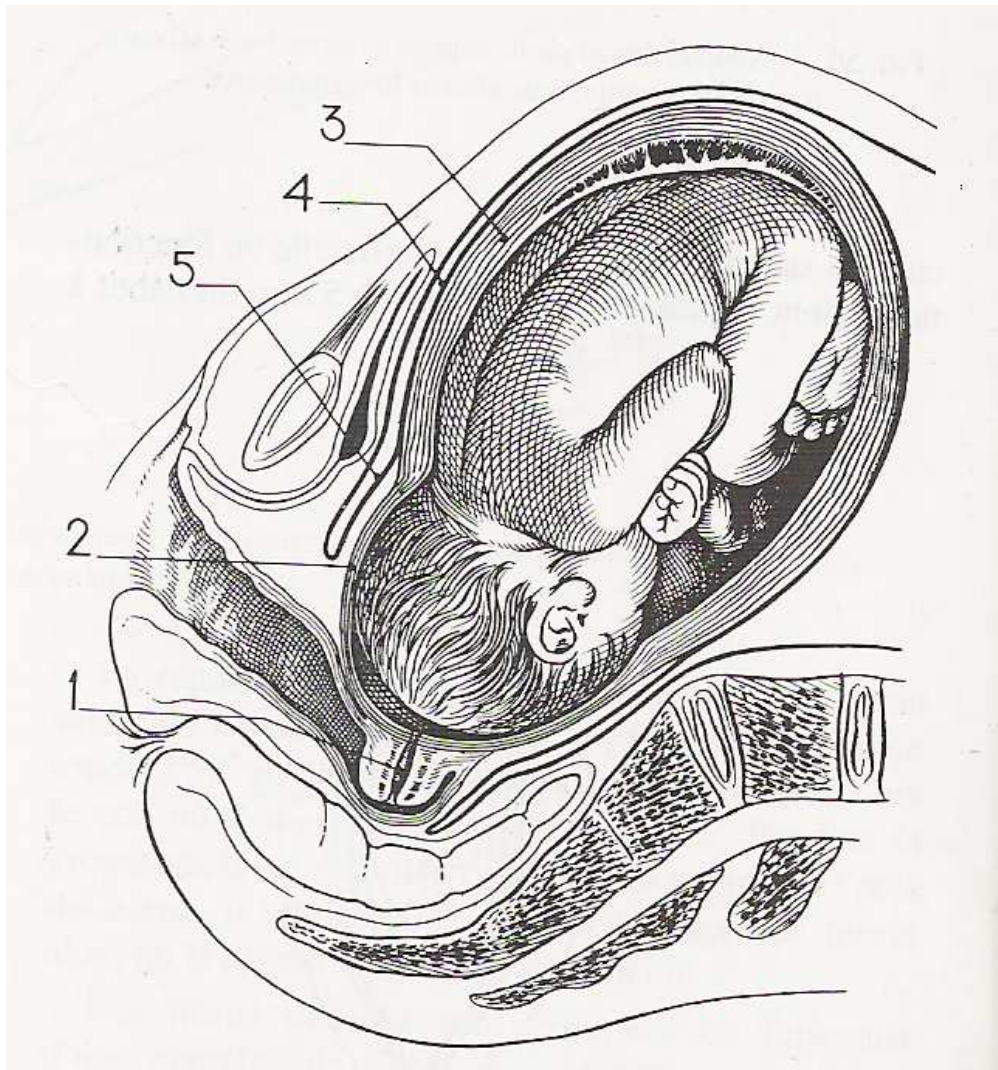


Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide. In Merger

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

1.4-Structure de l'utérus gravide : [12]

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

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

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

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

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

1.4.3-La muqueuse : Elle se transforme en caduque ou déciduale qui s'individualise en trois couches qui sont :

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

Les deux derniers s'accolent en fin de grossesse.

1.5-La vascularisation :

Les artères sont des branches de l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique. Elles sont flexueuses anastomosées entre elles de chaque côté. Dans l'épaisseur du corps utérin, elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

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

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

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

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

2-PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE : [12]

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

2.1-Les différentes étapes sont :

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

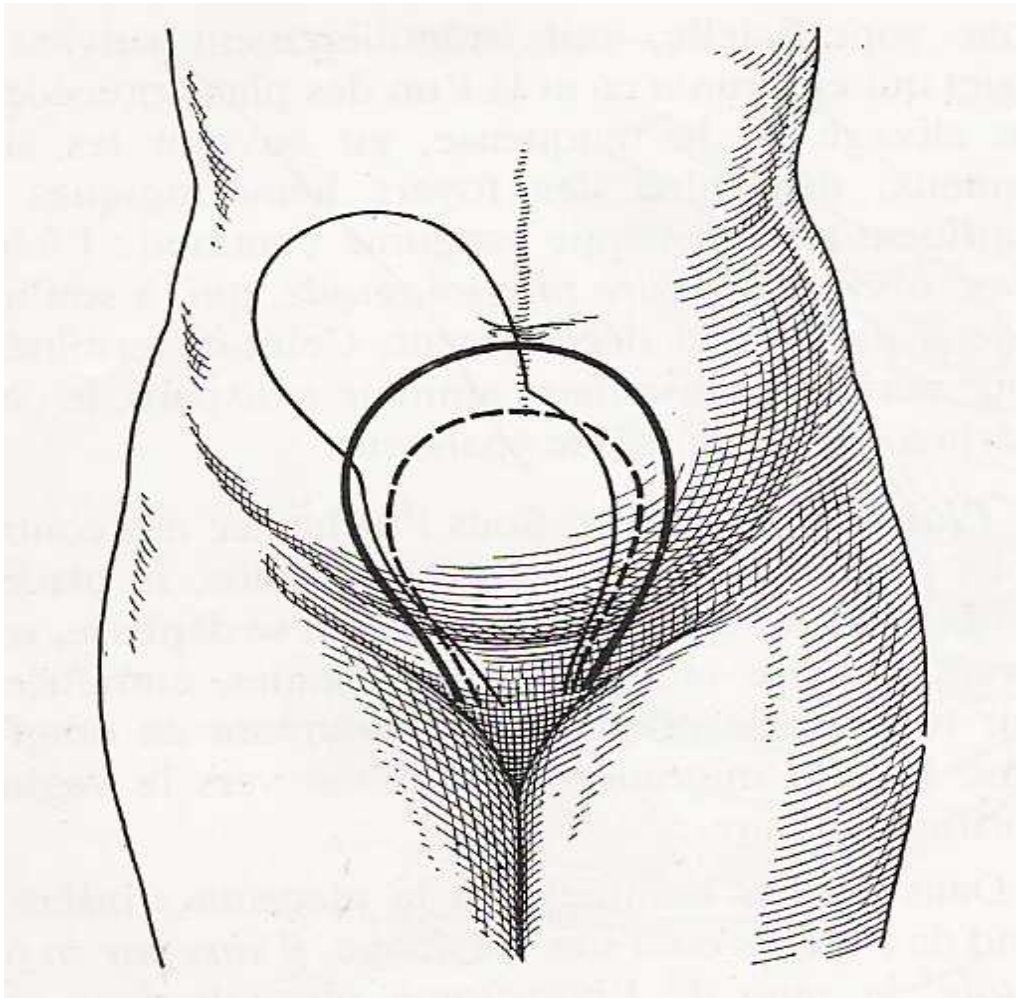


Figure 2 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance in MERGER.

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

2.2-Examen du placenta :

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

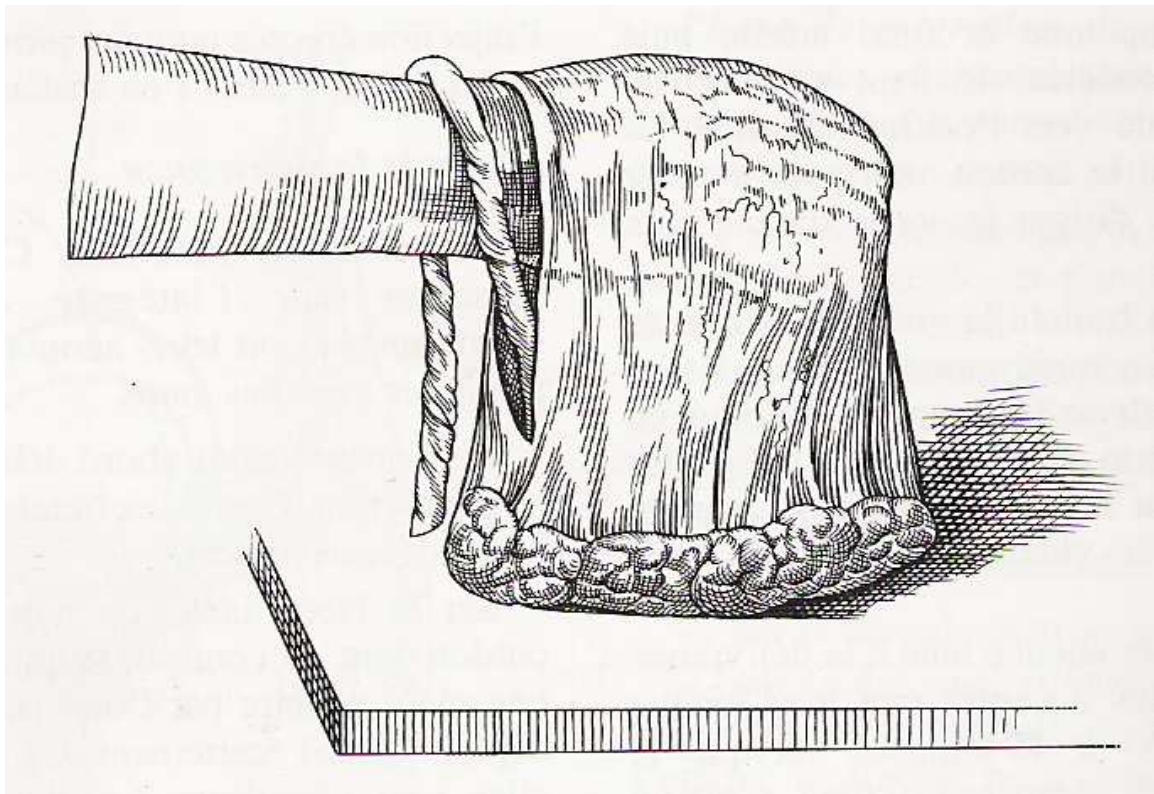


Figure 3 : Examen du placenta et des membranes. In Marger.

3-DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE DELIVRANCE :

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

- décollement placentaire
- expulsion du placenta
- hémostase

C'est l'expectative qui peut durer 45 min

3.2-Délivrance dirigée : C'est l'injection d'ocytociques après la sortie de l'épaule dans les présentations de sommet qui vise à raccourcir la période de la délivrance dans le but de limiter les pertes sanguines. Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10 unités dans 500cc de sérum glucosé à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire [13].

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

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement permet une rapide délivrance du placenta, une 3^{ème} 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^{ème} 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 clef 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, Méthylergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.

Tableau I : Eléments comparatifs des utéro toniques [17]

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

Tableau II : Contre-indications des utéro toniques [2]

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

Tableau III : Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux : résultats [18, 19, 20, 21, 14, 1]

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

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

Tableau IV : Effets secondaires des ocytocines

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

3.3.2-La traction contrôlée sur le cordon :

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

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

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

3.3.3-Massage utérin :

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

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

3.3.4-Vérification du saignement vaginal

4 –FACTEURS DE RISQUE DE L’HPP : [17, 13]

Tableau V : Facteurs de risque d’HPP

	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 -foetus mort <i>in utero</i> -infection grave -détachement placentaire -embolie 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 vulves : pas de lésions des parties molles.

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

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

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

7-Mesures thérapeutiques : [23]

7.1-Mesures préventifs :

Passent par:

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

7.2-Mesures d'urgence :

7.2.1-Mesures d'ordre général :

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

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

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

Organisation : Le facteur principal dans la morbidité et la mortalité maternelle associée à l'hémorragie sévère est un retard dans l'institution d'un traitement approprié. La première priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale est :

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

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

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

Restauration d'un volume sanguin circulant :

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

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

7.2.2.-Prise en charge pharmacologique :

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

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

✓ Propriétés pharmacologiques :

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

✓ Utilisation thérapeutique :

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

Voies d'administration et posologie :

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

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

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

✓ **Effets secondaires :**

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

Comme autres médicaments utéro tonique ont peut citer :

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

V-METHODOLOGIE :

1-Cadre d'Etude :

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

1.1- Organisation structurale :

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

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

- Une unité de planification familiale,
- Une unité de consultations prénatales,
- Une unité de programme élargi de vaccination (PEV),
- Une salle d'accouchement.
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat
- Une unité de suites de couches et grossesses à risque,
- Une unité de néonatalogie,
- Une unité d'urgences gynéco obstétricales,
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération et une salle de réveil,
- Une unité d'hospitalisation des patientes opérées, composée de cinq salles,
- Une unité de consultations pour les grossesses à risque.

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

1.2-Le personnel :

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

- Un Professeur Agrégé de gynécologie obstétrique, chef du service et Médecin Chef du Centre de Santé de Référence.
- Cinq gynécologues obstétriciens ;
- Des étudiants en formation pour le diplôme d'études spécialisées (DES),
- Des étudiants en année de thèse (interne),
- Des sages femmes,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des assistants médicaux,
- Des aides de bloc opératoire,
- Des manœuvres,
- Des chauffeurs d'ambulance,
- Des secrétaires de bureau,
- Des opérateurs de saisie

1.3-Fonctionnement du service de gynécologie obstétrique:

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

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré les vendredis.

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

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

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions chirurgicales programmées. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt et quatre heures sur vingt et quatre.

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

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

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

2-Méthode d'étude :

2.1-Type d'étude :

Notre étude est transversale et descriptive à visée évaluative.

2.2-Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 15 Juillet 2011 au 14 Octobre 2011 soit 3mois.

2.3-Population d'étude :

➤ Cibles primaires :

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

➤ Cibles secondaires :

Etaient représentées par les agents en charge des accouchements à la maternité du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V 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 les parturientes admises en période de travail à la maternité du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V et qui ont accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

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

➤ Taille de l'échantillon :

Pendant notre étude nous avons recruté 502 parturientes ayant accouché par voie basse en présence de l'enquêteur.

Nous avons interrogé 42 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	
PREPARATION DE LA FEMME				
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
DELIVRANCE DU PLACENTA				
1. Administrer l'oxytocine <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. 				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				8

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.					
5. Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une contraction utérine (2 à 3 minutes).				9	
6. Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, vers le bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut. <ul style="list-style-type: none"> • 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"> - 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. - A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus pubienne 				10	
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
MASSAGE UTERIN					
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
EXAMEN DU CANAL GENITAL				
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
CLOTURE				
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 accouché par voie basse au centre de santé de référence 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 ledit centre 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 l'entrevue des parturientes en période de travail d'accouchement admises à la maternité du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V pour accouchement par voie basse, l'observation des parturientes et l'exploitation de leurs dossiers.

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

➤ Outils de collecte :

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

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

➤ Équipe de collecte :

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

➤ Pré test :

Les outils ont été pré testés à la maternité du centre de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO).

Au total, l'enquêteur a enquêté dix parturientes admises à la dite maternité (ADASCO) 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 JEA Mali.

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

➤ Déroulement de la collecte :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Difficultés liées à la collecte :

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

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 mou et favorisant une hémorragie du post-partum ;
- **Période du post-partum immédiat** : ici désigne la Période des 24 heures suivant l'accouchement ;
- **Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)**
 - **G**=Gestion ;
 - **A**=Active ;
 - **T**=Troisième ;
 - **P**=Période ;
 - **A**=Accouchement.

C'est un ensemble de procédures et d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines pour prévenir l'HPP, elle comprend 34 gestes essentiels que chaque accoucheur doit maîtriser.

- **Référée** : Toute patiente adressée par une structure sanitaire périphérique à une autre structure sanitaire supposée mieux équipée pour une meilleure prise en charge.
- **Non Référée** : Patiente venue d'elle-même au centre pour prise en charge.

- **Macrosomie foetale** : Poids foetal \geq 4000g
- **Sur distension utérine** : Hauteur utérine excessive >36 cm.
- **Facteurs de risque d'hémorragie** : état prédisposant à une hémorragie obstétricale pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement.
- **Hémorragie du post-partum immédiat par atonie utérine** : se définit comme toute perte sanguine survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement secondaire à un défaut de rétraction du muscle utérin et susceptible de causer une instabilité hémodynamique.
- **JEAI** : jeune équipe associée à l'IRD.
- **IRD** : Institut de recherche pour le développement.
- **Geste Non fait** : *quand un geste essentiel a été omis.*
- **Geste non maîtrisé** : *le geste n'a pas été pratiqué de façon conforme.*
- **Geste parfaitement maîtrisé** : *geste bien pratiqué de façon conforme.*
- **Pratique correcte de l'étape**: *bien pratiquée de façon conforme supérieure ou égale à 80%.*
- **Pratique incorrecte de l'étape** : *lorsque la norme de la pratique est inférieure à 80%.*

VI-RESULTATS :

Notre étude a porté sur 502 parturientes et 42 agents responsables des accouchements.

Les résultats sont présentés par objectif spécifique après une description de l'échantillon.

1. Description de l'échantillon

1.1. Caractéristiques des agents chargés des accouchements assistés

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

Catégories professionnelles	Effectif	Fréquence
Gynéco obstétricien et DES	8	19,0
Sage femme	20	47,6
Etudiant en année de thèse	11	26,2
Infirmière obstétricienne	3	7,1
Total	42	100,0

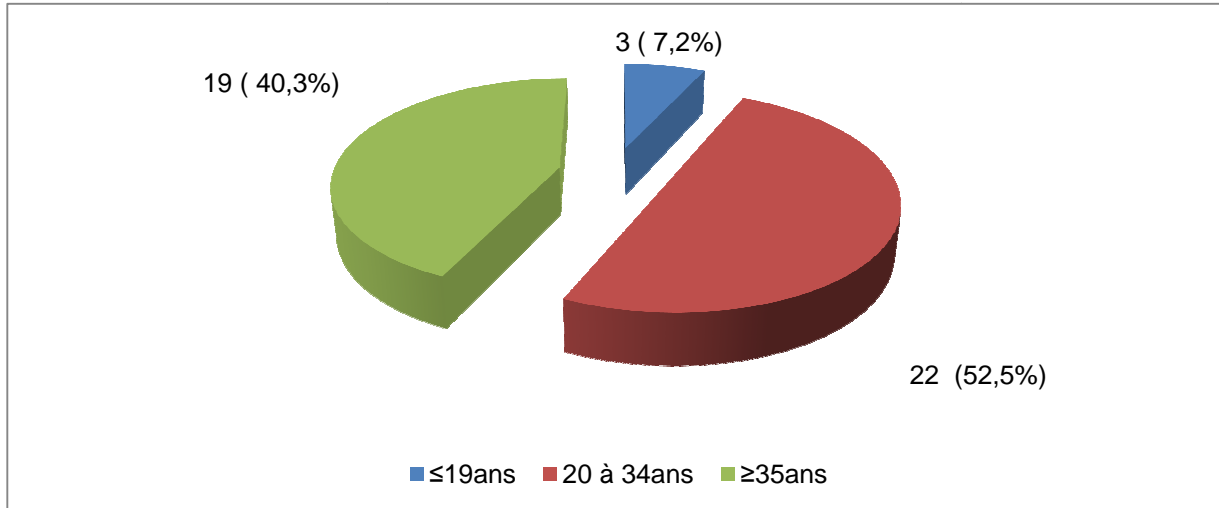


Figure 4 : Répartition des agents chargés des accouchements assistés en fonction des tranches d'âge

Age moyen des agents accoucheurs =33ans

Ages extrêmes =18 et 55ans

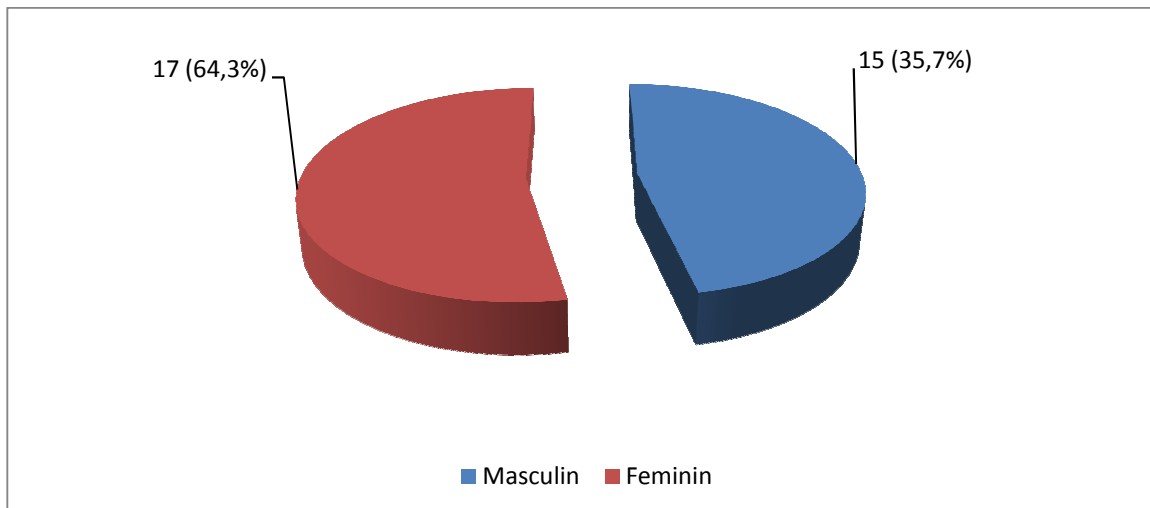


Figure 5 : Répartition des agents chargés des accouchements assistés en fonction du sexe.

Tableau VIII : Répartition d'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	24	57
5 à 9 ans	11	26
≥10 ans	7	17
Total	42	100,0

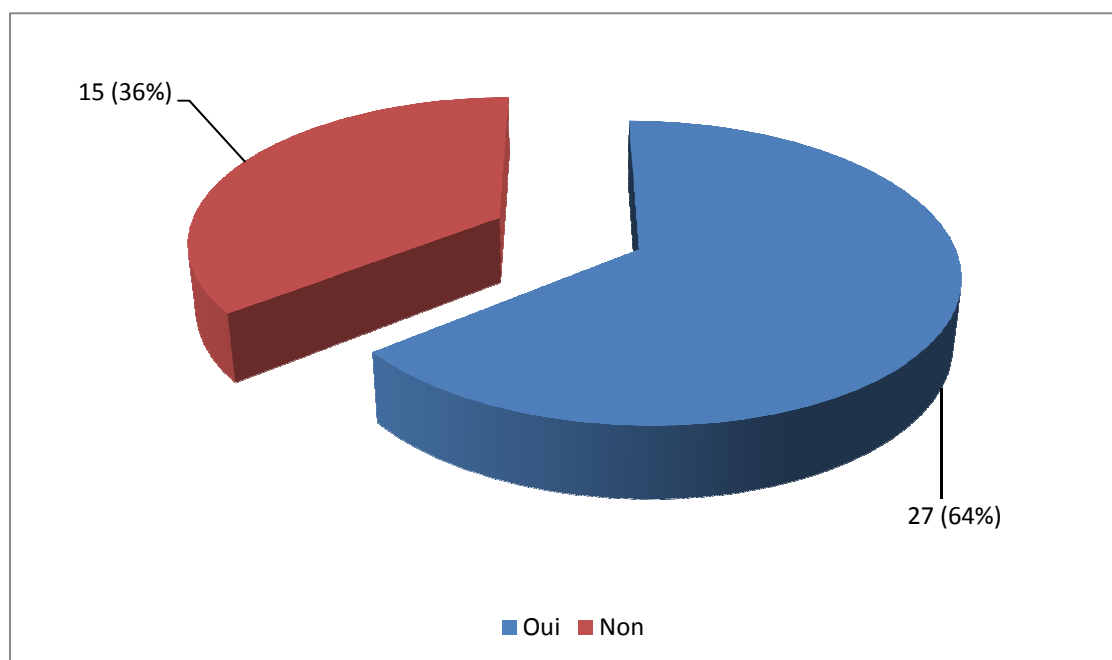


Figure 6 : Répartition en fonction des agents ayant reçu une formation en GATPA.

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

Année de formation	Effectif	Fréquence
2004	1	3,4
2005	2	6,9
2006	4	13,8
2008	4	13,8
2009	3	10,3
2010	5	17,2
2011	8	34,5
Total	27	100,0

NB : l'interrogatoire des agents accoucheurs n'a pas retrouvé un cas de formation en GATPA en 2007.

4.1.2. Caractéristiques des parturientes de l'étude :

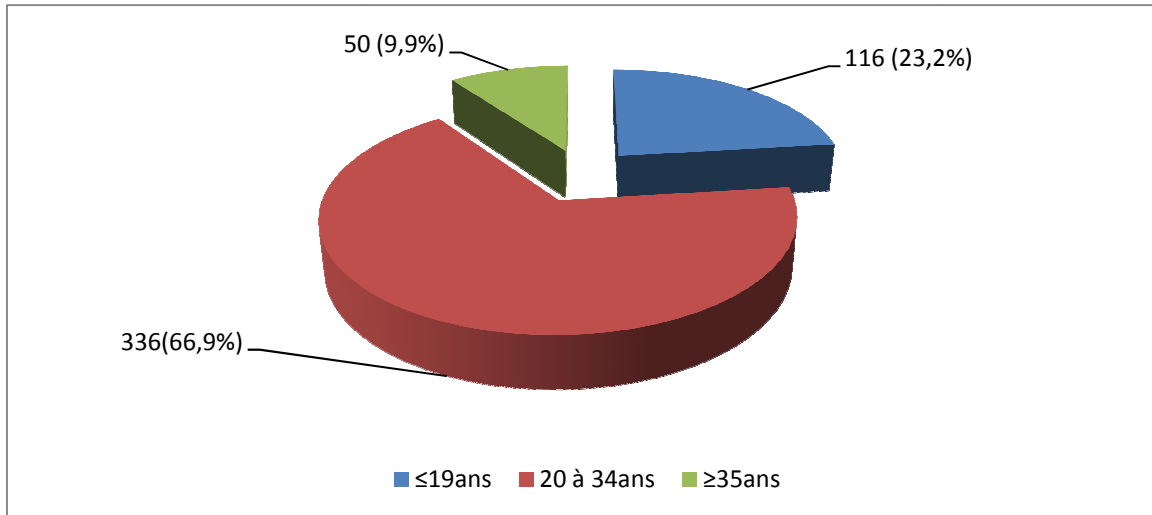


Figure 7 : Répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge.

Age moyenne des parturientes : 27ans

Age extrêmes des parturientes : 14 à 46ans

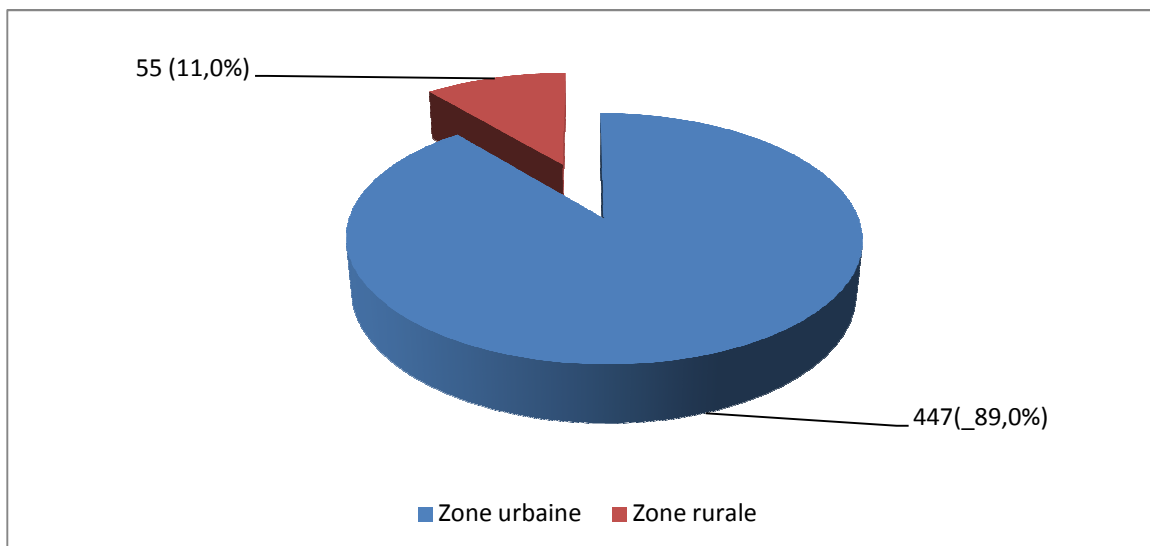


Figure 8 : Répartition des parturientes en fonction de la zone de provenance.

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence
Bambara	203	40,4
Malinké	68	13,5
Peulh	63	12,5
Soninké	61	12,2
Dogon	33	6,6
Sonrhäi	31	6,1
Boua	20	4,0
Senoufo	7	1,4
Bozo	5	1,0
Autres	11	2,2
Total	502	100,0

Les autres ethnies étaient composées de : Baoulés(3), Ouolof(5), mossi (3).

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Fréquence
Ménagère	347	69,0
Vendeuse	61	12,2
Artisans	13	2,6
Artistes	2	0,4
Elève/Etudiante	51	10,2
Enseignante	4	0,8
Secrétaire	20	4,0
Infirmière	4	0,8
Total	502	100,0

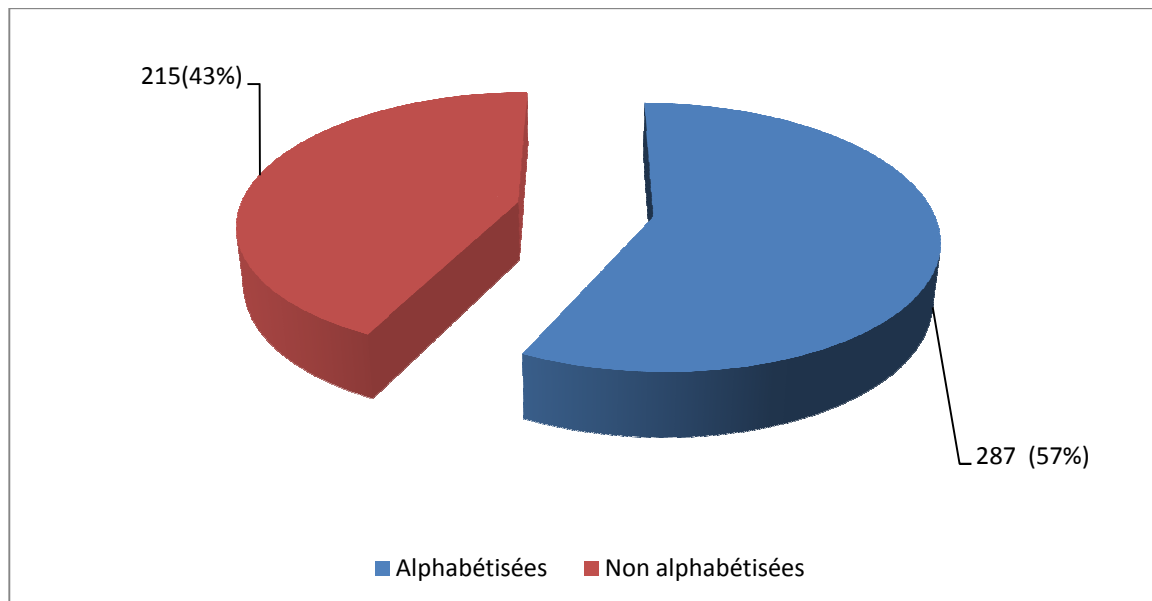


Figure 9 : Répartition des parturientes en fonction de la notion d'instruction.

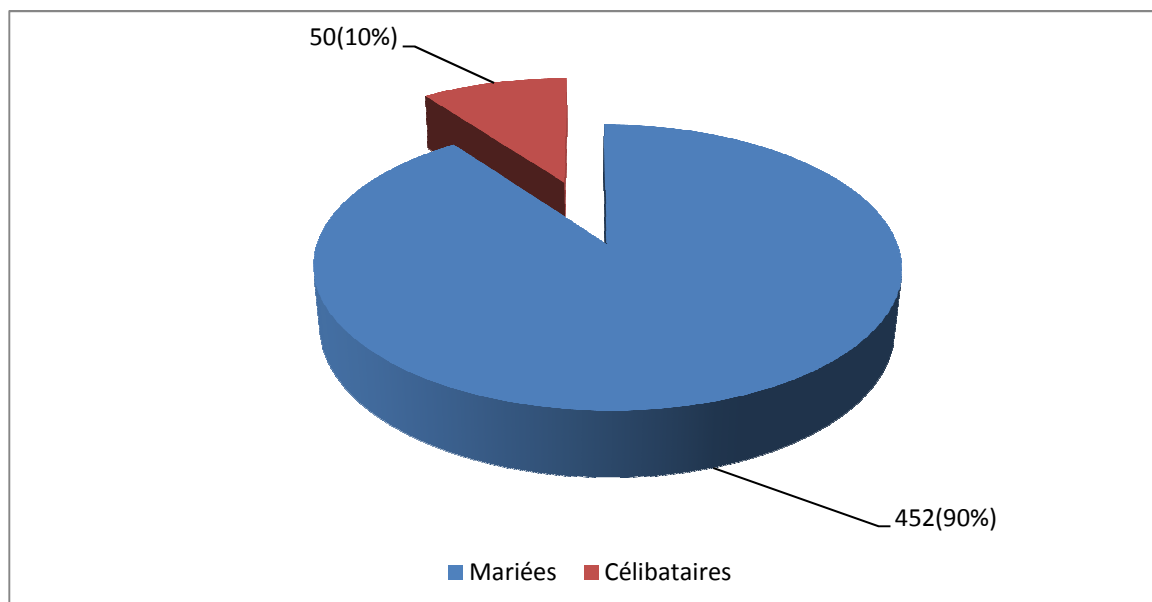


Figure 10 : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial

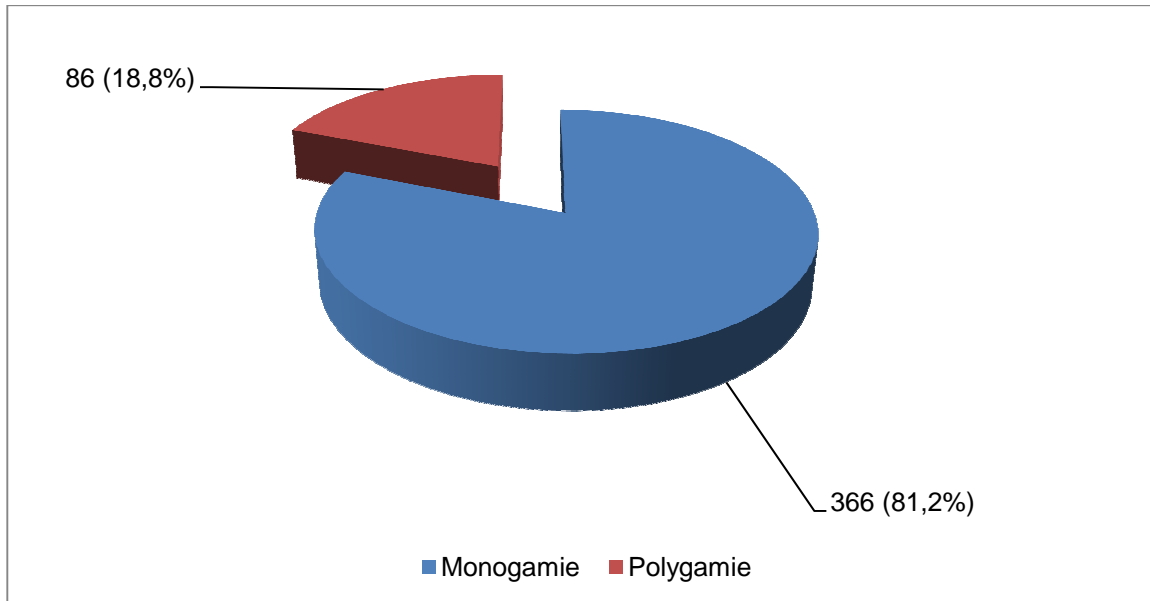


Figure 11 : Répartition des parturientes en fonction du régime matrimonial.

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 au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako.

2.2. Première étape: Préparation de la parturiente

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

Classification	Gestes		Information		Ecoute		Soutien psychologique		Pose de bassin hygiénique	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestes maîtrisés	340	67,7	252	50,2	319	63,5	436	86,9		
Gestes non maîtrisés	96	19,2	216	43,0	171	34,1	54	10,8		
Gestes non faits	66	13,1	34	6,8	12	2,4	12	2,4		
Total	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100

Tableau XIII : maîtrise des gestes de l'étape de préparation et la qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	Pratique incorrecte Ou non faite
Aucun	9	9,8	202	48,2	Pratique incorrecte Ou non faite
Un	87	17,3			
Deux	106	21,1			
Trois	152	30,3	300	59,8	Pratique correcte
Quatre	148	29,5			
Total	502	100			

NB : Ce chiffre de 59,8% de pratique correcte est inférieur à la norme nationale qui est de 80%.

2.3. Deuxième étape : Délivrance du placenta :

Tableau XIV : Répartition de la fréquence de la pratique des gestes à la phase de délivrance du placenta.

GESTES	Injection d'oxytocine		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	%
Gestes maîtrisés	350	69,7	416	82,9	395	78,7	296	59,0	312	62,2	248	49,5	401	79,9	414	82,5	466	93,0	281	56,1	459	91,4
Gestes non maîtrisés	148	29,5	75	14,9	85	16,9	190	37,8	175	34,9	249	49,1	83	16,5	73	14,5	28	5,5	215	42,9	36	7,2
Gestes non faits	4	0,8	11	2,2	22	4,4	16	3,2	15	3,0	7	1,4	18	3,6	15	3,0	8	1,5	6	1,2	7	1,4
Total	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100	502	100

Tableau XV maîtrise des gestes la de l'étape de la délivrance du placenta et la qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	0	0,0	230	45,8	Pratique incorrecte Ou non faite
Un	0	0,0			
Deux	2	0,4			
Trois	5	1,0			
Quatre	23	4,6			
Cinq	44	8,8			
Six	65	12,9			
Sept	91	18,1	272	54,2	Pratique correcte
Huit	94	18,7			
Neuf	89	17,7			
Dix	55	11,0			
Onze	34	6,8			
Total	502	100,0			

NB : Les 54,2% de pratique correcte de notre série est inférieur à la norme nationale.

2.4. Troisième étape : Massage utérin :

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

Gestes Classification	Massage utérin immédiat		Automassage par la femme		Massage utérin/15mn		Vérification continu du globe utérin	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestes maîtrisés	375	74,7	167	33,3	115	22,9	153	30,5
Gestes non maîtrisés	85	16,9	156	31,1	216	43,0	211	42,0
Gestes non faits	42	8,4	179	35,7	171	34,1	138	27,7
Total	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0

Tableau XVI : maîtrise des gestes de l'étape du massage utérin et qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	Pratique incorrecte ou non faite
Aucun	85	16,9	393	78,3	Pratique incorrecte ou non faite
Un	187	37,3			
Deux	121	24,1			
Trois	55	11,0	109	21,7	Pratique correcte
Quatre	54	10,8			
Total	502	100			

NB : Ce chiffre 21,7% 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 XVIII : Classification de la fréquence de la pratique des gestes à la phase de l'examen du canal génital.

Classification	Usage du faisceau lumineux		Recherche de déchirure vaginale		Recherche de déchirure périnéale		Réparer toute déchirure ou épisiotomie		Toilette vulvo périnéale		Mise en place de tissu propre sur le périnée	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestes maîtrisé	149	29,7	294	58,6	372	74,4	54	85,7	469	93,4	453	90,2
Gestes non maîtrisés	128	25,5	176	35,1	107	21,4	9	14,3	33	6,6	46	9,2
Gestes non faits	225	44,8	32	6,4	21	4,2	0	0,0	0	0,0	3	0,6
Total	502	100	502	100	502	100	63	100	502	100	502	100

Tableau XIX : maîtrise des gestes de l'étape de l'examen du canal génital et la qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	5	1,0	381	75,9	Pratique incorrecte ou non faite
Un	10	2,0			
Deux	98	19,5			
Trois	96	19,1			
Quatre	172	34,3			
Cinq	117	23,3	121	24,1	Pratique correcte
Six	4	0,8			
Total	502	100			

NB : Notre chiffre 24,1% de pratique correcte de l'examen du canal génital est inférieur à la norme nationale.

2.6. Cinquième étape : Clôture

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

Gestes 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	%
Gestes maitrisés	455	90,6	213	42,4	287	57,4	426	84,9	439	87,5	51	10,2	117	23,3	490	93,6	490	97,6
Gestes non maitrisés	45	9,0	208	41,4	199	39,8	69	13,7	60	12,0	345	68,7	330	65,7	31	6,2	10	2
Gestes non faits	2	0,4	81	16,1	14	2,8	7	1,4	3	0,6	106	21,1	55	11,0	1	0,2	2	0,4
Total	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0	502	100,0

Tableau XXI : maîtrise des gestes de l'étape de la clôture et la qualité de la pratique.

Gestes maîtrisés	E	%	Qualité de la pratique		
			E	%	
Aucun	0	0,0	21	4,1	Pratique incorrecte ou non faite
Un	0	0,0			
Deux	0	0,0			
Trois	0	0,0			
Quatre	8	1,6			
Cinq	0	0,0			
Six	13	2,6	481	95,9	Pratique correcte
Sept	30	6,0			
Huit	60	12,0			
Neuf	391	77,9			
Total	502	100			

NB : Notre chiffre de 95,9% de pratique correcte est bien supérieur à la norme nationale qui est de 80%.

Tableau XXII : récapitulatif de pratique de la GATPA

Les étapes	Pratique correcte	Pratique incorrecte
préparation	non	oui
Délivrance du placenta	non	oui
Massage utérin	non	oui
Examen du canal génital	non	oui
clôture	oui	non
Score oui sur non	1/5	4/5

VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Qualité, validité, limites de l'étude

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

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

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

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

2. Epidémiologie:

Notre étude a porté sur 502 parturientes et 42 agents en charge des accouchements assistés.

L'étude a révélé que la pratique de la GATPA est systématique en salle d'accouchement au Centre de Santé de Référence de la Commune V et que sur les 5 étapes de la pratique de la GATPA, seulement une seule étape (clôture)

était correctement pratiquée (95,9%) conformément aux normes nationales.

Norme nationale fixée à 80% de bonne pratique.

Parmi les 42 agents interrogés, 27 (64%) avaient reçu une formation en GATPA et les autres 15 (36%) n'avaient pas reçu de formation en GATPA.

3. Caractéristiques des parturientes :

3.1. L'âge des parturientes :

La tranche d'âges comprise entre 20 à 34 ans a été la plus représentée avec un taux de 65,1%.

L'âge moyen de nos parturientes était de 27 ans avec des extrêmes allant de 14 à 46 ans.

3.2. La zone de provenance des parturientes :

Dans notre étude 89,6% des parturientes provenaient d'une zone urbaine.

3.3. Catégories socioprofessionnelles des parturientes :

Les femmes de ménage ont été les plus représentées avec un taux de 69,1%.

3.4. Niveau d'instruction des parturientes :

Les parturientes non alphabétisées ont représenté 57,2% de l'échantillon.

Statut matrimonial des parturientes :

Dans notre série, 90% 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, la pratique de la GATPA était correcte dans 59,8% des cas. Une étude sénégalaise sur la situation GATPA et SENN en 2006 avec les prestataires tous formés à ce sujet [24], trouvait une pratique correcte de cette étape à 56%.

- **Etape de la délivrance du placenta :** pour l'étape de la délivrance, la pratique de la GATPA était correcte dans 54,2% des cas. Une enquête nationale faite au Benin en 2006 sur la pratique de la GATPA [25] avait trouvé 62,2% de pratique correcte dans les sites pilotes. Quant à l'étude sénégalaise, elle rapporte 83% de pratique correcte de la délivrance [24].

- **Etape du massage utérin :** elle était correcte seulement dans 21,7% des cas dans notre série contre 34,8% dans l'étude Béninoise et 66% dans l'étude sénégalaise. Cependant ce chiffre de 21,7% est loin inférieur à norme nationale.

- **Etape de l'examen du canal génital :** la pratique était correcte dans seulement 24,1% des cas.

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

Seulement l'étape de la clôture avait un score de pratique correcte de 95,9% pour une norme nationale de 80%.

5. Formation en GATPA :

Dans notre étude, 64% du personnel avaient reçu une formation en GATPA puisque chaque année au moins une formation en GATPA est organisée dans le service. Les 36% qui n'avaient pas reçu la formation étaient du personnel nouvellement affecté dans le service. Cette mobilité du personnel doit d'être prise en considération dans l'élaboration des futurs agendas de formation. Une enquête nationale réalisée au Bénin [25] a rapporté 62,2% de personnels formés en GATPA dans les sites pilotes.

VIII- CONCLUSION :

La pratique de la GATPA est systématique en salle d'accouchement du CSRéf de la Commune V.

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

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

IX- SUGGESTIONS :

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

A la population :

- Accoucher dans les centres de santé.

Au médecin chef du CSRéf CV :

- Assurer la formation de tout le personnel à la pratique correcte de la GATPA ;
- Assurer la pérennité de ce programme local de formation du personnel à la bonne pratique de la GATPA ;

Au personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V:

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

Aux Ministères de la Santé et de l'Éducation :

- 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.

X- 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 ; Maryland ; 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^{ème} 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^{ème} 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.

XI- ANNEXES :

CARACTERISTIQUES LIEES À LA STRUCTURE ET AU PERSONNEL	
Premier niveau de contact ASACODA=1, ADASCO=2, ASACOSAB1=3, ASACOSAB2=4, ASACOSAB3=5, ASACOGA=6, ASACOKAL=7, ASCODA=8, ASCOMBACODJI=9, ASACOTOQUA=10	/ / / /
Deuxième niveau de contact CS Réf	/ /
Troisième niveau de contact CHU GT=1, CHU PG=2, CHU Kati=3, Luxembourg=4, Autres=5 (à préciser)	/ /
Qualification de l'agent 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)	/ /
Age de l'agent	/ / / /
Sexe de l'agent Masculin=1, Féminin=2	/ /
Durée d'exercice de l'agent	/ / / /
Formation de l'agent en GATPA Oui=1, Non=2	/ /
Année de la formation de l'agent en GATPA	/ / / / / /
Qualification du superviseur Gynécologue obstétricien=1, Sage femme d'état=2, Etudiant en DES de gynécologie obstétrique=3, Etudiant faisant fonction d'interne=4	/ /

QUESTIONNAIRE ENTREVUE POUR LES PARTURIENTES

REFERENCES DE L'ENQUÊTEUR

N° du Centre : / /

Nom et Prénom de l'enquêteur :

Date de l'enquête :

IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEE

N° d'Ordre : / /

N° du Dossier : / /

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age : / /

Ethnie : /

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

Dogons=5 ; Sonrhäi=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 VI : Grille d'évaluation de la pratique de la GATPA par le personnel sanitaire.

ETAPES/TACHES DANS LA PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL	SCORE		
	0	1	2
PREPARATION DE LA FEMME			
1. Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.			
2. Ecouter ce que la femme et son accompagnant ont à dire.			
3. Donner un soutien psychologique et de la réassurance.			
4. Placer un récipient (bassin hygiénique) ou un récipient propre si un récipient stérile n'est pas disponible contre le périnée de la femme.			
DELIVRANCE DU PLACENTA			
1. Administrer l'oxytocine <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. 			
1. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte tampons.			
3. Maintenir le cordon et la pince dans une main.			
4. Placer l'autre main juste au dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.			
15. Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une contraction utérine (2 à 3 minutes).			

6. Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, vers le bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.			
<ul style="list-style-type: none"> • 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"> - 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. - A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus pubienne 			
7. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles mêmes.			
8. Tirer lentement pour parachever la délivrance.			
9. Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte tampons pour retirer tous les débris de membranes.			
10. Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.			
11. Mettre le placenta dans le récipient prévu (bassin hygiénique).			
MASSAGE UTERIN			
1. Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.			
2. Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.			
3. Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.			
4 S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompe le massage utérin.			
EXAMEN DU CANAL GENITAL			
1. Demander à l'assistant de diriger un faisceau lumineux puissant sur le périnée.			
2. Ecarter doucement les lèvres et examiner la partie basse du vagin pour détecter des			

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

NB : Signification des scores :

0 : Gestes non faits

1 : Gestes non maîtrisés

2: Gestes parfaitement maitrisés.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Localisation de la thèse :

Nom : KONATE

Prénom : Oumar.

Titre de la Thèse : Etude de la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement à la Maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako en 2011.

Année universitaire : 2011- 2012.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt de la thèse : Bibliothèque de la FMOS 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 la salle d'accouchement une étude transversale, descriptive à visée évaluative sur 502 parturientes et 42 agents accoucheurs.

Parmi ces agents accoucheurs enquêtés 27 (64%) avaient reçu la formation en GATPA.

Le nombre de gestes requis pour la pratique correcte de la GATPA pour, une parturiente a été estimé à 34 répartis en 5 étapes. Parmi ces 5 étapes, seule l'étape de la clôture était correctement pratiquée avec un score de 95,9%. Les scores de la pratique correcte des 4 autres étapes étaient insuffisants : préparation (59,8%), délivrance (54,2%), massage utérin (21,7%), examen du canal génital (24,1%), sont de loin proches de la norme nationale.

Mots clés : GATPA, préparation, délivrance, massage utérin, examen du canal génital, clôture.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !