

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire : 2019-2020

N°/M

THEME

**Etude pratique de la gestion active de la
troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

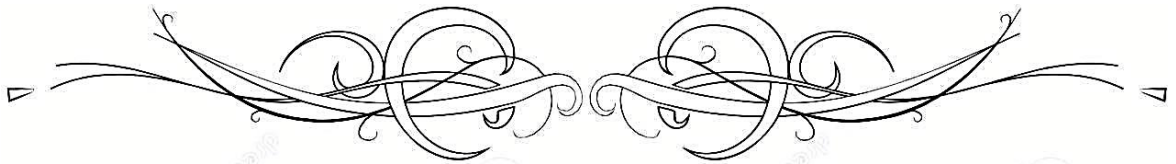
Présentée et soutenue publiquement le 13/06 /2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

M. Bouréma O TRAORE

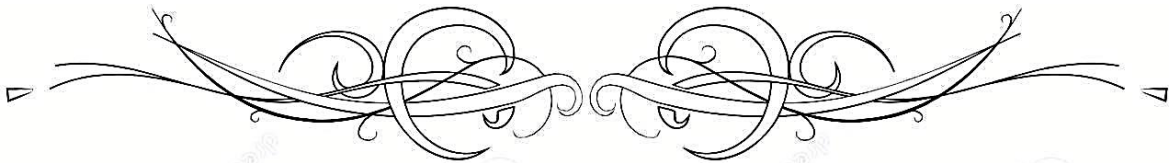
Pour l'obtention du grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :	Pr. MOUNKORO Niani
Membres :	Dr. BOCOUM Amadou
Co-directeur :	Dr. DIARRA Issa
Directeur :	Pr. THERA Thioukani



Liste des Professeurs



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

Liste de Professeurs

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maître-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. Mr. Abdoulay Ag RHALY	Medicine interne
9. Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
10. Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
11. Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
12. Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
13. Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
14. Mr. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
15. Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
16. Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
17. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
18. Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
19. Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
20. Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
21. Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
22. Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
23. Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
24. Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
25. Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
26. Mr. Boubou DIARRA	Bactériologie
27. Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
28. Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
29. Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
30. Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
31. Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
32. Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

33. Mr. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
34. Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
35. Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
36. Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
37. Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
38. Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
39. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
40. Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
41. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
42. Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
43. Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
44. Mr. Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
46. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
47. Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
48. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
49. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
50. Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
51. Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
52. Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
53. Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
54. Mr. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
55. Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
56. Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
57. Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
58. Mr. Moussa I. DIARRA	Biophysique
59. Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
60. Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
61. Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
62. Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
63. Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
64. Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
65. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
66. Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
67. Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
68. Mr. Aly TEMBELY	Urologie
69. Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
70. Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
71. Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

72. Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
73. Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. Mr. Mohamed TOURÉ	Pédiatrie
2. Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
3. Mr. Bocar SALL	Orthopédie-Taumatologie-Secouriste
4. Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
6. Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
7. Mr Yéminégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. Mr. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
18. Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
19. Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
20. Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21. Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22. Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynéco-Obstétrique
24. Mr Adama DIARRA	Physiologie
25. Mr Massambou SACKO	Santé Publique
26. Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
27. Mr.Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

5. Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
6. Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
8. Mr. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
10. Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. Mr. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14. Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
16. Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
17. Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
18. Mr. Broulaye Massaoulé Samaké	Anesthésie et Réanimation

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. Mr. Birama TOGORA	Chirurgie générale
7. Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11. Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
14. Mr. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
16. Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
17. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
18. Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
19. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
20. Mr. Siaka SOUMAORO	O.R. L
21. Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
22. Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
---------------------	--------------------



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

2. Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. Mr. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
31. Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
39. Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. Mr. Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

44. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
54. Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
56. Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
59. Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. Mr. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. Mr. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. Mr. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Bakarou KAMATE Anatomie-Pathologie
2. Mr. Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie, **chef de DER**
3. Mr. Mamadou A. THERA Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr. Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire
2. Mr. Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr. Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme. Safiatou NIARE Parasitologie-Mycologie
5. Mr. Karim TRAORE Parasitologie-Mycologie
6. Mr. Moussa FANE Parasitologie Entomologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

1. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
2. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
6. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
7. Mr. Boubacar Sidiki I. DIAKITE	Biologie-Médicale Biochimie Clinique
8. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
12. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie Cytogénétique
13. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
14. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
15. Mr. Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
16. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
18. Bamodi SIMAGA	Physiologie
19. Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
20. Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-biomédicales
21. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
6. Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
7. Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
8. Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9. Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie, chef de DER
10. Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
11. Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 12. Mr. Souleymane COULIBALY | Psychiatrie |
| 13. Mr. Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr. Ichiaka MENTA | Cardiologie |

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO | Médecine Interne |
| 2. Mr. Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 3. Mr. Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 4. Mr. Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| 5. Mr. Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| 6. Mr. Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 7. Mr. Anselme KONATE | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 8. Mr. Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/ Ophtalmologie |
| 9. Mr. Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr. Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr. Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr. Konimba DIABATE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 4. Mr. Adama DIAKITE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 5. Mr. Aphou Sallé KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 6. Mr. Mory Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr. Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme. Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr. Issa CISSÉ | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr. Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr. Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr. Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr. Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr. Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr. Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. Mr. Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 18. Mr. Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 19. Mme. Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| 20. Mr. Djibril SY | Médecine Interne |
| 21. Mme. Djéneba DIALLO | Néphrologie |
| 22. Mr. Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 23. Mr. Seydou SY | Néphrologie |
| 24. Mr. Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 25. Mr. Massama KONATE | Cardiologie |
| 26. Mr. Ibrahim SANGARE | Cardiologie |



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

27. Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. Mr. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
45. Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
46. Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
47. Mr. Adama S SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Mr. Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
| 2. Mr. Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 3. Mr. Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Mr. Seydou DOUMBIA | Épidémiologie |
| 2. Mr. Hamadoun SANGHO | Santé Publique |
| 3. Mr. Samba DIOP | Anthropologie Médicale et Éthique en Santé |

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO | Information Médicale |
|------------------------------|----------------------|

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr. Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| 2. Mr. Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. Mr. Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. Mr. Oumar THIERO | Bio statistique/Bio-informatique |
| 5. Mr. Cheick Abou COULIBALY | Épidémiologie |
| 6. Mr. Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| 7. Mr. Moctar TOUNKARA | Épidémiologie |
| 8. Mr. Nouhoum TELLY | Épidémiologie |
| 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidemiologie |



ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr. Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. Mr. Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr. Mohamed Moumine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr. Housseini DOLO | Épidémiologie |
| 5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Épidémiologie |
| 6. Mr. Yaya dit Sadio SARRO | Épidémiologie |
| 7. Mme. Fatoumata KONATE | Nutrition-Diététique |
| 8. Mr. Bakary DIARRA | Santé-Publique |

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr. Amsalah NIANG | Odonto-préventive-Sociale |
| 3. Mr. Souleymane GUINDO | Gestion |
| 4. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

5. Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
6. Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
7. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
8. Mr. Abdoulay KALLE	Gastroentérologie
9. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
10. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
12. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
14. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo-Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine traditionnelle
26. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale
29. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie



ENSEIGNANTS EN MISSION

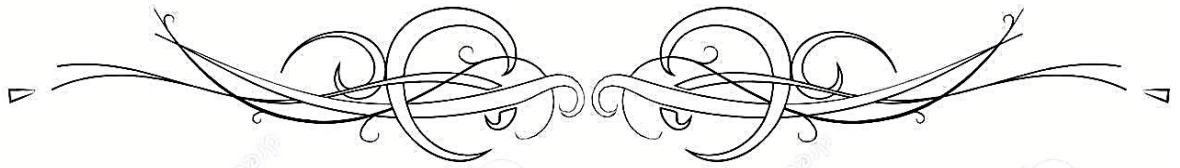
1. Mr. Lamine GAYE	Physiologie
--------------------	-------------

Bamako, le 24/12/2021

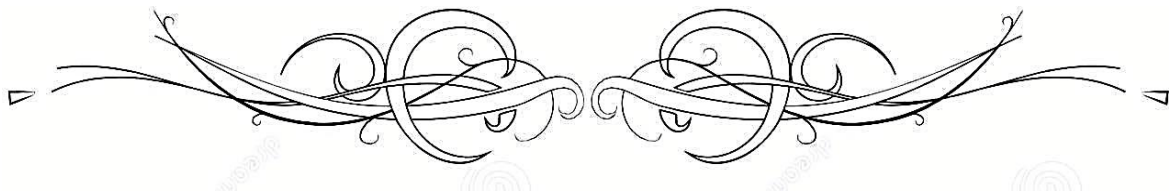
Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE



DEDICASES et
REMERCIEMENT



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

Dédicaces

BISMILLAHİ RAHMANI RAHİM

AU NOM DE DIEU, CLEMENT ET MISERICORDIEUX

Nous remercions :

✓ **A ALLAH**

Lis, au nom de ton Seigneur qui a créé, Qui a créé l'homme d'une adhérence.

Lis ! Ton Seigneur est très Noble,

Qui a enseigné par la Plume « le calme »

A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'Adhérence ». Verset 1 à 5.

ALLAH ! Point de divinité à part Lui, le Vivant, Celui qui subsiste par lui-même

« al-Qayyûm ». Ni somnolence ni sommeil ne Le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de Lui sans sa permission ? Il connaît leur passé et leur futur. Et, de sa science, il n'embrasse que ce qu'il veut. Son Trône « Kursiy » déborde les cieux et la terre, dont la garde ne Lui coûte aucune peine. Et Il est le très Haut, le Très Haut, le Très terre, dont la garde ne Lui coûte aucune peine. Et Il est le Très Haut, le Très Grand.

Sourate 2 « La Vache » Verset 255.

ALLAH ! Le premier, Le dernier qui nous a fait exister, nous fera mourir et nous ressuscitera.

ALLAH ! Prie sur **MOUHAMED** et sa famille comme tu as prié sur **IBRAHİM** et sa famille, Tu es certes digne de louange et de glorification.

ALLAH ! bénis **MOUHAMED** et sa famille comme tu as béni **IBRAHİM** et sa famille Tu es certes digne de louange et de glorification.

Al-Bukhari, Fathul Bari 6/408.

Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de Référence de Mopti

ALLAH !Fait en sorte que ce travail soit une preuve pour nous et non une preuve contre nous au jour des comptes. Par ta Miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu nous as assistés tout au long de notre vie ; nous te prions Seigneur

Maître des cieux et des terres, créateur de l'univers accepte ce modeste travail en témoignage de notre reconnaissance et notre foi. Fasse que nous nous souvenions toujours de toi en toute circonstance et que nos derniers mots sur terre soient la prononciation de la « CHAHADA ».

ALLAH ! Pardonne-nous pour toutes les imperfections que nous aurions jusqu'aujourd'hui.

✓ A mon Père : Feu Oumar TRAORE.

C'est avec émotion que j'évoque ici votre mémoire. En nous quittant pour toujours, tu nous as laissé trop tôt. Merci pour l'éducation que tu as su nous donner et pour tous les efforts auxquels tu as toujours consenti pour nous voir réussir. Tu nous as appris à être humaniste et à accepter les gens tels qu'ils sont. Vous n'avez jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres parce que pour toi tous les enfants étaient les tiens.

Tu nous as toujours montré le chemin du travail bien fait, de l'honneur, du respect de soi même et d'autrui. Votre rigueur dans l'éducation a toujours guidé nos pas. Tu resteras dans mes pensées et dans mon cœur. Voici enfin le résultat de vos nombreuses prières et de vos sacrifices. Ce travail est le témoignage de toute mon affection et de mon profond respect envers vous.

Papa je ne pourrai jamais vous récompensez.

Qu'Allah vous accueille au Diannatou Firdaws. Amina yarabi

✓ A MA TRES CHERE MERE Djénéba TRAORE

Toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres parce que pour toi tous les enfants étaient les tiens.

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Vous avez comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce

Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de Référence de Mopti

jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

✓ A mes frères et sœurs :

Yoro TRAORE, Soumaila TRAORE, Ali TRAORE, Amadou TRAORE, Ichiaka TRAORE, Souleymane TRAORE, Boubacar TRAORE, Sadio TRAORE, Kaidia TRAORE, Fatoumata TRAORE, Bintou TRAORE, Aminata TRAORE, Mariam TRAORE, Toma TRAORE, Hawa TRAORE, Mariam TRAORE, Décoré TRAORE, Lala TRAORE...

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.

✓ A mon épouse : Djénéba DJIRE

Les mots n'auront que peu de valeur pour exprimer toutes mes pensées pour toi. Tu as su me comprendre, m'aider et être patiente tout au long de l'accomplissement de mes études. Tu as toujours été pour moi puisqu'une femme, un guide et une confidente. Trouve ici l'expression de ma tendre affection, de mon indéfectible attachement et de ma reconnaissance. Ce travail est le tien. Sois-en remerciée !

✓ A mes fils :

Adama B TRAORE, Almami TRAORE, Oumar TRAORE, Boureima TRAORE, Djénéba TRAORE, Rockia TRAORE, Aissata TRAORE, Chatta TRAORE

Que Dieu t'accorde une longue vie avec santé et prospérité.

✓ A ma tutrice : Djénéba TRAORE et sa famille

Pour la lourde responsabilité que tu as voulu bien assumer à mon égard, trouve dans ce travail toute ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous bénisse. Amen

✓ A mes tontons, oncles et tantes :

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

Les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Vos soutiens moraux et financiers ont été d'immenses services pour moi. Recevez-ici toute ma sympathie.

✓ **A mes compagnons de lutte de la colline du Point-G :**

Dr SAMASSEKOU Mama Dit Korokoi, Interne Ali Alassane TRAORE Dr GACKOU Mahamadou, Dr TRAORE Djoubalo, Dr SARAMPO Amadou, SAMASSEKOU Nouhoum, Ibourahim GUINDO, Boureima A GUINDO,

Vous avez été pour moi plus qu'une famille durant les périodes difficiles.

Recevez-ici toute ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

➤ **A Dr Mamadou SIBIRI TRAORE :**

Vous avez été pour moi un maître, un conseiller ainsi qu'une famille, ce travail est le vôtre, merci pour tout. Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité.

➤ **A Dr Bocary GUIROU :**

Merci pour tous les conseils que tu m'as prodigués durant ce travail et qu'Allah renforce et pérennise nos liens.

➤ **A mes oncles et tantes :**

Vos soutiens et bénédictions ont été d'une grande importance.

➤ **A mes cousins et cousines :**

**Adama SANGARE, Seydou SANGARE, Boubacar SANGARE, Oumar SANGARE,
Souleymane ARAMA, Bassi TOURE, Hawa SANGARE Yah SANGARE Djélika TALL,
Niamourou SOW, Aminata SANGARE**

L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments respectueux.

➤ **A mes amis :**

**Abdoul Gafour YALCOUYE, Mamadou SANKOMA, Maghan, KOUMARE, Aliou
KEITA, Bako KANE, Souleymane GHANA, Ali DJIBO, Aboubacar TIGANA,**

Grâce à vos conseils, vos critiques et votre soutien, je suis arrivé à ce niveau. Vous m'avez montré l'importance des relations amicales. Je ne pourrai jamais oublier ce que vous faites pour moi.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

➤ **A mes aînés proches :**

Sory SISSOKO, Madou GACKOU, Mariam GACKOU, BARRO Alassane, Koura DAO

Merci pour vos conseils et encouragement ; ce travail est le vôtre.

➤ **Au chef de service ainsi que tout le personnel du Centre de Santé de référence de
Mopti,**

Merci pour vos conseils et encouragements

➤ **A tous les internes du CSRéf,**

Je me garderai de citer les noms par crainte d'en omettre certains, merci pour votre franche collaboration mais aussi pour cette ambiance familiale, solidaire et fraternelle.

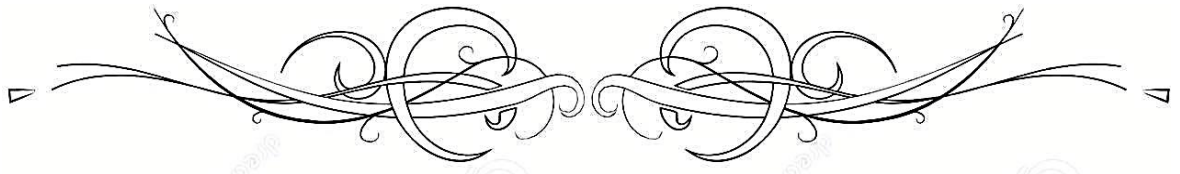
➤ **A mon équipe de garde au CSRéf :**

Assanatou DEMBELE, Bintou MAIGA, Mme MAIGA Djénéba, Mme TEME Yatimbé Mme SAMAKE Djélika, Mme TAPILY Bintou, Fatoumata B Fofana, Mama KEBE ainsi que tous nos externes. Merci pour votre franche collaboration et courage pour le reste.

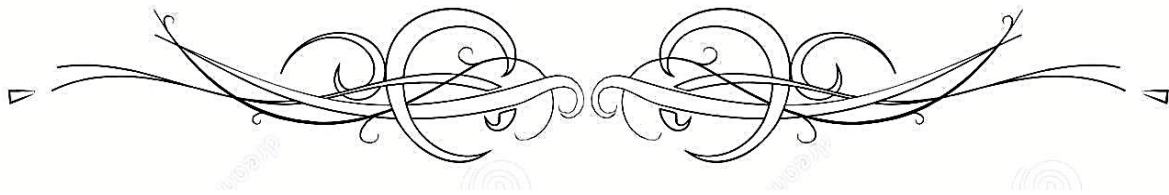
➤ **A toute la 10^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS**

Dont je fais partie : Courage et persévérance.

Merci à tous ceux qui ont été involontairement omis.



***HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY***



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur NIANI MOUNKORO

- ✚ Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- ✚ Chef de département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- ✚ Coordinateur général du diplôme d'études spécialisées en gynécologie obstétrique
du Mali à la FMOS**
- ✚ Point focal national de l'initiative francophone de réduction de la mortalité
maternelle par avortement à risque**
- ✚ Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé du Mali**
- ✚ Officier du mérite de la santé au Mali**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales, morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Cher Maître, permettez-nous de vous exprimer notre humble et profonde gratitude.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DU JURY :

Docteur AMADOU BOCOUM

- + Maître-assistant en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- + Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- + Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;**
- + Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire coelioscopie et Gynécologie ;**
- + Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;**
- + Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**

Cher maître

Vous avez accepté avec spontanéité et gentillesse de juger ce travail.

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour du travail bienfaits force l'admiration.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE :

Docteur Issa DIARRA

- ✚ Spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;**
- ✚ Ancien chef de service de gynécologie obstétrique de CSRéf de Mopti ;**
- ✚ Actuel médecin chef de CSRéf de Mopti**

Cher Maître,

Vous êtes un maître exceptionnel, doté de qualités impressionnantes.

Nul doute que ce travail est le fruit de vos immenses efforts.

Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers, du privilège qui nous a été accordé d'être compté parmi vos étudiants.

Merci infiniment.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

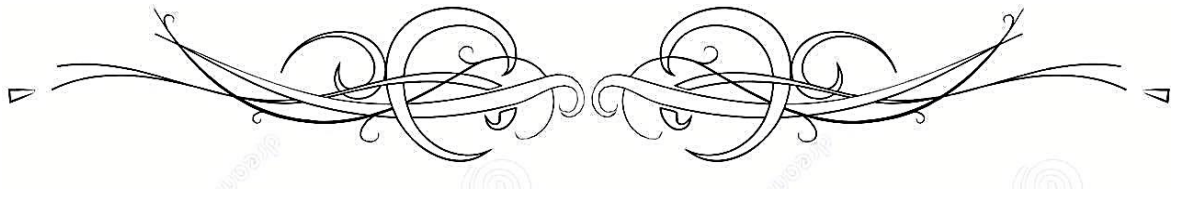
Professeur Tioukany Augustin THERA

- ✚ Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- ✚ Maître de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique**
- ✚ Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique**
- ✚ Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité**
- ✚ Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en GYNECOLOGIE**
- ✚ Diplôme d'Etude Universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-vaginales**
- ✚ Président de la commission médicale d'établissement du CHU du Point G**

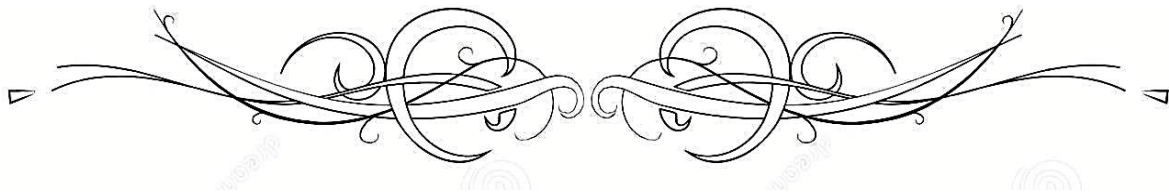
Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Tout en espérant continuer à apprendre à votre école, recevez cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, et de notre reconnaissance inoubliable.



SIGLES ET ABREVIATIONS



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CICM : Institut Malien de Conseil en Management

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Postnatale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DTC : Directeur Technique du Centre

FFI : Faisant Fonction d'Internes

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

GESTA OMS : Gestion du Travail et de l'Accouchement : Organisation Mondiale de la Santé

HPP : Hémorragie du Post Partum

HPPI : Hémorragie du Post Partum Immédiat

HRP : Hématome Rétro Placentaire

IC : Intervalle de Confiance

IM : Intra Musculaire

IO : Infirmière Obstétricienne

IV : Intra Veineuse

Km : Kilomètre

ml : Millilitre

OR : Odds Ratio

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre
de Santé de Référence de Mopti**

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PP : Placenta Prævia

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

SAA : Soins Après Avortement

SF : Sages Femmes

SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire

TA : Tension Artérielle

TCC : Traction Contrôlée du Cordon

UI : Unité Internationale

VIH : Virus de Immuno Humaine

µg : Microgramme

°c : Degré Celsius

% : Pourcent

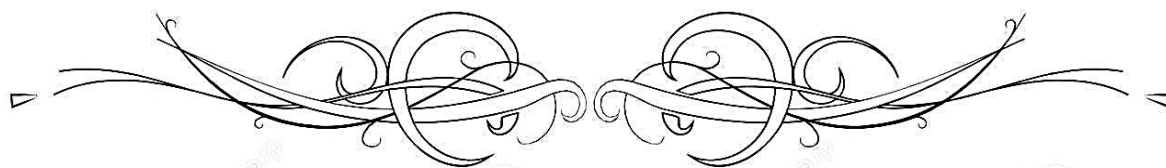
< : Inférieure

> : Supérieure

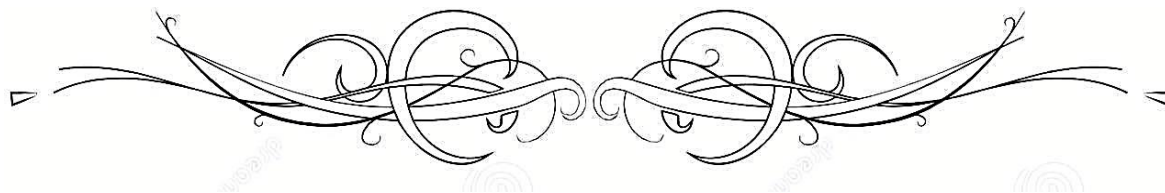
≤ : Inférieure ou égale

≥ : Supérieure ou égale

± : Plus ou moins

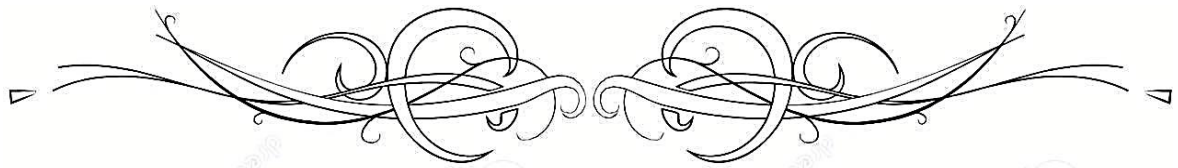


LISTE DES FIGURES

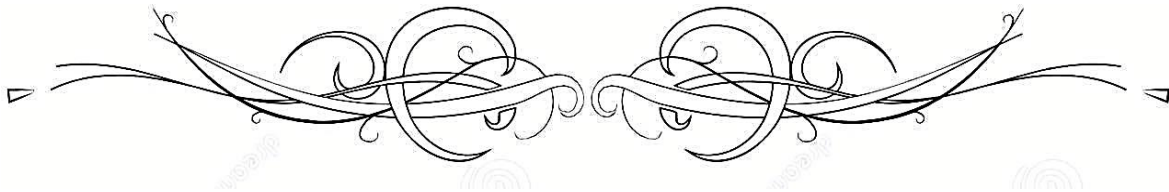


LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide	8
Figure 2 : Vascularisation artérielle et veineuse de l'utérus, du vagin et des ovaires.....	10
Figure 3 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance.....	12
Figure 4 : Examen du placenta et des membranes	13
Figure 5. Administration de l'ocytocine 10 UI en IM dans la minute qui suit la naissance du nourrisson.....	15
Figure 6. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée.....	17
Figure 7 : Massage utérin immédiatement après la délivrance du placenta.....	18
Figure 8 :La technique de TSIRULNIKOV sur la triple ligature des ligaments rond, des artères utérines et le ligament utero ovarien.....	25
Figure 9 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.....	39
Figure 10 : Répartition des patientes selon l'ethnie	
Figure 11 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	40



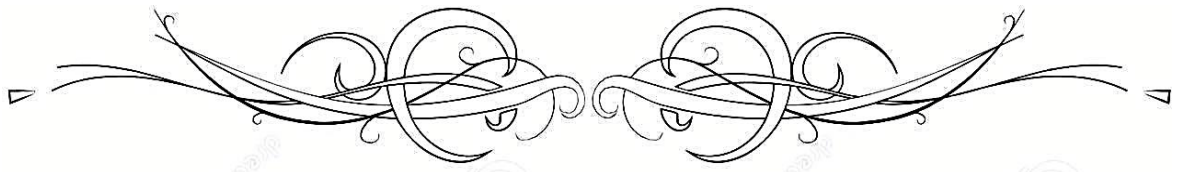
LISTE DES TABLEAUX



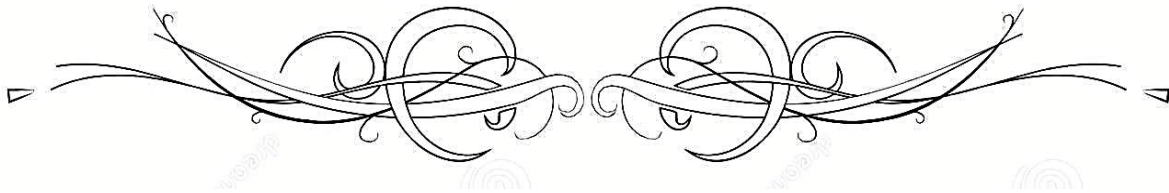
LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:Comparatif des utérotoniques	15
Tableau II: Contre-indications des utérotoniques	16
Tableau III: Effets secondaires des utérotoniques	16
Tableau IV : Facteur de risque d'HPP.....	19
Tableau V : Les variables	34
Tableau VI: : Répartition des patientes selon la tranche l'âge	37
Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession.....	38
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la mode admission	38
Tableau IX : Répartition des patientes selon la gésité	40
Tableau X : Répartition des patientes selon les de facteurs risque d'hémorragie	41
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'antécédent médicaux	41
Tableau XII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.....	42
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales réalisées	42
Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état général	43
Tableau XV: Répartition des patientes selon la pression artérielle systolique a l'admission	43
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la pression artérielle diastolique a l'admission	44
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la température	44
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la hauteur utérine	45
Tableau XIX: Répartition des patientes selon la qualification de l'accoucheur	45
Tableau XX: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives	46
Tableau XXI :Répartition des patientes selon la perte sanguine.....	46
Tableau XXII : Relation entre HDD et la durée totale du travail	47
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les causes de l'hémorragie du post partum	47
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance.	48

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le traitement médical associé à la GATPA	48
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'hémorragie de la délivrance par rapport à la tranche d'âge.....	49
Tableau XXVII : Relation entre la survenue de HDD et la tranche d'âge.....	49
Tableau XXVIII : Relation entre HPPI et les facteurs de risque	50
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon l'HDD par rapport à la transfusion sanguine.....	50
Tableau XXX : Répartition des patientes selon le nombre d'unité de sang transfuse.....	51



SOMMAIRE

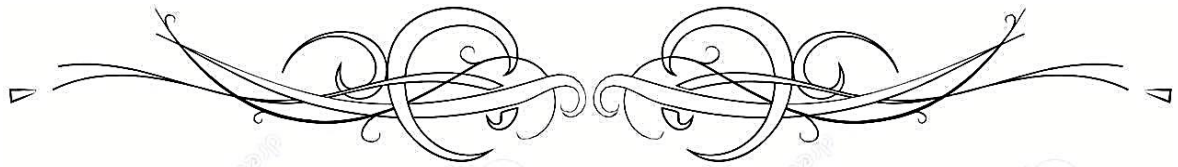


SOMMAIRE

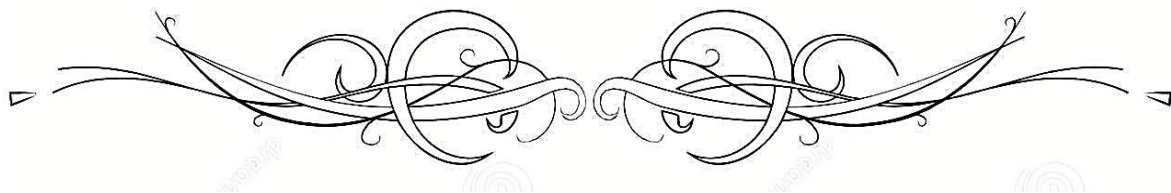
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	4
I. GENERALITES	6
1.1. Rappel anatomique.....	
1.2. Physiologie de la délivrance	11
1.3. Description des techniques de délivrance	13
1.4. Facteurs de risque de l'HPP	18
1.5. Complications de la délivrance	21
1.6. Traitement des complications	23
II. METHODOLOGIE.....	27
2.1. Cadre et lieu d'étude	
2.2. Méthode de l'étude	27
2.2.1. Type d'étude	32
2.2.2. Période d'étude	32
2.2.3. Population d'étude	33
2.2.4. Critères d'inclusion	33
2.2.5. Critères de non inclusion	33
2.2.6. Taille minimum de l'échantillon	
2.2.7. Source des données	34
2.2.8. Technique de collecte	34
2.2.9. Matériel	
2.2.10. Variables	
III. RESULTAT	37
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
4.1. Fréquence.....	53
4.2. Caractéristiques socio démographiques	54
4.3. Le mode d'admission	
4.4. Les antécédents chirurgicaux	
4.5. Les caractéristiques obstétricales :.....	
4.6. Consultation prénatale et prestataire :.....	

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

4.7.	Examen clinique à l'admission	
4.8.	Accouchement.....	
4.9.	Suites de couches	
4.10.	Traitement des complications	
4.11.	Issue immédiate de la femme.....	
V.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	60
VI.	ANNEXES	67



INTRODUCTION



I. INTRODUCTION

L'accouchement est défini comme l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir de 28 semaines d'aménorrhée [1].

Il se divise en 3 périodes dont la première qui est constituée par l'effacement et la dilatation du col, la deuxième période l'expulsion du fœtus et la troisième période est la délivrance, c'est le dernier temps de l'accouchement et comporte l'expulsion du placenta et des membranes.

Pendant cette dernière période la femme perd une quantité moyenne de sang < 500 CC et est dite pertes physiologiques. Lorsque la perte sanguine est supérieure ou égale à 500 CC et/ ou a une répercussion sur l'état général de la mère, on parle d'hémorragie du postpartum qui est une complication grave voire mortelle.

Selon les estimations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragies liées à la grossesse et parmi ces femmes 128 000 meurent suite à l'hémorragie. La plupart de ces décès surviennent dans les 4 heures suivant l'accouchement et sont causés par des problèmes lors de la troisième période de l'accouchement[2].

C'est l'Afrique subsaharienne qui possède le taux de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est suivie de l'Asie du Sud, région qui a toutefois accompli le plus de progrès entre 2000 et 2017, avec un taux de mortalité maternelle qui a chuté de 395 à 163 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une baisse de 59 %[3] Au Mali, selon la cinquième enquête démographique et de santé (EDS V 2012 – 2013) le taux de mortalité maternelle a été estimé à 368 décès pour 100000 naissances vivantes [4] et selon (EDS VI 2018-2019) le taux de mortalité est estimé à 325 décès pour 100000 naissances vivantes malgré l'amélioration des soins prénataux[5]

Au Mali la prévalence de l'hémorragie de la délivrance élevée s'explique par le fait de l'insuffisance de couverture sanitaire dans certaines localités, du manque de personnel qualifié [6].

La plupart des cas d'hémorragie de la délivrance se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement ; environ 70% des cas sont dus à l'atonie utérine.

Malgré les mesures préventives et thérapeutiques l'hémorragie du post partum constituée un problème préoccupant pour les obstétriciens. Cette situation préoccupante a motivé l'adoption d'une technique pour aller au-devant de ces risques à savoir la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA). Elle consiste à administrer 10UI de l'ocytocine à la

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus, exercer une tension mesurée sur le cordon, et enfin le Massage utérine.

Lors de la troisième période du travail les muscles de l'utérus se contractent entraînant une hémostase physiologique des vaisseaux utéroplacentaire appeler la ligature vivante de PINARD.

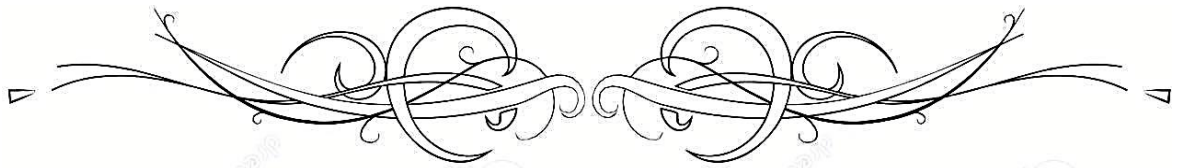
La quantité de sang perdue dépend de la rapidité avec laquelle se fait la délivrance.

La gestion active de la troisième période vise à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines avec les ocytociques et à prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

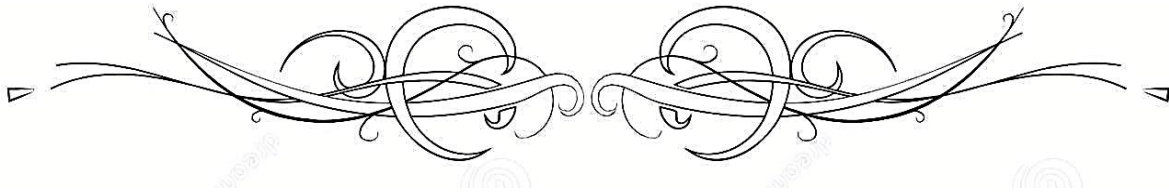
Des études ont été menées à travers le monde : au Bénin, en Irlande, en Arabie saoudite et en Angleterre avec des combinaisons d'ocytociques, ont conclu que la gestion active de troisième période du travail permet de lutter contre l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine [7,8].

En 2013 au Mali selon une thèse de Cissé I qui a retrouvé 97,7% des parturientes avaient un utérus bien rétracté contre 2,3% qui avaient un utérus mal rétracté cela pourrait s'explique que la GATPA est associée à une bonne rétraction utérine[9].

A ce jour au Mali beaucoup d'études ont été menées sur la GATPA malgré ces études l'HDD continues à poser un problème pour les obstétriciens d'où l'intérêt d'initier ce travail avec les objectifs suivants :



OBJECTIFS



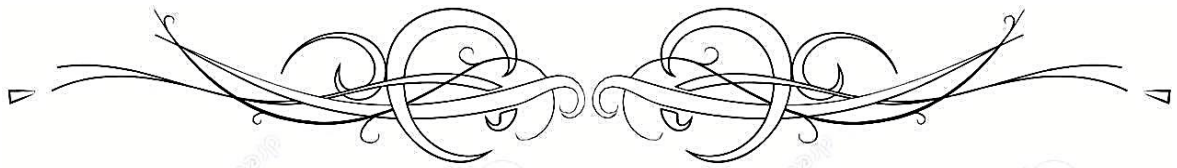
OBJECTIFS

A. Objectif général

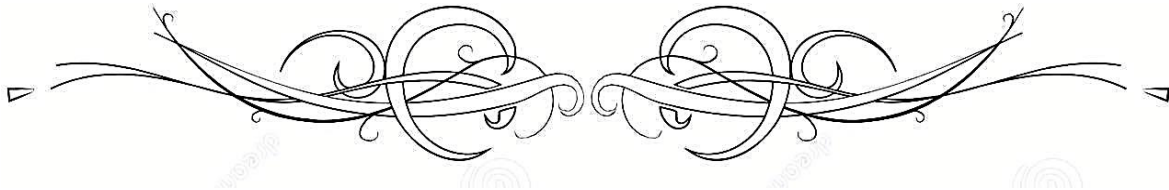
Etudier la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au centre de santé de référence de Mopti.

B. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de la pratique de la GATPA ;
2. Estimer la quantité de sang perdue pendant la délivrance active ;
3. Préciser les besoins transfusionnels liés à la délivrance.
4. Déterminer le pronostic maternel ;



GENERALITES



I. GENERALITES

1.1. Définition de la GATPA :

La GATPA est définie comme l'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 [10].

1.2. Utérus gravide à terme

1.2.1. Configuration externe

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 au troisième trimestre comprend trois parties : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité qui est le segment inférieur.

1.2.1.1. 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[1]

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

1.2.1.2 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[11]. Il est amplifié par la présentation. Cette ampliation réalise la sacculature 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
- et l'épaisseur : 3-5 mm

1.2.1.3 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 [1].

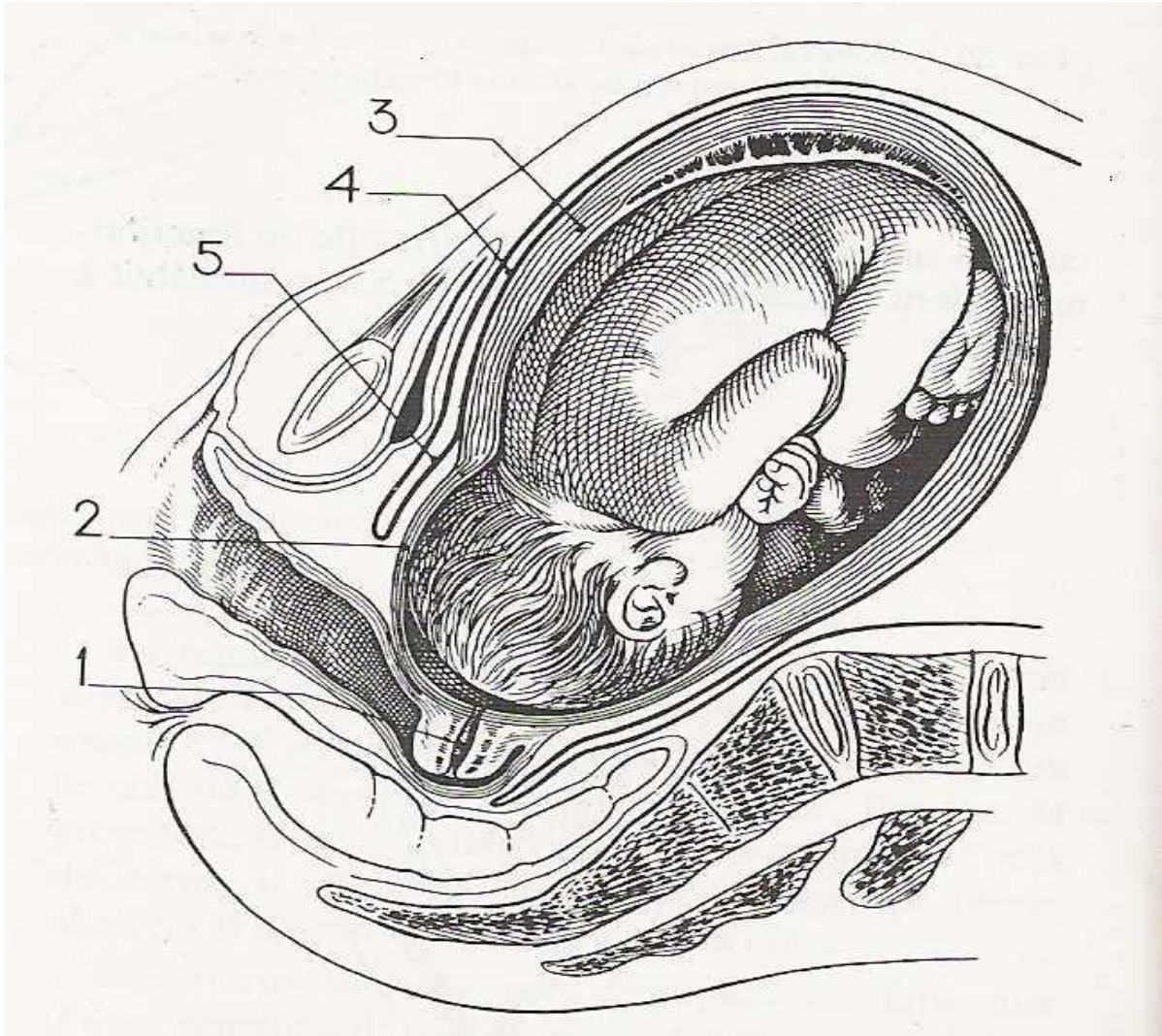


Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide [1].

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

1.2.2. Structure de l'utérus gravide

1.2.2.1. La séreuse

Elle s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin.

1.2.2.2 La musculuse

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 [1].

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.

1.2.2.3 La muqueuse

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

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

Les deux derniers s'accolent en fin de grossesse.

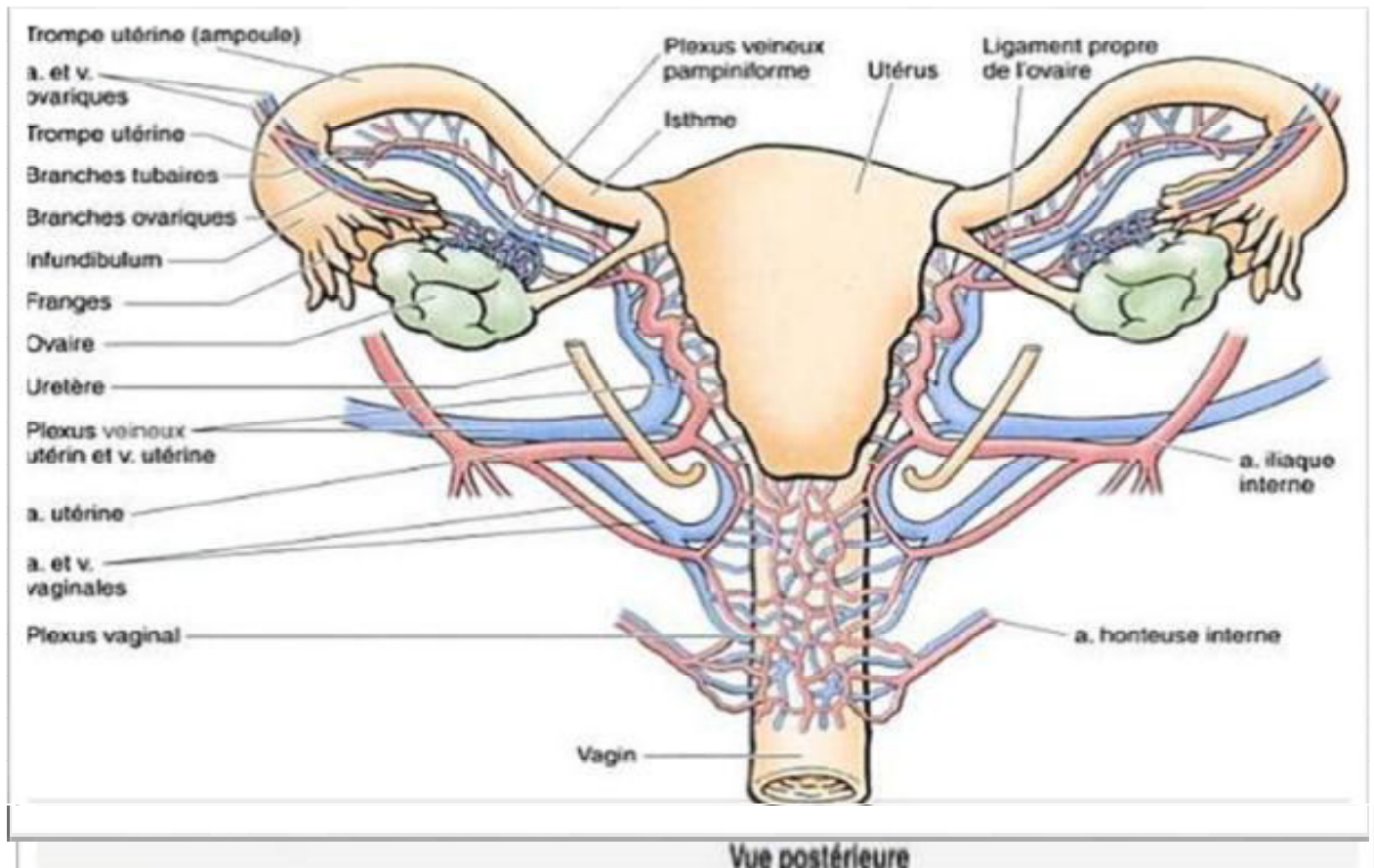
1.2.3. La vascularisation

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 la1 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 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 600 ml pour les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus.



Crâniale
↑
└─→ Gauche

Figure 2 : Vascularisation artérielle et veineuse de l'utérus, du vagin et des ovaires[12]

1.3 Accouchement

L'accouchement est défini comme l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir de 28 semaines d'aménorrhée [1].

Il se divise en 3 périodes dont :

- La première période qui est constituée par l'effacement et la dilatation du col : Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine à la dilatation complète. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare et 2 à 10 heures chez la multipare.

- La deuxième période l'expulsion du fœtus : Correspond à la sortie fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance dure en moyenne 30 minutes chez la primipare et 5 à 20 min chez la multipare.
- La troisième période est la délivrance : Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase (formation du globe utérin) Et dure 5 à 45 min

1.4 Physiologie de la délivrance

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

1.4.1 Les différentes étapes sont :

- le décollement placentaire
- l'expulsion du placenta
- l'hémostase

✓ 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 500 cc on parle d'hémorragie du postpartum.

✓ Hémostase

Les vaisseaux sont étreints par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard qui réalise le globe de sécurité rassurant l'accoucheur.

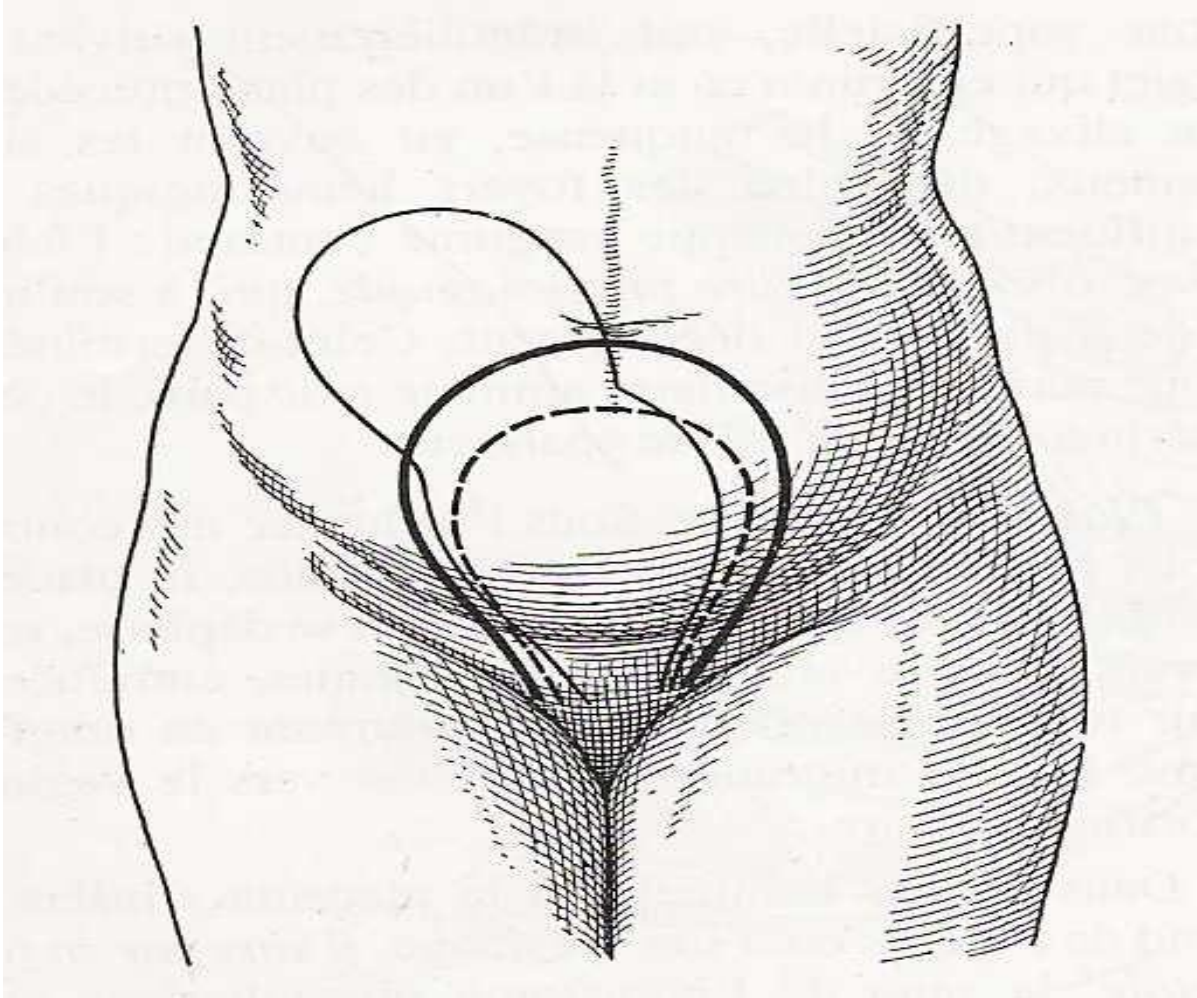


Figure 3 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance[1]:

- 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

1.4.2 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[1]

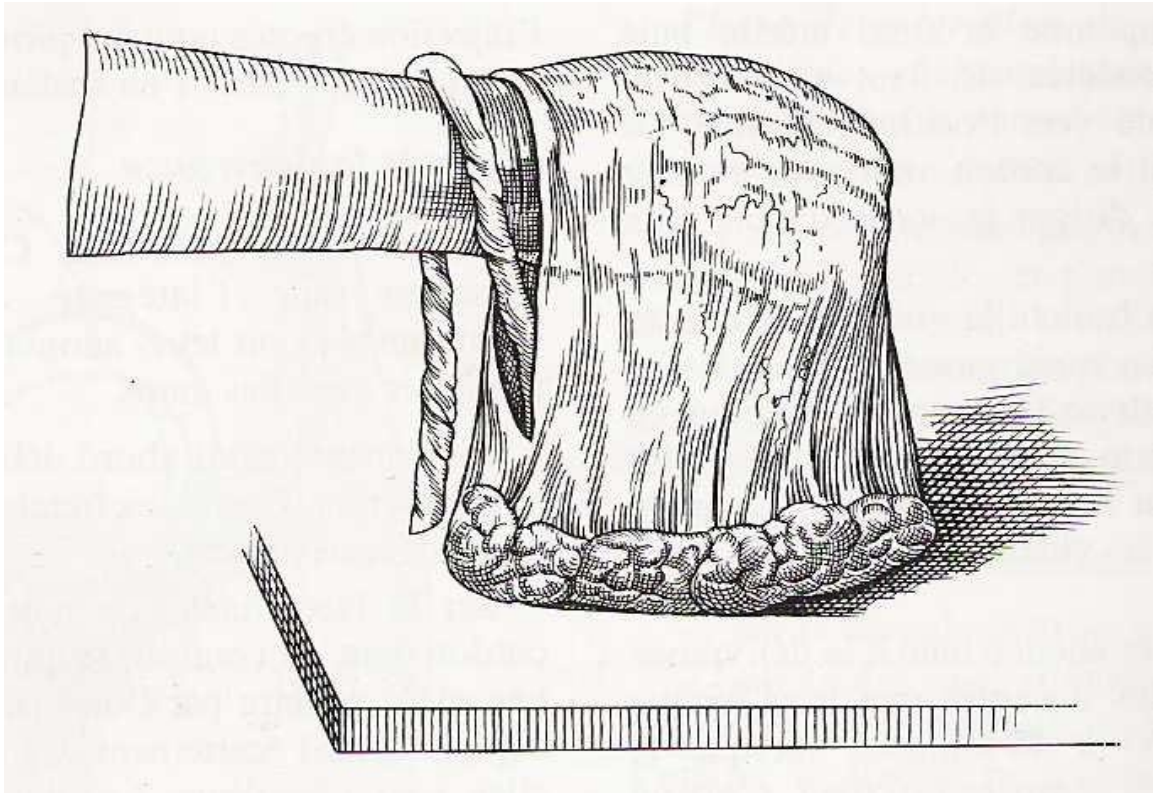


Figure 4 : Examen du placenta et des membranes[1]

1.4.3 Description des techniques de délivrance

1.4.3.1 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.

1.4.3.2 La 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[13].

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 [14].

1.4.3.3 : GATPA [15, 16 ,17]

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 sont :

1.4.3.3.1L'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 3minutes) 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 [18].

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.



Figure 5. Administration de l'ocytocine 10 UI en IM dans la minute qui suit la naissance du nourrisson [19]

Tableau I:Comparatif des utérotoniques

Ocytociques	Action	Délai	Durée
Ocytocine	Provoque la contraction de l'utérus	2,5mn (IM)	2-3 heure
Ergométrine	Provoque la contraction de l'utérus	6-7 mn (IM)	2-4 heure
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 mn (voie orale)	20 mn

Tableau II: Contre-indications des utérotoniques

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

Tableau III: Effets secondaires des utérotoniques

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

1.4.3.3.2. La traction mesurée 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.

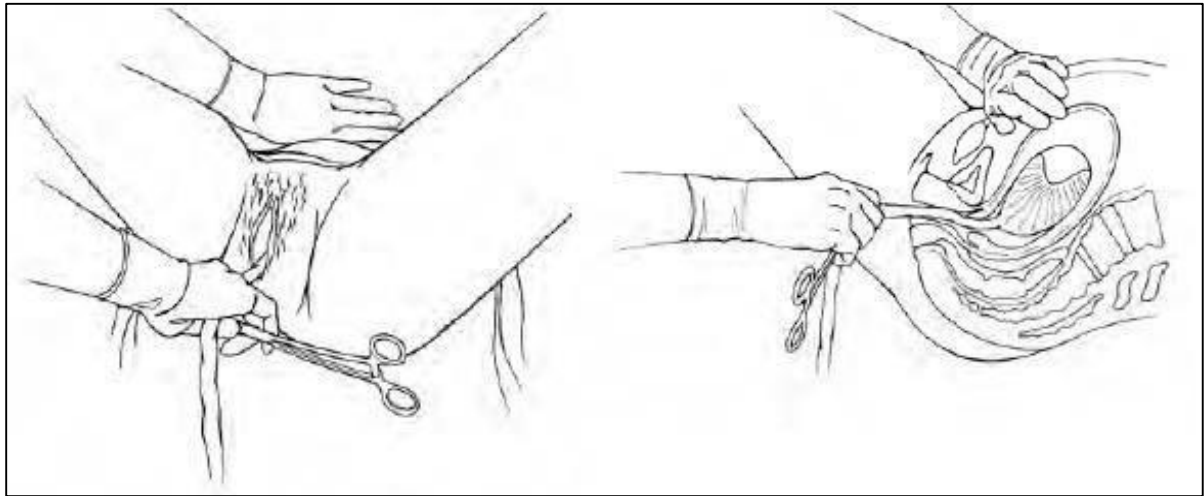


Figure 6. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée [19].

1.4.3.3.3. Masser l'utérus

- À travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction de l'utérus.
- Renouveler toutes les 15 minutes pendant 2heures

Mettre le nouveau-né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contracter.



Figure 7 : Massage utérin immédiatement après la délivrance du placenta
[19]

1.4.3.3.4. Vérifier le saignement vaginal et examiner le périnée.

- Vider la vessie.
- Vérifier le nombre de vaisseaux au niveau du cordon : deux artères et une veine
- Vérifier que les membranes sont complètes.
- Faire un examen du placenta.

1.4. Hémorragie du postpartum immédiate

1.4.1. Définition : Est classiquement définie comme une perte sanguine de plus de 500ml de sang lors d'un accouchement par la voie basse et supérieure à 1000ml lors d'une césarienne survenant dans les vingt-quatre (24) heures qui suivent l'accouchement et provenant du tractus génital [20].

1.4.2. Etiologies de l'hémorragie du postpartum immédiat

Tableau IV : Facteur de risque d'HPP

	Processus étiologique	Facteurs de risque cliniques
Anomalies des contractions utérines	Sur distension utérine	<ul style="list-style-type: none"> - polyhydramnios - grossesse multiple - macrosomie
	Epuisement musculaire utérin	<ul style="list-style-type: none"> - travail rapide - travail prolongé - grande multiparité
	Infection intraamniotique	<ul style="list-style-type: none"> - fièvre - rupture de membranes prolongée
	Distorsion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus	<ul style="list-style-type: none"> - utérus fibreux - placenta prævia - anomalies utérines
Rétention de produits de la conception	Produits non éliminés placenta anormal	<ul style="list-style-type: none"> - chirurgie utérine antérieure
	Rétention de cotylédon placenta incomplet	<ul style="list-style-type: none"> - grande multiparité - placenta anormal à l'ultrason
	Caillots de sang non éliminés	<ul style="list-style-type: none"> - inertie utérine
Traumatisme du tractus génital	-Lacération du col, du vagin ou du périnée	<ul style="list-style-type: none"> - délivrance abrupte - délivrance chirurgicale

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

	-Extensions ou lacérations de la césarienne	<ul style="list-style-type: none"> - -déviation utérine - -engagement profond
	-Rupture utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie utérine antérieure
	-Inversion utérine	<ul style="list-style-type: none"> - grande multiparité - placenta fundique
Anomalies de la coagulation	-Conditions préexistantes -hémophilie a	<ul style="list-style-type: none"> - coagulopathies héréditaires - antécédents de maladie du foie
	<ul style="list-style-type: none"> - acquises durant la grossesse - thrombopénie avec pré-éclampsie - CIVD - pré-éclampsie - fœtus mort <i>in utero</i> - infection grave - décollement placentaire - embolie de liquide amniotique 	<ul style="list-style-type: none"> - ecchymose - tension artérielle élevée - mort du fœtus - fièvre, nombre de globules blancs - hémorragie antépartum - collapsus soudain
:	<ul style="list-style-type: none"> - anticoagulation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> -antécédents de caillots de sang

1.4.3. Physiopathologie des hémorragies de l'hémorragie du postpartum immédiate :

Deux grands processus nous renseignent sur la genèse des hémorragies de la délivrance, à savoir :

Le décollement partiel du placenta :

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions commencent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta précisément la caduque basale se décolle du myomètre (suivant un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur, puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines. Anormalement une portion seulement plus ou moins grande du placenta se décolle du myomètre. La partie non décollée fixe l'organe au myomètre, alors il reste entièrement dans l'utérus qui ne se contracte, ni se rétracte. Les vaisseaux sanguins de la partie non décollée restent alors béants et le sang s'en écoule.

-L'atonie utérine

L'utérus doit normalement se contracter, se rétracter pour entraîner au niveau utérin une oblitération physiologique empêchant la spoliation sanguine. Quelle que soit l'étiologie, la mauvaise contraction et rétraction de l'utérus sont à l'origine des hémorragies de la délivrance. Le décollement partiel et l'atonie utérine peuvent s'y associer.

1.4.4. Méthodes de traitements :

1.4.4.1. Traitement curatif :

1.4.5.1. But : Assurer l'hémostase et restaurer la volémie

1.4.5.2. Moyens

1.4.5.2.1. Médicaux : utérotoniques (ocytocine 5UI, misoprostol 200ug comprimé), fer, antibiotiques, produits sanguin (concentré globulaire plasma frais congelé, concentré des plaquettes), macromolécules (heamacel 500ml, gelofigine 500ml)

1.4.5.2.2. Obstétricaux : révision utérine, délivrance artificielle

1.4.5.2. Chirurgicaux : suture des lésions, ligature vasculaire, tamponnement le capitonnage, hystérectomie

1.4.5.3. Indications :

- **Placenta non délivré** : administrer 10UI d'ocytocine en intramusculaire, procéder à la délivrance active ; si échec faire délivrance artificielle, restaurer la volémie en cas de choc hypovolémique par perfusion de macromolécules et transfusions produits sanguin (CGR, et/ ou PFC)
- **Placenta délivré** : examens sous valves pour apprécier l'origine du saignement et faire le bilan lésionnel ; faire révision utérine ; administrer 10UI d'ocytocine ou 5 comprimés de misoprostol 200ug en sublingual ou en intra rectal ; restaurer la volémie en cas de choc hypovolémique par perfusion de macromolécule et transfusion de produits sanguin (CGR et/ou PFC) ;

Si échec des moyens médicaux sur le saignement, faire le tamponnement utérin, si échec faire la ligature vasculaire voir hystérectomie.

1.5. Les hémorragies de la délivrance

Ce sont des pertes sanguines ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (supérieure ou égale à 500 ml) et leurs effets sur l'état général [14, 15, 18].

1.4.1 Les autres hémorragies du postpartum immédiat :

Les lésions génitales traumatiques : déchirures du vagin, du col de l'utérus, la rupture utérine.
Les déchirures du col : elles peuvent être simples ou propagées au segment inférieur ; elles sont reconnues par l'examen sous valves. L'intégrité du col doit être vérifiée en cas d'hémorragie de la délivrance et après toute extraction instrumentale.

Les hématomes péri-génitaux : au nombre de trois : hématome vulvaire, hématome vaginal, hématome du segment

1.4.2 L'inversion utérine

C'est l'invagination en doigt de gant de l'utérus. Elle est souvent due à une traction intempestive sur le cordon. Le placenta increta, accreta percreta favorise cette situation de même que l'inertie utérine.

L'inversion est décrite en quatre degré [1] :

- 1^{er} degré fond utérin est simplement déprimé en cupule
- 2^{ème} degré utérus retourné franchit le col ;
- 3^{ème} degré il descend dans le vagin et s'exteriorise
- 4^{ème} degré les parois vaginales participent au retournement.

1.4.3 Les pathologies de l'hémostase

Préexistantes ou acquises au cours de la grossesse. Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée : le sang s'échappe par le vagin.

L'hémorragie peut ne pas être extériorisée : elle est évoquée devant le retard de la délivrance, une pâleur des conjonctives, une hypotension, une tachycardie voire un coma. Un utérus mou ou mal rétracté est également le signe d'une hémorragie de la délivrance

1.4.4 Rétention placentaire

Si dans les 30mn suivants l'accouchement la délivrance n'a pas lieu on parle de rétention placentaire complète. Parmi les causes de cette rétention totale on peut citer le placenta accreta, increta et percreta. Si la totalité du placenta n'a pas été expulsé (cotylédons aberrants) elle est dite rétention placentaire partielle.

1.5 Traitement des complications

1.5.1 La délivrance artificielle

L'indication est posée en cas de rétention partielle ou totale du placenta. Si la délivrance n'est pas effectuée après 30 minutes, ou s'il y a une hémorragie.

1.5.2 L'examen sous valves

Il permet de vérifier l'intégrité de la paroi vaginale, des lèvres et des culs-de-sac. Il est pratiqué devant un saignement persistant après la révision utérine.

1.5.3 La réduction de l'inversion utérine

L'inversion utérine est l'invagination en doigt de gant de l'utérus. On procède à une réduction manuelle avec le poing fermé après décollement du placenta. En cas d'échec, on réalise une réduction par voie abdominale.

1.5.4 L'administration des ocytociques

Il permet d'obtenir une contraction de l'utérus dans le but d'avoir une rétraction satisfaisante [11, 14, 21, 22].

L'ocytocine peut être administrée par voie intraveineuse, par voie intramusculaire.

L'ergométrine et la syntométrine sont utilisées avec précaution [21] L'administration des prostaglandines : Misoprostol est en intra rectal [21, 23, 24, 25].

1.5.5 La transfusion de sang et dérivés

Elle est indiquée en cas de choc hémorragique ou de troubles de l'hémostase : Ce sont :

- le sang total
- le plasma frais congelé

1.5.6 Les mesures chirurgicales

1.5.6.1 La rupture utérine :

Peut survenir au cours du travail d'accouchement sur un utérus fragilisé ; ou au cours des manœuvres obstétricales d'extraction du fœtus. Elle est suspectée devant une atonie utérine. Il impose une laparotomie pour hystérogographie ou pour faire une hystérectomie selon la gravité.

1.5.6.2 Les déchirures du col :

Reconnues par l'examen sous valves, et qui doivent être suturées.

1.5.6.3 Les hématomes périnéaux

On pratique une incision et une vidange sans curage de la poche ; tamponnement ou méchage, la mèche étant laissée en place 24 heures au besoin.

Il existe des techniques conservatrices et des techniques radicales

- **La ligature des vaisseaux utérins** : c'est une technique conservatrice. On procède à une dévascularisation des vaisseaux utérins unilatérale puis bilatérale en cas de nécessité.
- **La ligature des artères iliaques internes** : la ligature est effectuée à environ 2,5 cm en aval de la bifurcation des artères iliaques interne et externe. C'est une technique mal aisée et doit être effectuée par un chirurgien averti [23,26].
- **La technique de Tsirulkovt** : on réalise une triple ligature des ligaments ronds, des artères utérines, des ligaments utéro-ovariens. Ceci crée une hémostase anoxique mais est sans effets sur les hémorragies du segment inférieur [26]

- **L'hystérectomie d'hémostase** : c'est une technique radicale qui est souvent le dernier recours. Elle peut être subtotale ou totale qui emporte le col [27].

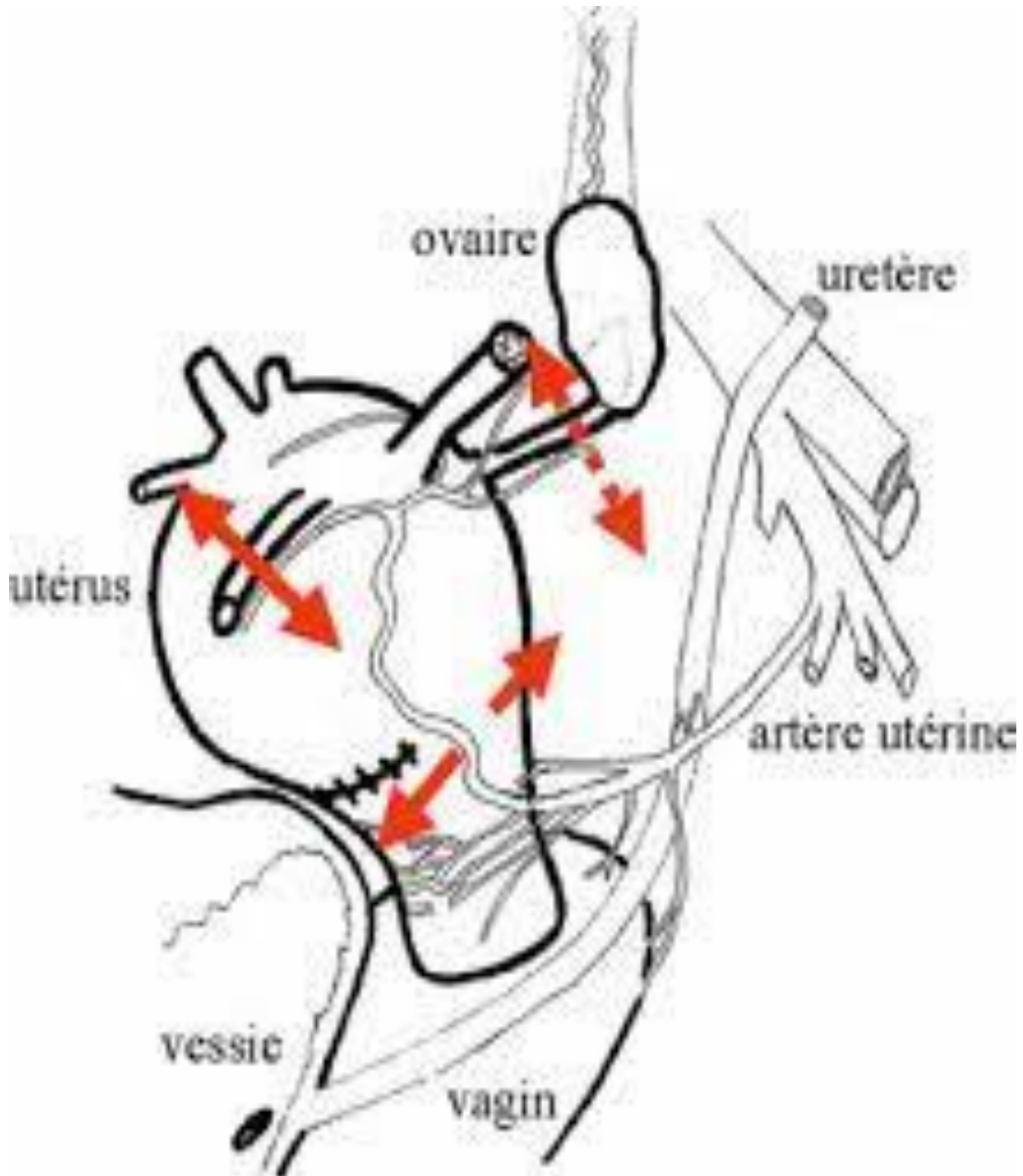
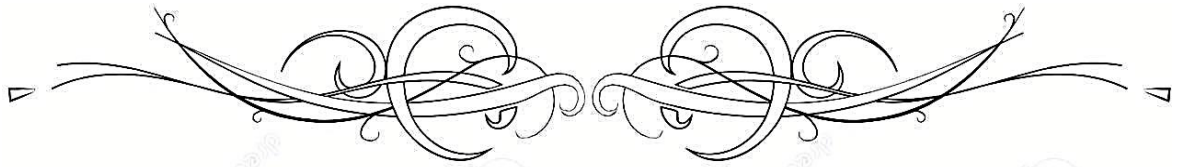
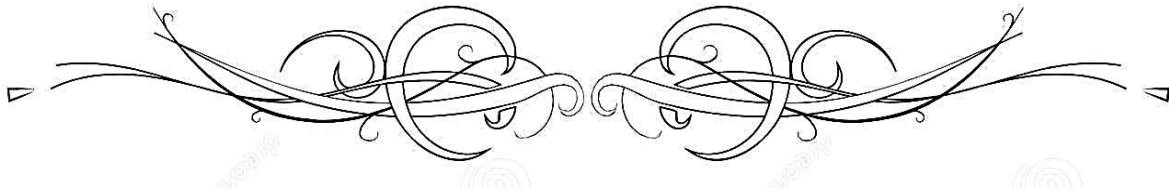


Figure 8 : La technique de Tsirulinkov sur la triple ligature des ligaments rond, des artères utérines et le ligament utero ovarien [27].



METHODOLOGIE



2 METHODOLOGIE

2.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de Mopti.

➤ Le centre de santé de référence de Mopti

Présentation du district sanitaire

- Historique :

Le centre a existé sous le nom d'A.M. A (Assistance Médicale Africaine), pendant la période coloniale, d'A.M. (Assistance Médicale) à l'avènement de l'indépendance, de service socio-sanitaire à partir de 1976, et de centre de santé de cercle en 1995.

A partir de 1995, les démarches ont été entreprises pour l'organisation de la référence / évacuation. Le système de référence / évacuation a vu le jour à partir du 4^{ème} trimestre 2005.

De 1976 à nos jours huit (8) Médecins Chefs se sont succédé.

- **Situation** : Le CSRéf de Mopti est situé dans l'aire de santé de Komoguel 2, quartier du même nom. Il est limité :

- Au Sud par le Lycée Amadou Garba SAMASSEKOU,
- A l'Est par l'Hôtel Kanaga,
- Au Nord par le fleuve Niger,
- Et à l'Ouest par la Mairie Urbaine de Mopti.

- **Bâtiment** : Le Centre de Santé de Référence de Mopti comprend Neuf (9) blocs :

Bloc 1 : Administratif comprend:

- Un bureau du Médecin-Chef,
- Un bureau de la Secrétaire,
- Un bureau du chef du Personnel
- Deux bureaux comptables,
- Un bureau du chargé SIS,
- Un bureau d'hygiène
- Une salle de réunion,
- Un magasin,

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

- Un bureau des médecins,
- Une salle d'informatique,
- Une salle d'archive.

Bloc 2 : Bloc de chirurgie:

- Un bureau du chirurgien,
- Une Salle de plâtre,
- Un bureau du Diabétologue,
- Un bureau ORL,
- Une salle (Box) de consultation de la Maternité,
- Une salle Néonatalogie,
- Un bureau d'Anesthésiste,
- Deux salles de garde,
- Sept hospitalisations,
- Deux salles VIP,
- Une salle de soins.

Bloc 3 : Maternité

- Un bureau du Gynécologue,
- Un bureau de la sage-femme maitresse,
- Une salle pour le planning familial et CPON,
- Une salle de garde,
- Une salle d'accouchement,
- Une salle de Travail,
- Une salle de Tété,
- Une salle des femmes Césarisiées,
- Une salle Suites de Couche,
- Une salle de Soins,
- Une salle pour la CPN.

Organisation du Service :(Voir Organigramme du CSRéf en annexe)

Le centre de santé de référence de Mopti est une structure Socio-sanitaire de second niveau dirigé par un Médecin-chef par intérim. Il a sous son contrôle 34 aires de santé dont 27

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

fonctionnelles et 7 non fonctionnelles. Le Système de la Référence/Evacuation est effectif mais souffre du non-paiement des cotisations par certains acteurs. Tous les CSCOM sont tenus par des infirmiers ou par des médecins. Le service local du développement social et de l'économie solidaire est dirigé par 1 Chef de service à la tête d'une équipe composée de 2 Administrateurs de l'Action Social, 2 Techniciens de Travail Social et 1 secrétaire. Le service local de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille est représenté par un chef de service. C'est ainsi pour la mise en œuvre du PRODESS III, ces trois services (CSRéf, SLDSES, et SLPFEF) mènent ensemble toutes les activités de santé, d'action sociale et de promotion de la femme dans le cercle de Mopti pour mieux satisfaire les besoins de la population.

En effet au CSRéf, outre la consultation curative il existe :

- Une unité de Santé de la reproduction, comprenant :
 - Une section de consultation Gynécologique, tenue par 1 Gynécologue, 1 médecin et 1 Sage-femme.
 - Une section de consultation pré-natale, tenue par 2 Sages-femmes et 1 Infirmière Obstétricienne (IO) qui font en même temps la CPN et le counseling ;
 - Une section CPON, tenue par 2 Sages-femmes ;
 - Une section de planification familiale, tenue par 2 Sages-femmes et 1 IO;
 - Une section de déclaration de naissance, tenue par 2 Sages-femmes ;
 - Une section d'hospitalisation, tenue par 1 Sage-femme et 1 IO;

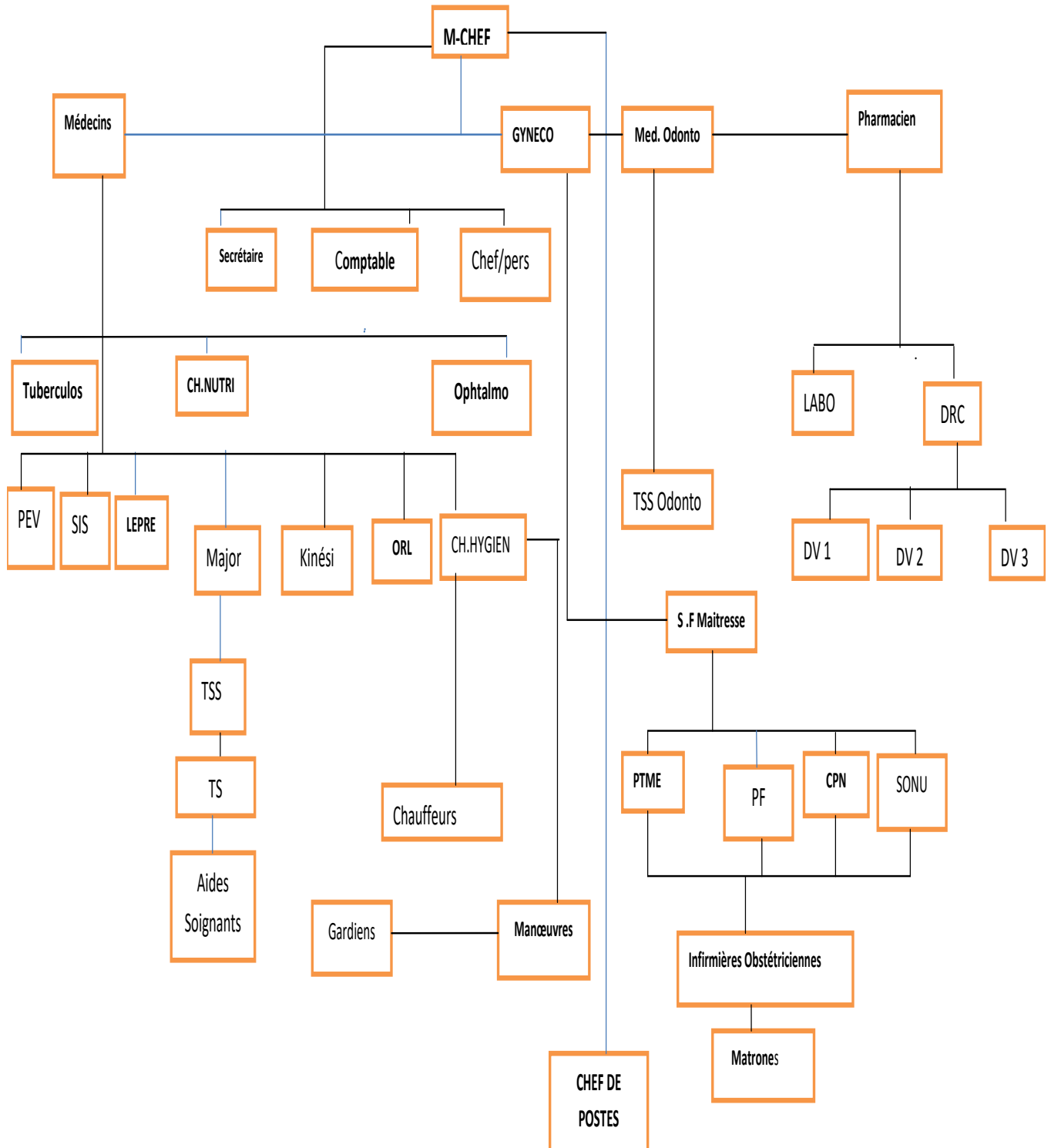
La garde de cette unité est assurée par un médecin, deux Sages-femmes et une IO par jour.

- Une unité de prévention et lutte contre la maladie, comprenant :
 - Une section tuberculose, tenue par un Technicien Supérieur de santé ;
 - Une section Ophtalmologie, tenue par un Assistant d'ophtalmo;
 - Une section lèpre, tenue par un Technicien de santé ;
 - Une section ORL non fonctionnelle pour le moment ;
 - Une section kinésithérapie, tenue par un Technicien Supérieur de santé ;

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

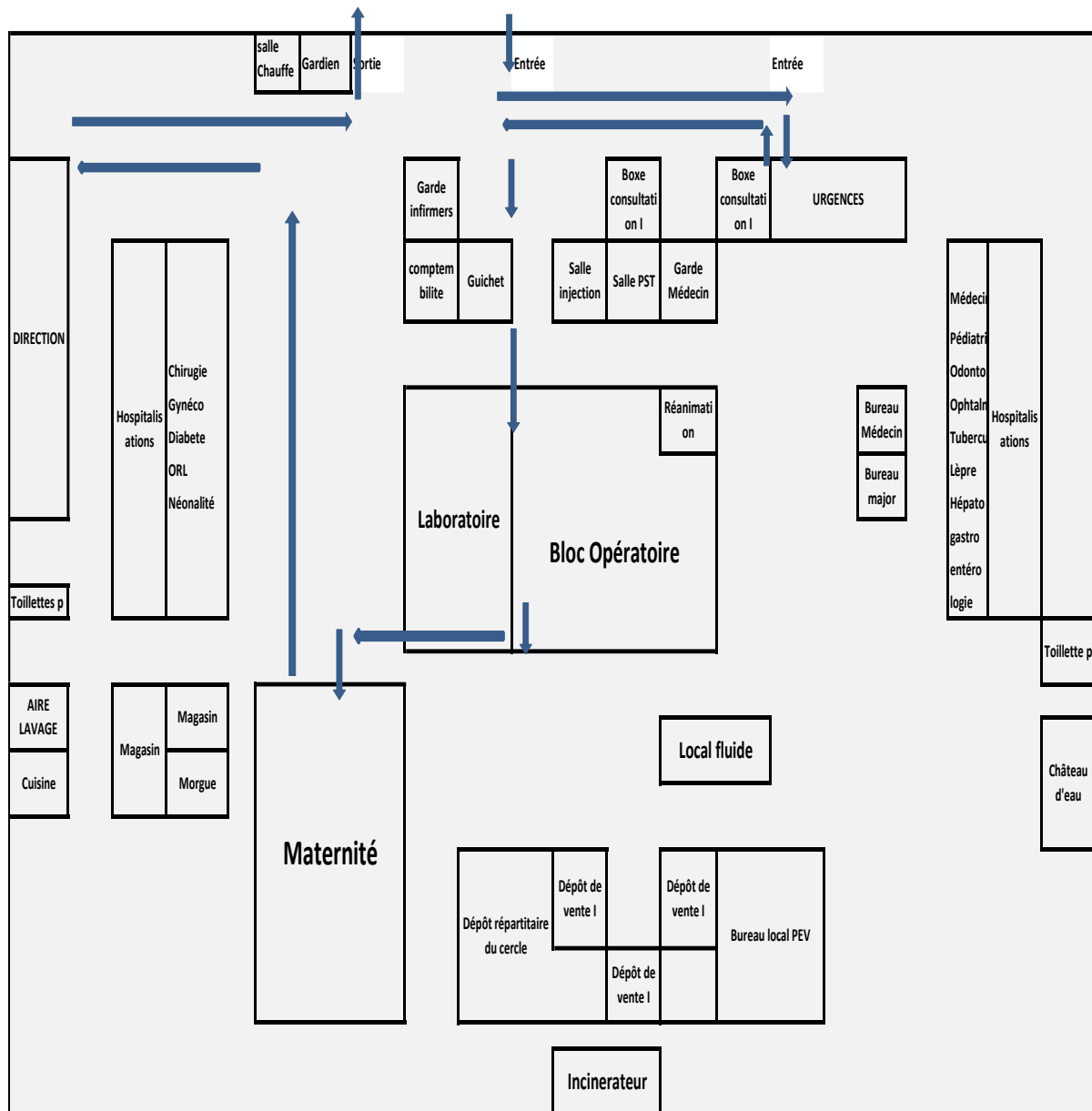
- Une unité d'hygiène et d'assainissement, tenue par un Technicien supérieur d'hygiène;
- Une unité de chaîne de froid pour la conservation des vaccins, tenue par un Technicien supérieur de santé et un Technicien de santé ;
- Une unité chargée du système d'information sanitaire, tenue par un Technicien Supérieur de santé et une technicienne de santé;
- Une unité pour la gestion /comptabilité, tenue par un gestionnaire et deux comptables;
- Une unité pharmacie comprenant :
 - Une pharmacie gérée par un pharmacien ;
 - Un laboratoire, tenu par 2 techniciens supérieurs de laboratoire, et 4 techniciens de laboratoire ;
 - Un dépôt répartiteur du cercle, tenu par un technicien de santé;
 - Trois dépôts de vente des médicaments, tenus par 1 gérant chacun;

ORGANIGRAMME DE FONCTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE MOPTI.



**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

LE CIRCUIT DE LA VISITE



2.2 Type et période d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et descriptive.

2.2.2 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2020 soit une période 6 mois.

2.3 . Population d'étude

Elle est constituée de l'ensemble des parturientes admises dans le service pendant la période d'étude

2.4-Échantillonnage :

Méthode :

La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste

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 Mopti et qui ont accouché par voie basse.

2.4.1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes ayant accouché au CSRéf de Mopti par voie naturelle et qui ont bénéficié de la GATPA.

2.4.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne ; celles qui ont accouché à domicile et celles qui ont été admises avec une rétention placentaire

2.5 Variables étudiées :

Tableau V : Les variables

Nom de la variable	Type de la variable	Echelle
Age	Quantitative	Année
Profession	Qualitative	Numérique
Terme de la grossesse	Quantitative	Mois
Ethnie	Qualitative	Numérique
Consultation prénatale	Quantitative	Unité
Pression artérielle	Quantitative	Cmhg
Température	Quantitative	Degré Celsius
Hauteur utérine	Quantitative	Cm
Age gestationnel	Quantitative	Semaine
Perte sanguine	Quantitative	ml

2.6 Source des données : les données ont été collectées à partir

- Les dossiers d'accouchement.
- Les carnets de CPN.

2.7 Technique de collecte

Les données ont été enregistré sur une fiche d'enquête individuelle.

2.8 . Matériel d'évaluation de la perte sanguine

-Avant la délivrance un bassin de lit est placé sous les fesses de la femme afin d'estimer la quantité de sang perdue.

-Dans les six (6) heures nous avons évalué la quantité de sang perdue à travers l'imprégnation des couches de protection

2.9. Traitement des données

La saisie des textes a été effectuée sur le logiciel word2016. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Version 20.

2.10. Aspect éthique :

Toutes les patientes ont été soumises à un counseling avec leurs consentements éclairés. Ce consentement a été obtenu à l'interrogatoire de la patiente. L'anonymat a été respecté.

2.11. Définitions opératoires

Primigeste = 1 grossesse

Paucigeste = 2 à 3 grossesses

Multigeste = 5 à 6 grossesses

Grande multigeste > à 6 grossesses

Nullipare = 0 accouchement

Primipare = 1 accouchement

Paucipare = 3 à 4 accouchements

Multipare = 5 à 6 accouchements

Grande multipare > à 6 accouchements

Terme de la grossesse : 37-42SA

Avant terme : 22-37SA

Les critères pour déterminer l'Age gestationnel il a été calculé soit à partir : de la date des derniers règles, d'échographie obstétricale, la hauteur utérine, état du nouveau-né

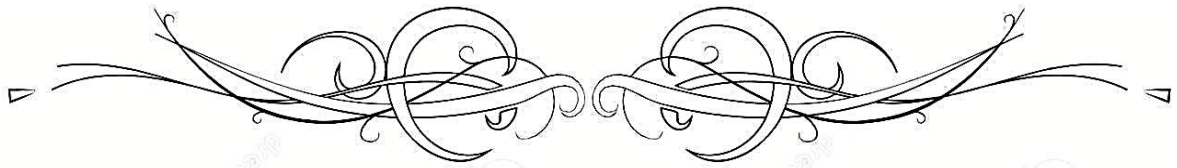
Anémie modérée : taux d'hémoglobine situe entre 7 à 9,9 g/dl ;

Saignement minime \leq 500 CC

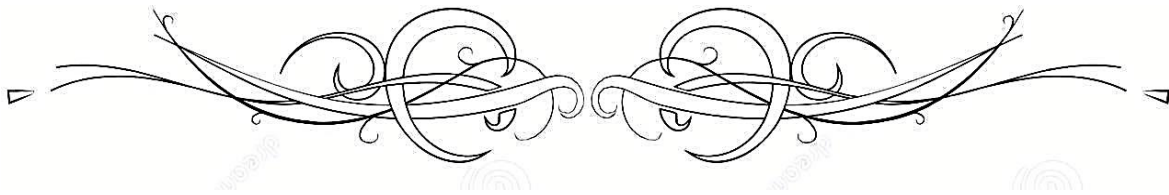
Saignement abondant > 500 CC

Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;

Référence : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée en dehors de toute situation d'urgence.



RESULTATS



I. RESULTAT

Fréquence : Du 1er janvier 2020 au 30 juin 2020 nous avons colligé au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CSRéf de Mopti 482 accouchements par voie basse et toutes parturientes ont bénéficié de la GATPA soit une fréquence de 100%

1- Caractéristiques sociaux démographiques

Tableau VI: : Répartition des patientes selon la tranche l'âge

Tranche d'âge(année)	Effectifs	Pourcentage (%)
≤ 19	85	17,6
20-30	294	61,0
31-39	97	20,1
≥40	6	1,2
Total	482	100

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentée soit une fréquence de 61,0% avec l'âge moyenne 28 ans

L'âge extrême était de 14 ans et 44 ans

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	403	83,6
Fonctionnaire	12	2,5
Elève ou Etudiante	50	10,4
Commerçante	14	2,9
Autres	3	0,6
Total	482	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées soit une fréquence 83 ,6%

Autres : Artiste, aide-ménagère, restauratrice.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la mode admission

Mode admission	Effectifs	Pourcentage(%)
Venue d'elle-même	465	96,5
Référée	5	1,0
Evacuée	12	2,5
Total	482	100

Les parturientes venues d'elle-même représentaient 96 ,5%.

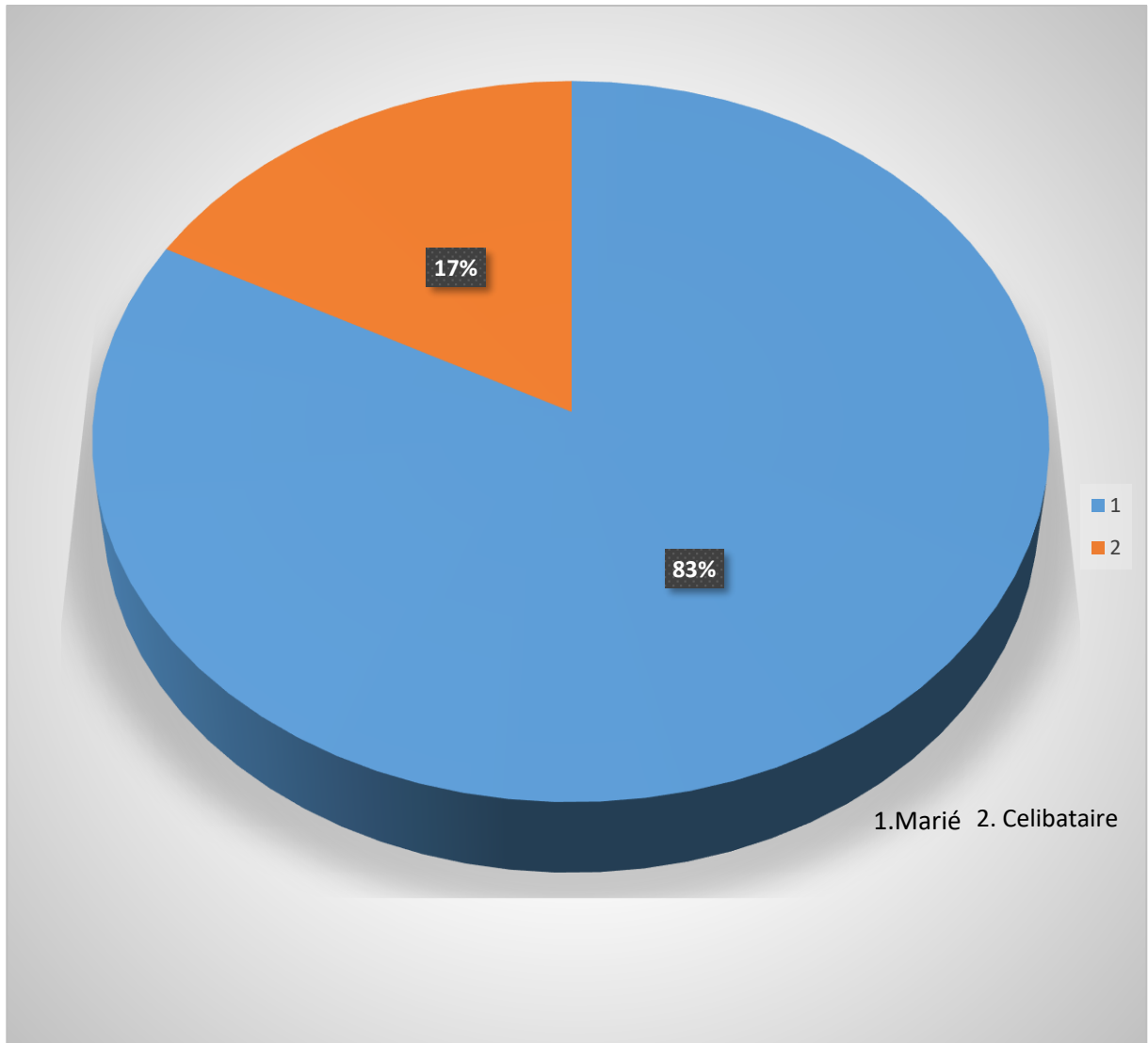


Figure 9 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Les mariées représentaient 98,3% des parturientes

Tableau IX : Répartition des patientes selon la gésité

Gésité	Effectifs	Pourcentage(%)
Primi geste	113	23,4
Pauci geste	164	34,0
Multi geste	104	21,6
Grande multi geste	101	20,9
Total	482	100,0

Les pauci gestes étaient les plus représentés soit une fréquence de 34,0%

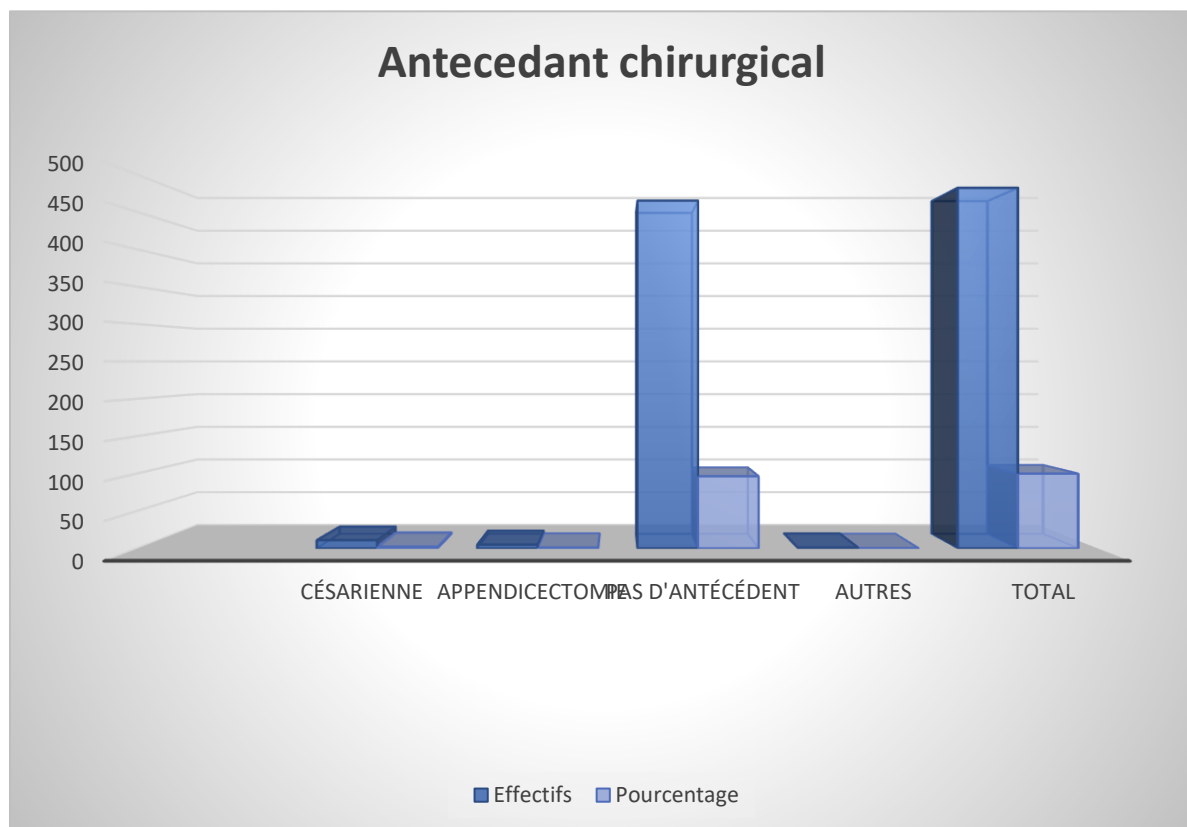


Figure 10 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Dans 96,5% des parturientes n'avaient pas d'antécédent chirurgical

Tableau X : Répartition des patientes selon les de facteurs risque d'hémorragie

Facteurs risque d'hémorragie	Effectifs	Pourcentage(%)
Macrosomie foetale	4	0,8
Grossesse multiple	36	7,5
Hydramnios	1	,2
Multiparité	89	18,5
Utérus cicatriciel	8	1,7
HTA	13	2,7
Sans facteur de risque	331	68,7
Total	482	100,0

Les multipares représentent 18.5%

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'antécédent médicaux

Pathologies	Effectifs	Pourcentage(%)
Cardiopathie	3	0,6
Asthme	3	0,6
VIH	2	0,4
HTA	10	2,1
Anémie	2	0,4
Aucune pathologie	462	95,9
Total	482	100,0

Les femmes qui n'avaient pas de pathologie sur grossesse représentent 95.9%

2- Caractéristiques cliniques

Tableau XII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.

Terme de la Grossesse	Effectifs	Pourcentage%
A terme (37 – 42 SA)	425	88,2
Pré terme (28 -36 SA+06jours)	33	6,8
Post-terme >42 SA	24	5,0
Total	482	100,0

La grossesse était à terme dans 88 ,2 %

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales réalisées

Consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage (%)
0	74	15,4
1 à 3	220	45,6
4 et plus	188	39,0
Total	482	100,0

39% des parturientes avaient effectué au moins 4 consultations pré natales.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage (%)
Bon	467	96,9
Passable	15	3,1
Total	482	100,0

3,10% des femmes avaient un état général passable

Tableau XV: Répartition des patientes selon la pression artérielle systolique a l'admission

Pression artérielle systolique en mm/hg	Effectifs	Pourcentage (%)
<140 mm hg	403	83,6
140-160 mm hg	60	12,5
>160 mm hg	19	3,9
Total	482	100,0

Au cours de notre étude 3,9% des parturientes ont une pression artérielle systolique supérieure à 160mmhg.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la pression artérielle diastolique a l'admission

Pression artérielle systolique en Effectifs mm/hg		Pourcentage (%)
<90 mm hg	411	85,3
90-110 mm hg	55	11,4
>110 mm hg	16	3,3
Total	482	100,0

Au cours de notre étude 85,3% des parturientes ont une pression artérielle diastolique inferieur a 90mmhg.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la température

Température	Effectifs	Pourcentage(%)
Hypothermie	01	0,2
Normale	480	99,6
Fièvre	01	0,2
Total	482	100

99,6% de nos parturientes avaient une température normale.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 32	56	11,6
32-35	409	84,9
≥ 36	17	3,5
Total	482	100,0

3,5% de nos parturientes avaient une hauteur utérine excessive

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la qualification de l'accoucheur

Qualification de l'accoucheur	Effectifs	Pourcentage (%)
Gynécologue	3	0,6
Médecin généraliste	9	1,9
Sagefemme	388	80,5
Infirmière obstétricienne	2	0,4
Matrone	19	3,9
Thésard	61	12,7
Total	482	100,0

Sage-femmes étaient les prestataires les plus représentés soit 80.5%

Tableau XX: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Coloration des conjonctives	Effectifs	Pourcentage (%)
Colorées	466	96,7
Pâles	16	3,3
Total	482	100,0

96,7 des parturientes avaient les conjonctives bien colorées.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la perte sanguine

Perte Saignement	Effectif	Pourcentage (%)
Minime	468	97,1
Abondante	14	2,9
Total	482	100

Dans 2 ,9 % des patientes le saignement est abondant

Tableau XXII : Relation entre HDD et la durée totale du travail

HDD	Durée totale du travail			Totale
	2-6 H	7-11 H	12-16 H	
Oui	6	7	1	14
Non	223	220	25	468
Totale	220	227	26	482

Khi2= 0,173279 p= 0,917008 ddl= 2 α = 0,05 c= 5,99

C valeur est supérieur a Khi2 donc pas de corrélation entre la durée de travail et l'HPPI.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les causes de l'hémorragie du post partum

Causes d'HPP	Effectifs	Pourcentage (%)
Inertie utérine	10	2,1
Rétention des débris placentaires	4	0,8
Pas d'hémorragie	468	97,1
Total	482	100,0

Les hémorragies du post-partum par inertie utérine représentaient 2,1%

3- Pronostic maternels et prise en charge

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance.

Hémorragie de la délivrance	Effectifs	Pourcentage (%)
NON	468	97,1
OUI	14	2,9
Total	482	100,0

L'hémorragie de la délivrance était présente dans 2,9% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le traitement médical associé à la GATPA

Traitement médical associé à la GATPA	Effectifs	Pourcentage (%)
Révision Utérine	16	3,3
Ocytocine	10	2,1
Misoprostol	21	4,4
Aucun geste associé	435	90,2
Total	482	100,0

Les parturientes n'ayant pas besoin de traitement étaient les plus représentées soit une fréquence de 90,2%.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'hémorragie de la délivrance par rapport à la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
≤ 19	2	14,2
20-30	5	35,7
31-39	6	43,0
≥40	1	7,1
Total	14	100,0

Les tranches d'âge de 31-39 sont les plus représentées soit 43%

Tableau XXVII : Relation entre la survenue de HDD et la tranche d'âge

HDD	Tranche d'âge				Totale
	≤ 19	20-30	31-40	> 40	
Oui	1	5	8	0	14
Non	84	289	89	6	468
Totale	85	294	97	6	482

$X^2 = 12,408822$ ddl= 3 p= 0,006106

Tableau XXVIII : Relation entre HPPI et les facteurs de risque

Facteur de risque	HPPI				Totale	
	Oui	%	Non	%	N	%
Macrosomie fœtale	0	0	4	0,8	4	0,8
Grossesse multiple	3	0,6	36	7,5	39	8,1
Hydramnios	0	0	1	0,2	1	0,2
Multiparité	4	0,8	85	17,6	89	18,5
Utérus cicatriciel	1	0,2	7	1,5	8	1,7
HTA	3	0,6	8	1,7	11	2,3
Aucun	3	0,6	327	67,8	330	68,5
Totale	14	2,9	468	97,1	482	100

Khi2= 34,549332 p= 0,000005 ddl= 6 α = 0,05 C= 12,59

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon l'HDD par rapport à la transfusion sanguine.

Transfusion	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	5	35,7
NON	9	64,3
Total	14	100

Les transfusées représentent 35,7%.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le nombre d'unité de sang transfuse.

Nombre d'unité de sang	Effectifs	Pourcentage
2	3	60
1	2	40
Total	5	100

Deux (02) patientes ont reçue deux (2) poches soit 60%



***COMMENTAIRES ET
DISCUSSION***



II. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

2.1. Approche méthodologique

Nous avons mené une étude longitudinale avec collecte prospective des données.

Il s'agit d'une étude première dans notre département sur une étude pratique sur la GATPA.

Nous avons rencontré des limites au cours de l'étude à savoir :

- Le non-respect des rendez-vous par certaines patientes pour le contrôle dans le post partum
- Les pertes de vue

Néanmoins nous avons noté des points forts tels que l'examen des patientes a été mené par plusieurs observateurs et aussi il s'agit d'une étude prospective ce qui a permis de diminuer les biais dans l'analyse de données

Malgré ces limites, les résultats obtenus nous ont permis d'avoir une idée sur la pratique de la GATPA chez les femmes ayant accouché par la voie basse et de comparer avec les données de la littérature.

2.2. Fréquence

Du 1er janvier 2020 au 30 juin 2020 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique du CS Réf de Mopti 482 accouchements dont toutes les parturientes ont bénéficié de la délivrance active soit une fréquence de 100%.

Le même constat a été fait par d'autres auteurs africains [28, 29,30]. Une étude faite en France (2012) [31], retrouvait une effectivité de pratique de la GATPA à 96,67%. L'effectivité de la pratique de la GATPA dans notre travail est liée à l'organisation des soins en salle d'accouchement. En effet au cours de l'accouchement la parturiente est assistée par au moins trois prestataires de service dont les tâches sont réparties comme suit :

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

2.3. Caractéristiques socio démographiques

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentée soit une fréquence de 61 % avec des extrêmes de 14 à 44 ans.

Notre résultat est proche à ceux apportés par CISSE I [9] et KEITA A M [28] qui avaient trouvé respectivement de 60 % et 78% pour la tranche d'âge 20 à 30ans.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale la plus intense.

La plupart des parturientes résidaient en zone urbaine soit 95,2%. Sur les 14 cas d'hémorragie de la délivrance que nous avons trouvé dans notre série ; douze (12) résidaient en zone rurale. Cela pourrait être dû au non-observance des CPN au cours de la grossesse, qui pourrait permettre de les déceler à risque d'hémorragie de la délivrance.

La majorité de nos parturientes était des ménagères soit 83,6%. Elles représentaient 75% des patientes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance ; ce résultat était supérieur à ceux trouvés par CISSE I [9] et KEITA A M [28] qui étaient 68,1% et 64,2%.

Cela peut être expliqué par le faible taux d'alphabétisation des femmes dans notre étude.

La majorité de nos parturientes, soit 98,3% étaient des femmes mariées. L'hémorragie de la délivrance n'a été observée que chez les femmes mariées.

Ce résultat était très proche à ceux trouvés par CISSE I [9] et KEITA A M [28] qui étaient de 96,40 % et 88,90%.

Ce qui peut s'expliquer par le fait que la conception avant le mariage est mal acceptée dans notre société traditionnelle.

L'ethnie la plus représentée était les bozos soit une fréquence de 27% suivie des peulhs 21,7%. Ces différentes ethnies constituent la quasi-totalité de la population.

16 parturientes avaient un antécédent chirurgical soit 3,3% de l'échantillon. La césarienne représentait 2,3% des antécédents chirurgicaux suivie d'appendicectomie 1%.

96,5% des parturientes sont venues d'elle-même soit 9 sur 10. Deux (2) cas parmi les hémorragies de la délivrance ont été évacués d'autres structures.

2.4. Les caractéristiques cliniques

Notre étude révélait que les pauci pares étaient plus fréquentes soit 34% suivies des primipares 23,4%. Ce résultat était proche à celui trouvé par CISSE I [9] 38,2%.

Les grandes multipares étaient les moins nombreuses avec 20,5% et elles constituaient 50% des cas d'hémorragie de la délivrance.

En somme la parité influe sur la survenue de l'hémorragie de la délivrance.

39 % de nos parturientes avaient réalisé au moins 4 CPN. Ce résultat était proche à celui trouvé par CISSE I [9] 40,5%. Cela pourrait s'expliquer par les politiques nationales de santé de la mère et de l'enfant font la promotion des consultations prénatales.

Quant à la qualité des prestataires, la majorité des CPN était réalisée par des sage-femmes, soit 80,5% ; suivies des matrones et médecins généralistes respectivement 3,9% et 1,9%.

88,7% des grossesses étaient à terme, le pré-terme représente 6,8%. Ce résultat se rapproche de celui de KONE Y [32] soit 82,7% de grossesses à terme et inférieur à celui de CISSE I [9] qui a rapporté 92,7% de grossesse à terme et 7,3% de prématurité. Selon LACOME M [33], la prématurité peut entraîner une rétention placentaire se compliquant d'hémorragie de la délivrance, cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

Nous avons trouvé que 84,9% de nos patientes avaient une hauteur utérine normale et 3,5% une hauteur utérine excessive. Ce résultat était inférieur à celui rapporté par CISSE I [9] en 2013 qui avait trouvé respectivement 93,3% de hauteur utérine inférieure à 36cm, elle était supérieure à 36cm chez 7,3% des parturientes.

La hauteur utérine excessive dans notre série était due à la macrosomie, la grossesse multiple et l'hydramnios ; elles sont à l'origine de la surdistension utérine qui est un facteur de risque de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Nous avons ausculté les bruits du cœur fœtal à l'aide du stéthoscope de Pinard. Ils étaient normaux dans 90% des cas compris entre 120 et 160 battements par minute.

La présentation céphalique a été la plus dominante suivie de celle du siège avec respectivement 97,9% et 2,1%.

Ce résultat était proche à celui trouvé par CISSE I [9] qui était 95,5% et 4,5%.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

Cette fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer que ce sont les types de présentations qui sont compatibles avec les accouchements par voie basse.

Dans notre étude 95% des parturientes avaient un bassin cliniquement normal contre 5% de bassin limite. C'est le type de bassin qui est compatible avec les accouchements par voie basse. Ce résultat était proche à celui rapporté par CISSE I [9] en 2013 qui était 95,5% de bassins normaux et 5,5% de bassins pathologiques.

Nous avons trouvé que 77,2% des parturientes avaient de membranes intactes contre 22,8% de membranes rompues, ce résultat était supérieur à celui trouvé par CISSE I [9] soit 55,5% et 44,5%.

La durée de la délivrance a été comprise entre 4 à 5 minutes dans 70% des cas ; elle a été comprise entre 6-15 minutes dans 25,5% des cas.

Nous avons observé 4,5% de délivrance entre 16-30 minutes.

Il n'y a pas eu de cas de délivrance après 30 minutes. Cela s'expliquerait par le fait que la délivrance active est caractérisée par une troisième période très courte.

La durée totale du travail a été inférieure ou égale à 12 heures chez 94,6% des cas, 5,4% avaient un travail prolongé (supérieur à 12 heures). Ce résultat était supérieur à celui trouvé par CISSE I [9] qui avait trouvé respectivement 84,5% et 15%.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que la délivrance active seule ne permet pas de réduire significativement la durée du travail. Le choix de l'ocytocine se justifie par les résultats des différentes études [25, 28, 9, 28, 34, 33] qui sont parvenus à la conclusion suivante : utilisé l'ocytocine quand elle est disponible car il est possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves périodes (1 mois à 30°C et 2 semaines à 40°C) elle a une meilleure stabilité.

Nous avons trouvé que 98,8% de nos parturientes avaient une bonne rétraction utérine ; par contre CISSE I [9] avait trouvé 97,7% des parturientes avaient un utérus bien rétracté contre 2,3% qui avaient un utérus mal rétracté. Ce résultat nous permet de dire que la délivrance active est associée à une bonne rétraction utérine après l'accouchement.

Nous avons noté 2,9% d'hémorragie de la délivrance, ce taux était inférieur à celui de CISSE I [9] qui était 3,6%

Notre fréquence basse par rapport à celle de l'étude américaine [34] qui est de 17,6% d'hémorragies de la délivrance s'explique par le fait que dans les pays développés les

conditions dans lesquelles les parturientes accouchent leur permettent de mesurer la quantité de sang perdue après la délivrance alors que dans notre contexte l'évaluation est faite par estimation.

2.5. Pronostic maternel et prise en charge

L'accouchement a été normal chez 99,2% des cas ; prématuré chez 0,8% des cas proche à celui de CISSE I [9] qui était respectivement 93,6% et 6,4%. Selon LACOMME M [33], il existe un rapport entre la prématurité et l'hémorragie de la délivrance.

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de cas d'hémorragies de la délivrance chez les parturientes ayant accouché prématurément.

Nous avons trouvé que 98,8% des parturientes avaient une tension artérielle normale après l'accouchement ; 1,2% avaient une hypertension artérielle.

La rapidité et la rigueur dans la prise en charge des parturientes pourraient expliquer ces chiffres tensionnels.

Nous avons trouvé que 2,3% des parturientes avaient une bradycardie après l'accouchement ; 97,7% avaient un pouls maternel normal après l'accouchement, ce résultat était proche à celui rapporté par CISSE I [9] qui était respectivement 5,4% et 94,6%. Cela nous montre que la délivrance active est associée à moins de modification du pouls maternel.

Les conjonctives étaient colorées chez 96,7% des accouchées ; et pâles chez 3,3% des accouchées.

Notre résultat était proche à ceux rapportés par certains auteurs CISSE I [9] en 2013 avait rapporté 86,4% de conjonctives colorées ; 17,7% moyennement colorées et 0,9% pâles.

Koné Y [31] avait rapporté en 2006 86% de conjonctives colorées, 12% de conjonctives moyennement colorées et 2% de conjonctives pâles. Cela pourrait s'expliquer par la bonne pratique de la GATPA.

Dans notre étude, nous avons trouvé que 97,1% de nos patientes avaient des saignements minimes et 2,9% de saignements abondants. Ce résultat était proche de CISSE I [9] qui avait trouvé que 96,4% avaient des saignements minimes et seulement 3,6% avaient des saignements abondants. Les étiologies de ces saignements étaient dominées par la rétention placentaire partielle et / ou de membranes pour lesquelles n'a pas d'effet, elle permet de lutter contre l'HPP par atonie utérine.

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

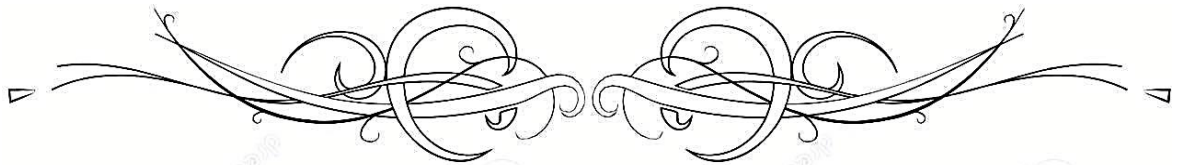
Par contre une étude américaine [34] a rapporté une perte sanguine moyenne de 355 ml après la délivrance active. Nous remarquons que la délivrance active est associée à une réduction de perte sanguine lors de l'accouchement.

Les cas d'hémorragies de la délivrance ayant nécessité de la transfusion sanguine étaient de 36%. Ce résultat était inférieur de celui de CISSE I [9] qui était 50%, cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

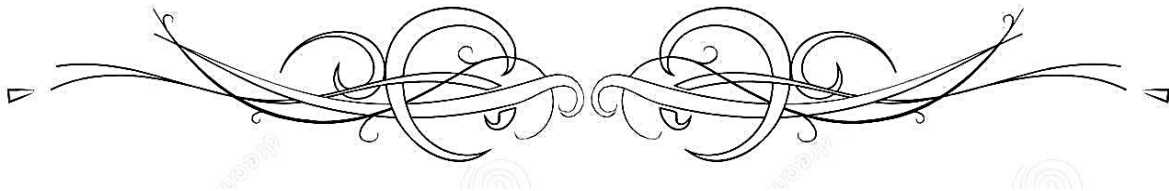
Cependant dans notre étude, nous avons notifié 14 cas d'hémorragie de la délivrance dont 5 cas ayant été transfusés.

De l'analyse de nos résultats nous remarquons qu'il y a une réduction de la transfusion sanguine et d'ocytocine thérapeutique associée à la délivrance active.

Nous n'avons pas observé de décès au cours de notre étude, tout comme CISSE I [9] qui n'avait pas enregistré de décès au cours de son étude.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

La GATPA était pratiquée de façon systématique dans le dans le centre de sante de référence de Mopti.

Au regard de nos résultats nous pouvons dire que la GATPA permet de réduire la durée de la délivrance et le risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Cependant des efforts restent à fournir dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance du fait de la mortalité et de la morbidité liées à cette pathologie.

Recommandation

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

1- Aux autorités administratives, politiques et communales de la région de Mopti

Appuyer les autorités sanitaires du centre de santé de la référence de Mopti dans le processus de formation continue du personnel en GATPA.

Faire une étude évaluative de la GATPA dans toutes les structures du district sanitaire de la référence de Mopti y compris les structures privées et confessionnelles.

2- Aux responsables du district sanitaire de la référence de Mopti

Pérenniser la formation continue en GATPA de tout le personnel en charge des accouchements et des suites de couche.

Insister au cours de cette formation sur :

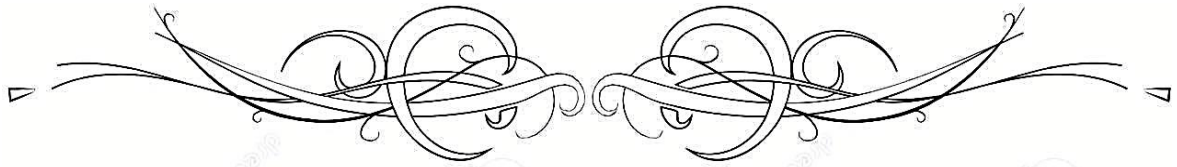
L'impérieuse nécessité d'examiner systématiquement le délivre.

L'abandon de la pression du fond utérin (risque d'inversion utérine) et de la révision utérine sans indication (risque infectieux, douleur, désagréable).

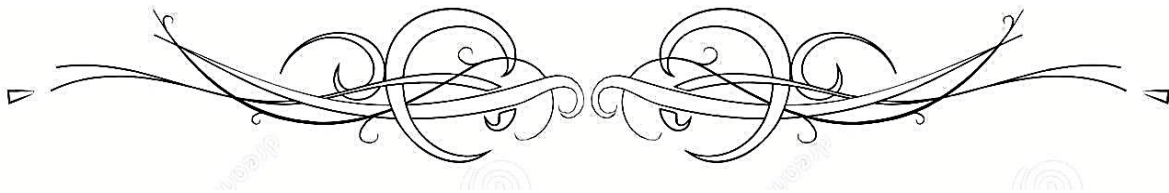
Organiser des supervisions internes grandeur nature dans le but de corriger séance tenante les insuffisances dans l'administration de la GATPA.

3- A la population :

Accoucher dans les centres de sante



REFERENCE

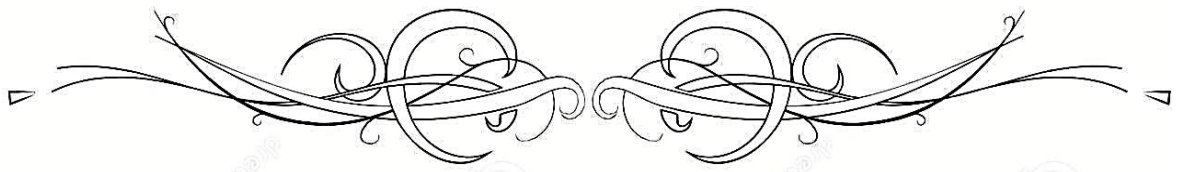


4. REFERENCES

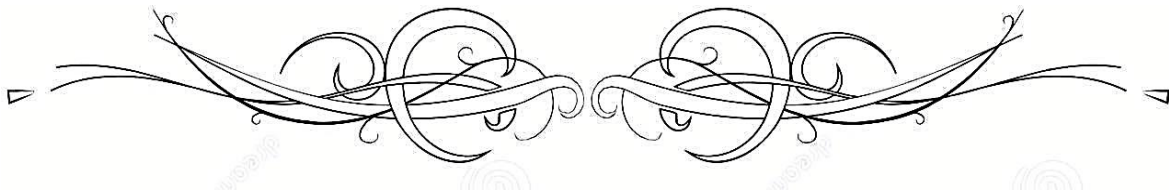
1. **Merger R, Levy J, J Melchior J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition MASSON 1995.
2. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** Réduction de la mortalité maternelle déclaration commune, OMS, FNUP, UNICEF, BANQUE MONDIALE GENEVE 1999.
3. **Organisation mondiale de la santé (OMS) 2017/** Indicateurs du développement dans le monde.
4. **Cellule de Planification de la Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International :** Enquête Démographique et de Sante au Mali (EDS V) 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT, et ICF International 2012-2013.
5. **Cellule de Planification de la Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International :** Enquête Démographique et de Sante au Mali (EDS VI) 2018-2019. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT, et ICF International 2018-2019.
6. **Keita S.** Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du POINT G, Thèse de médecine 2003 N°47.
7. **Dolo AI, Traoré M,** Anémie chez la femme en ceinte Université du Mali, FMPOS, société médicale.
8. **PATH,** Sante maternelle et neonatale, prevention de l'hemorragie du post-partum, prise en charge du troisieme stade du travail. Mai 2002 ; volume 19 ; N°3.
9. **Cissé I.** Etude pratique de la gestion active de la troisieme periode de l'accouchement à l'hôpital Sominé dolo de mopti. Thèse de médecine 2013 ; N°289.
10. **-Initiative .** pour la prevention de l'hemorragie du post-partum – Path 10 fevrier 2007
11. **.Kamina P.** L'essentiel en Anatomie (2013), 381 pages. Edition Maloine, Paris (France)
12. **Kamina P, Demondion X, Richer JP, Scépi M, Faure JP.** Anatomie clinique de l'appareil génital féminin, éditions scientifiques et médicales Elsevier 2003.
13. **Ministère de la Sante/PRIMEII Bamako.** Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post-partum 2003. Pages 55

- 14. Annie.** Hémorragie de la délivrance. Thèse de médecine, Cotonou 2003 n°35.
Pages
- 15. MAGUIRAGA M.** Etude de la mortalité maternelle au Mali, causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, Thèse médecine ; Bamako-Mali 2000 ; N°110.
- 16. Schuurman N , Mackinnon k, Duncan E. Lane C.** Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post partum. Journal SOGC SOC Obstet Gynecol can 2000 ; 22(4) 282-94.
- 17. FIGO ICM. 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.
- 18. World Health Organization (WHO)** 1993. Stability of injectable oxytocics in tropical climates:Resultats of field surverys and stimulation studies on ergometrin
- 19. Pierre F.** Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier (France) : Éditions Sauramps médical ; 1998. P 203-215.
- 20. Arurkumarans.** Thesurgical management of post-partum haemorrhage.Best practice research Chirurgial,obstet Gyneacol.fevr 2002,1698.
- 21. SOMAGO.** livre des abstrats VIIème congrès de la SAGO (Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique) à Bamako du 12-17 janvier 2003 2^{ème} congrès.
- 22. Strasbourg. Universitaires des Hôpitaux de gynécologie obstétrique** hémorragie de la délivrance, Protocole de la fédération -2001
- 23. Goffinet F.** Hémorragies de la délivrance. Prise en charge en France artificiel du travail, hémorragie de la délivrance. Journal de gynécoobstet et biol. De la reproduction 1997 vol 26 :26-33.
- 24. Ould Lardz, Taleb AhmedL.**Utilisation des prostaglandines dans les hémorragies obstétricales par atonie utérine Revfavergynecol –obstet 1-75 N°565-566.
- 25. Walder J.** Misoprostol prévention de l'hémorragie du post partum femme moderne 7 (9) 23-7-1997
- 26. Traoré A. F.** Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'HGT. Thèse de médecine, Bamako 1988 ; N°20.

- 27. La technique de Tsirulnikov** sur la triple ligature des ligaments rond, des artères utérines et le ligament utero ovarien
- 28. Keita A M.** Etude de la pratique de la GATPA dans cinq CSCom de la CV. Thèse médecine, Bamako 2013 ; N°165 p74.
- 29. Konaté O.** Etude de la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse méd. 2013 ; N°166. Pages 81-84
- 30. Kamissoko M.** Etude de la pratique de la GATPA a la maternité dans cinq CsCom (ASACODA, ADASCO, ASCODA, ASACOSAB I, ASACOSAB de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 2013 ; N°167. Pages 85.
- 31. Putod A.** Audit de pratique : réalisation de la délivrance dirigée et conformité aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. 11 Sep 2013. Pages 10
- 32. KONE Y.** Délivrance active au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine 2005.
- 33. Lacomme M.** Pratique obstétrique, éditions, paris 1960(TomeI)127-131.
- 34. Joshva J, Fenton M. D, Lisa M, Baumeister, John F.** Activemenagement of the third stage of labor. Among American Indian women Fam Med 2005 ; 37 (6) 410 – 4.



ANNEXES



5. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Boureima O

E-mail : traoreboureimao@yahoo.fr

Nationalité : Malienne

Année académique : 2020-2021

Titre de thèse : Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) au centre de sante de référence de Mopti

Période d'étude : Du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 soit une période de 6 mois.

Ville /Pays de soutenance : Bamako-Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique

Résumé :

Notre étude sur la pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement s'est déroulée dans le centre de sante de référence de Mopti sur une période de 6 mois. Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive et analytique. Au cours de cette étude la pratique de la GATPA était systématique (100%).

Nous avons noté 2,9% d'hémorragie de la délivrance et les principales causes étaient dû à l'atonie utérine et la rétention des débris placentaire

Les cas d'hémorragies de la délivrance ayant nécessité de la transfusion sanguine étaient de 36% c'est-à-dire 5 patientes transfusées sur les 14 cas d'hémorragie de post-partum.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel au cours de notre étude.

Mots clé : GATPA, accouchement, hémorragie postpartum, Mopti, Mali.

Abstract:

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

Our study on the practice of active management of the third period of childbirth took place in the reference health center of Mopti over a period of 6 months. This was a descriptive and analytical cross-sectional prospective study. During this study, the practice of GATPA was systematic (100%).

We noted 2.9% postpartum hemorrhage and the main causes were due to uterine atony and retention of placental debris.

Cases of hemorrhage during delivery requiring blood transfusion were 36%, that is to say 5 patients transfused out of the 14 cases of postpartum hemorrhage.

We did not record any maternal deaths during our study;

Key words: GATPA, childbirth, postpartum hemorrhage, Mopti, Mali.

FICHE D'ENQUETE

DELIVRANCE ACTIVE

N° Dossier : /___/___/___/___/

1- Nom et Prénom : /_____/

2- Age (année) : |___|___|

3- Profession : |___| (1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=élève/étudiante, 4=commerçante, 5=autres)

4- Etat matrimonial : |___| (1=mariée, 2=célibataire)

5- Ethnie : |___| (1=bambara, 2=bozo, 3=peulh, 4=sonrhai, , 5=dogon, 6=autres) 5a- Autre à préciser : /_____/

6- Provenance : |___| (1=Urbaine, 3=Rurale)

7- Mode d'admission : |___| (1=venue d'elle-même, 2=référée, 3=évacuée) 7-1- Si référée/évacuée :

- Provenance : /_____/

- Motif : /_____/

ATCD Obstétricaux

8- Gestité : |___|___|

9- Parité : |___|___|

10- Nombre d'enfants vivants : |___|___|

11- Nombre d'avortement : |___|

12- Nombre d'enfants décédés : |___|

13- Intervalle inter génésique : |___|___| (mois)

15- ATCD Chirurgicaux : |___| (1=césarienne, 2=myomectomie , 3=cerclage, 4=salpingectomie, 5=appendicectomie, 6=pas d'antécédent)

Grossesse actuelle

16- Consultation prénatale : |___| (1=Oui, 2=Non) . si oui

16a- Nombre : |___|

16b- Lieu : |___| (1=HSD 2=CSR, 3=CSCOM, , , =autres)

16c- Qualité prestataire : |___| (1=spécialiste, , 2=sage-femme, 3=infirmier obstétricien, 4=autres)

17- Examen des urines : |___| (1=fait, 2=non fait)

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

17a- Albumine : |___| (1=Oui, 2=Non)

18- Echographie obstétricale : |___| (1=fait, 2=non fait)

18a- Si fait nombre : |___|

18b- Première échographie : |___| (1=précoce, 2=tardive)

18c- Position placenta : /_____/

19- Terme de la grossesse : |___| (1=à terme, 2=préterme, 3=post-terme)

19a- Age grossesse : |___| |___| (SA)

20- Pathologie au cours de la grossesse : |___| (1=cardiopathie, 2=asthme, 3=VIH, 4=diabète, 5= prééclampsie, 6=éclampsie, 7=diabète, 8=anémie, 9=autres)

Admission

21- Etat général : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)

22- Tension artérielle : |___| |___| (mmHg)

23- Coloration conjonctive : |___| (1=colorée, 2=pâle)

24- Température : |___| |___| / |___|

27- Hauteur utérine : |___| (en cm)

28- Bruits du cœur fœtal : |___| (1=inférieur à 100, 2=100-120, 3=120-160, 4=160, 180, 5=sup 180, 6=absents)

29- Dilatation du col : |___| (1=complète, 2=incomplète)

30- Présentation : |___| (1=céphalique, 2=siège)

31- Type du bassin : |___| (1=normal, 2=limite, , 3=autres : /_____/)

32- Rupture de membranes : |___| (1=intactes, 2=prématurée,

32a- Délai de la rupture prématuré des membranes : |___| (heure)

32b- colorations du liquide amniotique |___| (1=clair, 2=teinté méconial, 3=autres)

Facteurs de risque d'hémorragie

33- Hématome rétro placentaire : |___| (1=Oui, 2=Non)

34- Eclampsie : |___| (1=Oui, 2=Non)

35- Placenta praevia : |___| (1=Oui, 2=Non)

36- Grossesse multiple : |___| (1=Oui, 2=Non)

38-Macrosomie : |___| (1=Oui, 2=Non)

39- Hydramnios : |___| (1=Oui, 2=Non)

40- Chorioamniotite : |___| (1=Oui, 2=Non)

41- Travail prolongé : (1=Oui, 2=Non)

42- Hyperthermie : (1=Oui, 2=Non) 42a- Si oui température : °C

Période d'accouchement

43- Durée de la phase active : | (en heure)

44- Durée de la phase d'expulsion : | (en min)

45- Durée de la délivrance : | (en min)

46- Durée totale du travail : | (en heure)

47b- Synthocinon : (1=Oui, 2=Non)

47c- Voie : (1=IM, 2=IV, 3=perfusion) - Dose : (en UI)

48- Mode d'accouchement : , 2=forceps, 3=ventouse, 4=voie naturelle)

49- Episiotomie : (1=Oui, 2=Non)

49a- Si oui indication : / _____ /

50- Type d'accouchement : (1=normal, 2=prématuré, 3=autres : / _____ /)

51- Etat du nouveau-né :

51a- Nombre de nouveau-né : 51b- Score d'Apgar 1ère min: 5ème min :
10ème min :

51c- Poids du nouveau-né : (grammes) 51d- Bosse sérosanguine :
(1=Oui, 2=Non)

Complications de la délivrance

52- Hémorragie de la délivrance : (1=Oui, 2=Non) ; Si oui causes

52a- Rétention débris placentaire : (1=Oui, 2=Non)

52b- Rétention des membranes : (1=Oui, 2=Non)

52c- Inertie utérine : (1=Oui, 2=Non)

52d- Trouble de la coagulation : (1=Oui, 2=Non)

53- Inversion utérine : (1=Oui, 2=Non)

Traitement des complications

55- Médical : (1=Oui, 2=Non)

55a- Synthocinon en IV : (1=Oui, 2=Non)

55b- Synthocinon en IM : (1=Oui, 2=Non)

55c- Methergin : (1=Oui, 2=Non)

55d- Cytotec : (1=Oui, 2=Non)

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**

55e- Macromolécule : |___| (1=Oui, 2=Non)

55f- Transfusion : |___| (1=Oui, 2=Non)

- Si oui nombre de poche : |___|

56- Hystérectomie d'hémostase : |___| (1=Oui, 2=Non)

57- Suture des déchirures : |___| (1=Oui, 2=Non)

58- Etat de la mère après l'accouchement :

58a- Etat de conscience : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)

58b- Conjonctives : |___| (1=colorées, 2=moyennement colorées, 3=pâles)

58c- Tension artérielle : |___| |___| (mmHg)

58d- Pouls : |_____| (btt/mN)

58e- Température : |___| |___| / |___|

58f- Saignement : |___| (1=minime, 2=abondant)

58g- Rétraction utérine : |___| (1=oui, 2=no) 58h- Issue de la mère : |___| (1=vivante,

2=décédé) 58h1- Si Décédé circonstance : / _____

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

**Etude pratique de la gestion active de la troisième période de l'accouchement au Centre de Santé de
Référence de Mopti**