

AOU	: Artère ombilical unique
BDCF	: Bruits du cœur fœtal
BPM	: Battements par minute
CHNP	: Centre Hospitalier National de Pikine
CIVD	: Coagulation intra vasculaire disséminée
CM	: Centimètre
CNGOF	: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CSNC	: Centre de Santé Nabil Chouair
CSPMS	: Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor
CU	: Contraction utérine
DES	: Diplôme d'Etudes Spécialisées
EDS	: Enquête démographique et de santé
FIGO	: Fédération Internationale des Gynécologues- Obstétriciens
FISF	: Fédération Internationale des Sages-Femmes
FNUAP	: Fonds des Nations –Unies pour la Population
GAROG	: Groupe africain de Recherche en Obstétrique et en Gynécologie
GATPA	: Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
HPP	: Hémorragie du post-partum
HTA	: Hypertension artérielle
HU	: Hauteur utérine
ICM	: International Confederation of Midwives
IEC	: Information, Education et Communication
IV	: Intraveineuse
Min.	: Minutes

- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PDE** : Poche des eaux
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- RAM** : Rupture artificielle des membranes
- RCF** : Rythme cardiaque fœtal
- RMSPR** : Réseau Mondial de la Santé Périnatale et Reproductive
- SI** : Segment inférieur
- SA** : Semaines d'aménorrhée
- TCC** : Traction contrôlée du cordon
- USAID** : United States Agency for International Development

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Schéma de l'utérus gravide (coupe sagittale).....	10
Figure 2	: Schéma de la couche plexiforme.....	11
Figure 3	: Vascularisation de l'utérus.....	13
Figure 4	: Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance	15
Figure 5	: Face maternelle du placenta.....	16
Figure 6	: Examen du placenta et des membranes.....	16
Figure 7	: Injection d'utérotonique.....	27
Figure 8	: Traction contrôlée sur le cordon ombilical.....	30
Figure 9	: Massage utérin.....	30
Figure 10	: Situation géographique des trois maternités sur la presqu'île du Cap Vert.	34
Figure 11	: Préparation du matériel.....	41
Figure 12	: Counseling de la patiente.....	41
Figure 13	: Appui émotionnel et réconfort	42
Figure 14	: Palpation de l'abdomen de la mère.	42
Figure 15	: Légère tension sur le cordon	44
Figure 16	: Traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sus- pubienne	44
Figure 17	: Application de la pression continue sur le cordon avec contre pression sur utérus.	45

Figure 18	: Enroulement des membranes	46
Figure 19	: Massage utérin.....	47
Figure 20	: Vérification du placenta.....	47
Figure 21	: Examen des membranes	48
Figure 22	: Recueil du placenta de manière appropriée.....	48
Figure 23	: Inspection du cordon	49
Figure 24	: Examen vulvo-périnéal.....	49
Figure 25	: Lavage du périnée avec de l'eau	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Etudes de Bristol et Hinchingsbrooke.....	26
Tableau II	: Eléments comparatifs des utérotoniques	28
Tableau III	: Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux	29
Tableau IV	: Infrastructures, équipements et ressources humaines	35
Tableau V	: Répartition des sages femmes selon les structures sanitaires.....	37
Tableau VI	: Distribution du nombre de procédures GATPA observées selon les structures	40
Tableau VII	: Administration d'ocytocine	43
Tableau VIII	: Clampage du cordon.....	43
Tableau IX	: Attente de la prochaine contraction si le placenta ne descend pas dans les 30-40 secondes.	45
Tableau X	: Prise du placenta avec 2 mains pendant l'expulsion.	46
Tableau XI	: Surveillance de la patiente	50
Tableau XII	: Ensemble des pratiques de chaque structure	51
Tableau XIII	: Pourcentage de bonnes pratiques par structure.....	51

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	7
I. RAPPEL ANATOMIQUE (utérus gravide)	8
I.1. Corps utérin.....	8
I.2. Segment inférieur	8
I.3. Col utérin	9
I.4. Structure de l'utérus gravide	10
I.4.1. Séreuse	10
I.4.2. Musculeuse	10
I.4.3. Muqueuse	11
I.5. Vascularisation.....	12
II. DELIVRANCE NORMALE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE	14
II.1. Délivrance normale Physiologique	14
II.1.1. Différentes étapes de la délivrance	14
II.1.2. Examen du placenta.....	15
II.2. Délivrance pathologique	17
II.3. Types de délivrance	23
II.3.1. Délivrance naturelle.....	23
II.3.2. Délivrance artificielle	23
II.3.3. Délivrance dirigée	23
III. GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA).	24
III.1. Historique	24
III.2. Preuves scientifiques.....	25
III.3. Technique	26
III.3.1. Préparation du Matériel	26
III.3.2. Counseling et appui émotionnel.....	27
III.3.3. Vérification de l'absence d'un deuxième fœtus.....	27
III.3.4. Administration d'utérotoniques	27

III.3.5. Traction contrôlée sur le cordon	29
III.3.6. Massage utérin	30
III.3.7. Vérification du saignement vaginal.....	31
III.3.8. Examen du placenta et des membranes	31
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL.....	32
I. OBJECTIFS.....	33
I.1. Objectif général	33
I.2. Objectifs spécifiques.....	33
II. METHODOLOGIE.....	34
II.1. Cadre d'étude.....	34
II.2. Type d'étude.....	36
II.3. Période d'étude.....	36
II.4. Critères d'inclusion.....	36
II.5. Critères de non inclusion	36
II.6. Echantillonnage	36
II.7. Observation du prestataire	37
II.8. Durée de l'observation.....	37
II.9. Items et définitions opérationnelles.....	38
II.10. Collecte et analyse des données	39
III. RESULTATS	40
III.1. Effectif.....	40
III.2. Répartition des actes de la GATPA.....	40
III.3. Etapes de la GATPA.....	41
IV. DISCUSSION	52
IV.1. Limites de l'étude	52
IV.2. Préparation du matériel	52
IV.3. Ecoute de la patiente	52
IV.4. Appui émotionnel continu et réconfort	53
IV.5. Vérification du deuxième fœtus par la palpation abdominale	53
IV.6. Administration de 10 UI d'ocytocine en IM dans la fesse supérieure.....	54
IV.7. Clampage du cordon	54
IV.8. Légère tension sur le cordon et attente de la prochaine contraction	54
IV.9. Traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sus-pubienne	55

IV.10. Massage utérin	55
IV.11. Examen du placenta et des membranes	56
IV.12. Examen du cordon ombilical	57
IV.13. Examen de la filière génitale	57
IV.14. Nettoyage du périnée.....	58
IV.15. Surveillance après accouchement	58
IV.16. Synthèse.....	58
IV.17. Résumé	59
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	60

INTRODUCTION

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 529.000 femmes meurent chaque année dans le monde des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Près de la moitié de ces décès surviennent en Afrique Subsaharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales [83]. D'autres sources des nations-unies confirment qu'environ 287000 femmes meurent des causes liées à la grossesse et plus d'un demi-million de femmes meurent tous les ans dans le monde des suites de grossesses ou d'accouchements difficiles [18, 49, 84].

L'hémorragie, en particulier l'hémorragie du post-partum est la cause la plus fréquente de décès maternels. L'hémorragie du post-partum immédiat (dans les 24h) se définit comme une perte de sang supérieure à 500 ml lors d'un accouchement par voie basse et 1000 ml en cas de césarienne. Selon Khan et al l'hémorragie du post partum est responsable de plus de 33,9 % de tous les décès maternels [32]. L'hémorragie du post-partum, est imprévisible, soudaine et plus dangereuse chez une femme anémiée. Elle peut conduire à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés.

Dans le contexte de mortalité élevée et de ressources limitées, qu'est celui de la plupart des pays de l'Afrique Sub-saharienne, l'introduction de pratiques à faible coût, reposant sur des bases factuelles et pouvant permettre de prévenir l'hémorragie du post-partum amélioreront de façon significative, la survie de la mère et du nouveau-né. La Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) constitue l'une des interventions à faible coût et efficaces de prévention de l'hémorragie du post-partum ; une pratique économique pour les structures sanitaires [3, 16, 52, 76]. Des essais cliniques réalisés dans les pays développés ont démontré que, contrairement à la prise en charge physiologique de la troisième période de l'accouchement dans laquelle les ocytociques ne sont pas utilisés et le placenta est expulsé par la pesanteur et

l'effort maternel, la GATPA réduit de façon significative la survenue de l'hémorragie du post partum et la nécessité d'une transfusion sanguine (avec les risques médicaux, l'hospitalisation et les coûts associés qu'elle comporte) [13, 46, 60]. Comparée à la GATPA, la prise en charge physiologique est associée à un taux élevé d'hémorragie du post-partum et d'hémorragie sévère du post-partum, un besoin accru de transfusion sanguine, d'administration d'utérotonique à titre thérapeutique et à une durée élevée de la troisième phase de l'accouchement [14].

La revue systématique de la Cochrane de ces essais recommande la GATPA à toutes les femmes devant accoucher d'un enfant dans un hôpital [57].

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

Ses composantes habituelles sont [24, 79] :

- la vérification de la présence ou non du 2^{ème} fœtus ;
- l'administration d'utérotoniques ;
- le clampage et la traction contrôlée du cordon ;
- le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta ;
- l'examen du placenta et des membranes ;
- la surveillance après accouchement.

Cette définition de la GATPA a été adoptée par la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO), l'International Confederation of Midwives (ICM) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Notons cependant que, cette définition diffère quelque peu de celle utilisée dans le protocole original des essais cliniques de Hinchingbrooke et Bristol [56, 60]. En effet, le protocole original de ces deux essais cliniques comportait le clampage immédiat du cordon mais n'incluait pas le massage de l'utérus. De même, la déclaration

conjointe de l'ICM et de la FIGO [24] et le document intitulé «*Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* » publié par l'OMS en 2002 ne mentionne pas non plus le clampage immédiat du cordon [48].

Au regard des preuves axées sur les preuves scientifiques de l'efficacité de cette pratique, l'ICM et la FIGO ont, à travers leur déclaration conjointe de novembre 2003, recommandé que la GATPA soit offerte à toute femme «*comme moyen de réduire l'incidence de l'hémorragie du post-partum due à l'atonie utérine* » [10, 24]. L'inclusion de la GATPA dans le manuel de l'OMS intitulé «*Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* » [48] témoigne aussi de la reconnaissance internationale de cette pratique comme norme acceptable de soins.

Malgré l'efficacité de la GATPA, les preuves de son utilisation demeurent encore rares. L'évaluation de certains projets faisant la promotion de cette pratique tend le plus souvent à se limiter seulement aux nombres de prestataires formés et au pourcentage de prestataires ayant atteint le niveau de performance acceptable après formation. En dehors des informations, l'utilisation de cette pratique est quelque peu mieux décrite dans le rapport de la recherche publiée par le Global Network for Périnatal and Reproductive Health (Réseau Mondial de la Santé Périnatale et Reproductive) [15]. En effet, les données issues de l'étude de 15 structures universitaires obstétricales de référence dans les pays développés et dans les pays en développement indiquent une nette variation de l'utilisation de la pratique de la GATPA tant au sein d'une même structure hospitalière qu'entre structures hospitalières. Dans l'ensemble, seulement 25% des accouchements observés ont comporté la pratique de la GATPA. Cette étude a aussi révélé que les trois composantes de la technique n'ont été appliquées de façon consistante que dans seulement un hôpital (Dublin) [15]. Par ailleurs, il a été noté de grandes variations au niveau de l'utilisation de ses diverses composantes. Par exemple, l'utilisation prophylactique d'ocytocine

variait de 0% à 100% ; la pratique de la traction contrôlée du cordon variait de 13% à 100% et enfin le nombre de femmes ayant reçu des doses supplémentaires d'ocytocine pendant la troisième période de l'accouchement variait de 5% à 100%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation correcte de la GATPA est encore faible. De même, dans les endroits où elle est pratiquée, la définition varie non seulement au sein d'un même pays mais aussi entre pays [57].

Selon l'enquête démographique et de la santé continue de 2015 au Sénégal, la mortalité maternelle est de 392 pour 100.000 naissances vivantes [4, 5, 50, 69, 70, 80].

Au Sénégal, l'hémorragie du post partum (HPP) est responsable de 29% des décès maternels [20, 70].

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

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

- la formation du personnel de santé en gestion active de la troisième période de l'accouchement ;
- l'introduction du Programme National de la Gestion Active de la troisième période de l'accouchement en 2007 au Sénégal et d'autres pays de la sous-région visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle dues aux hémorragies du post-partum [6, 25, 54].

Le Sénégal cherche à réduire le taux de mortalité maternelle [69, 80]. Malgré ces efforts, les hémorragies du post partum demeurent toujours un problème majeur en santé de la reproduction ; comme le montre une étude récente réalisée dans cinq maternités de référence de Dakar qui confirmait une hémorragie du post partum par atonie utérine de 2,5% [66].

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

- la pratique de la GATPA est-elle effective dans les maternités de référence du Sénégal chez les sages-femmes ?
- quel est le degré de complétude des étapes de la GATPA dans les maternités de référence ?

La présente étude vise à permettre de disposer d'informations nécessaires à l'appréciation de la pratique de la GATPA par la sage femme dans trois maternités de référence, d'évaluer la complétude des différentes étapes de la GATPA. Elle permettra aussi de disposer des outils et méthodes susceptibles d'aider la communauté sanitaire à documenter leur pratique actuelle de la GATPA et de formuler des recommandations pour améliorer la qualité de la pratique de la GATPA dans nos maternités.

PREMIERE PARTIE

I. RAPPEL ANATOMIQUE (utérus gravide)

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

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide du troisième trimestre comprend trois parties : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur [55].

I.1. 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 en refoulant les organes abdominaux. Il s'hypertrophie et augmente sa contenance pour répondre aux besoins de la grossesse.

Ses dimensions sont les suivantes:

- la hauteur varie entre 31-34 cm ;
- la largeur est de 22 cm ;
- l'épaisseur varie entre 4-10 mm ;
- le poids varie entre 900 – 1200 g ;
- la capacité est de 4 à 5 l a terme ;
- Après l'accouchement, l'utérus se rétracte et devient plus épais et mesure 2-3 cm d'épaisseur.

I.2. Segment inférieur

C'est une unité anatomique particulière à l'utérus gravide, plus facile à reconnaître en fin de grossesse. 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 [55,75].

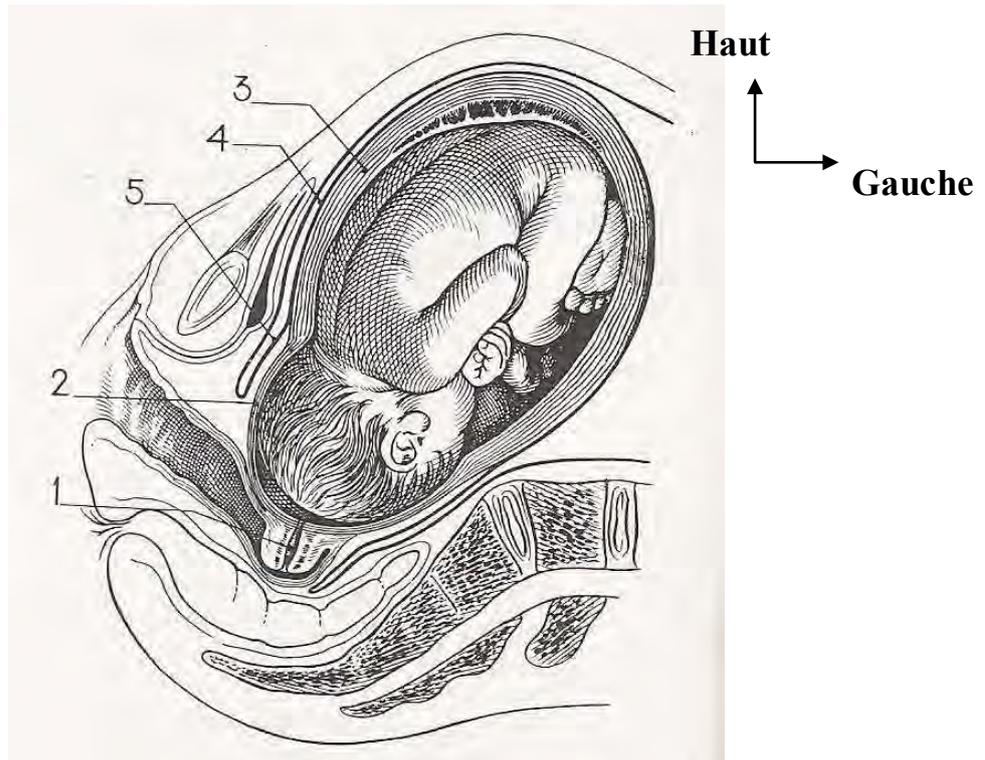
Il est amplifié par la présentation. Cette ampliation réalise le saccule de Depaul qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

Les différentes dimensions sont les suivantes :

- la hauteur varie entre 7-10 cm ;
- la largeur varie entre 9-12 cm ;
- l'épaisseur varie entre 3-5 mm.

I.3. Col utérin

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

Figure 1: Schéma de l'utérus gravide (coupe sagittale) [47].

I.4. Structure de l'utérus gravide [34, 35, 36, 37, 38, 43, 47, 65]

I.4.1. Séreuse

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

I.4.2. Musculeuse

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

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

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

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

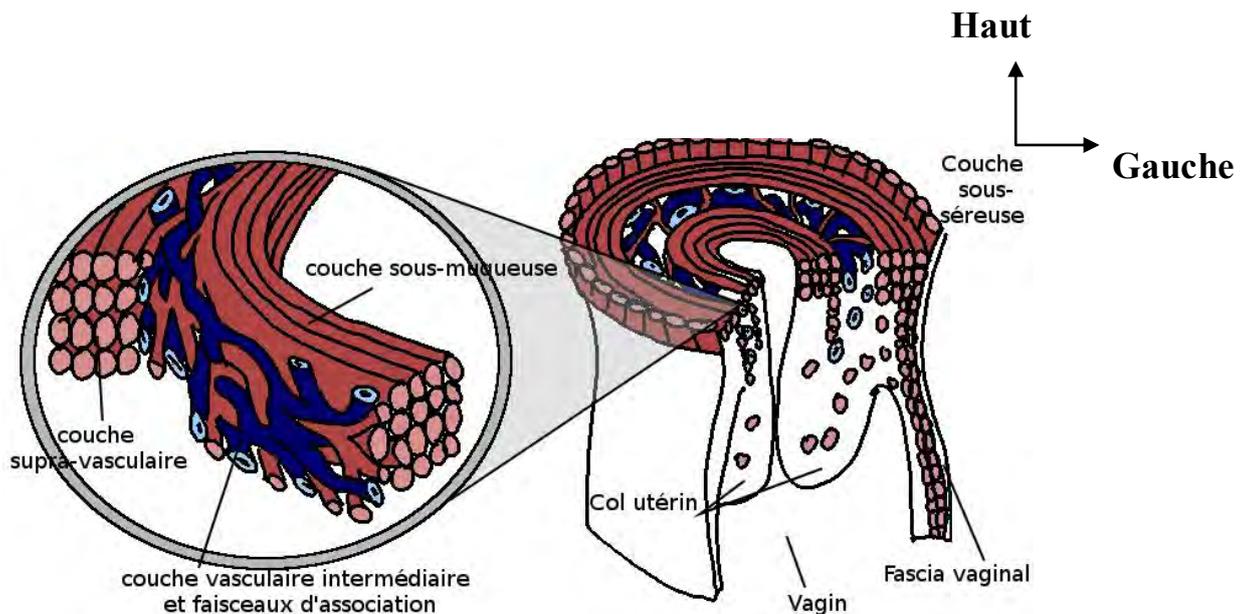


Figure 2: Schéma de la couche plexiforme [77]

I.4.3. Muqueuse

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

- la basale ou inter utero- 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 dernières s'accrochent en fin de grossesse.

I.5. Vascularisation

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

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

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

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

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

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

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

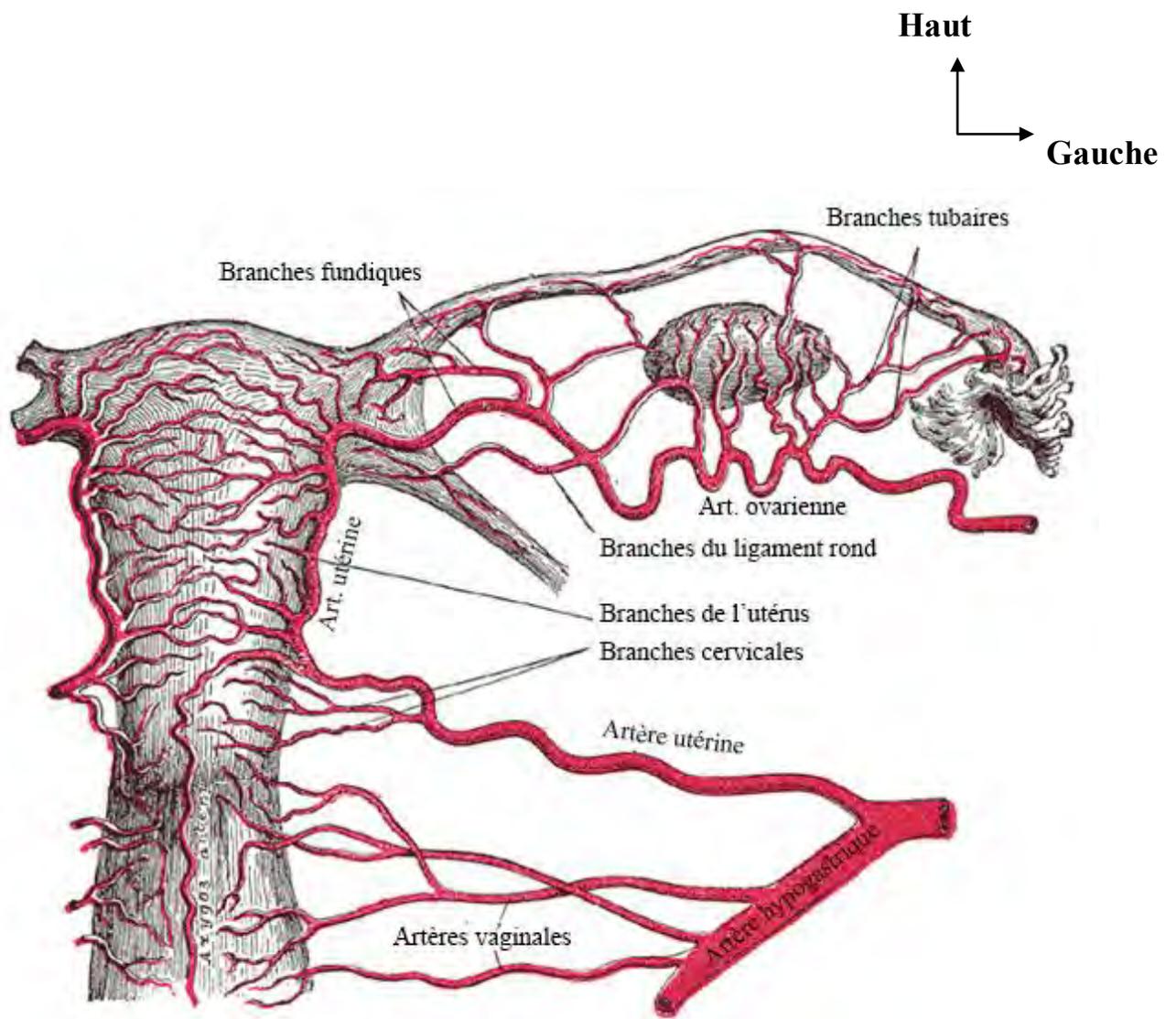


Figure 3: Vascularisation de l'utérus [47].

II. DELIVRANCE NORMALE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE [47]

II.1. Délivrance normale Physiologique

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

II.1.1. Différentes étapes de la délivrance sont : [47]

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. Cette phase de rémission clinique peut durer de 10 à 15 minutes en moyenne.

Expulsion du placenta : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin ; les membranes sont entraînées à leur tour. Il peut sortir par la face fœtale (mode Beaudelocque) ou par sa face maternelle (mode Duncan). La quantité de sang perdu lors de cette phase est d'environ 300cc et est dite pertes physiologiques. Au-delà de 500cc on parle d'hémorragies de la délivrance.

Hémostase : les vaisseaux sont étreints par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard, réalisant ainsi le globe de sécurité de l'accoucheur.

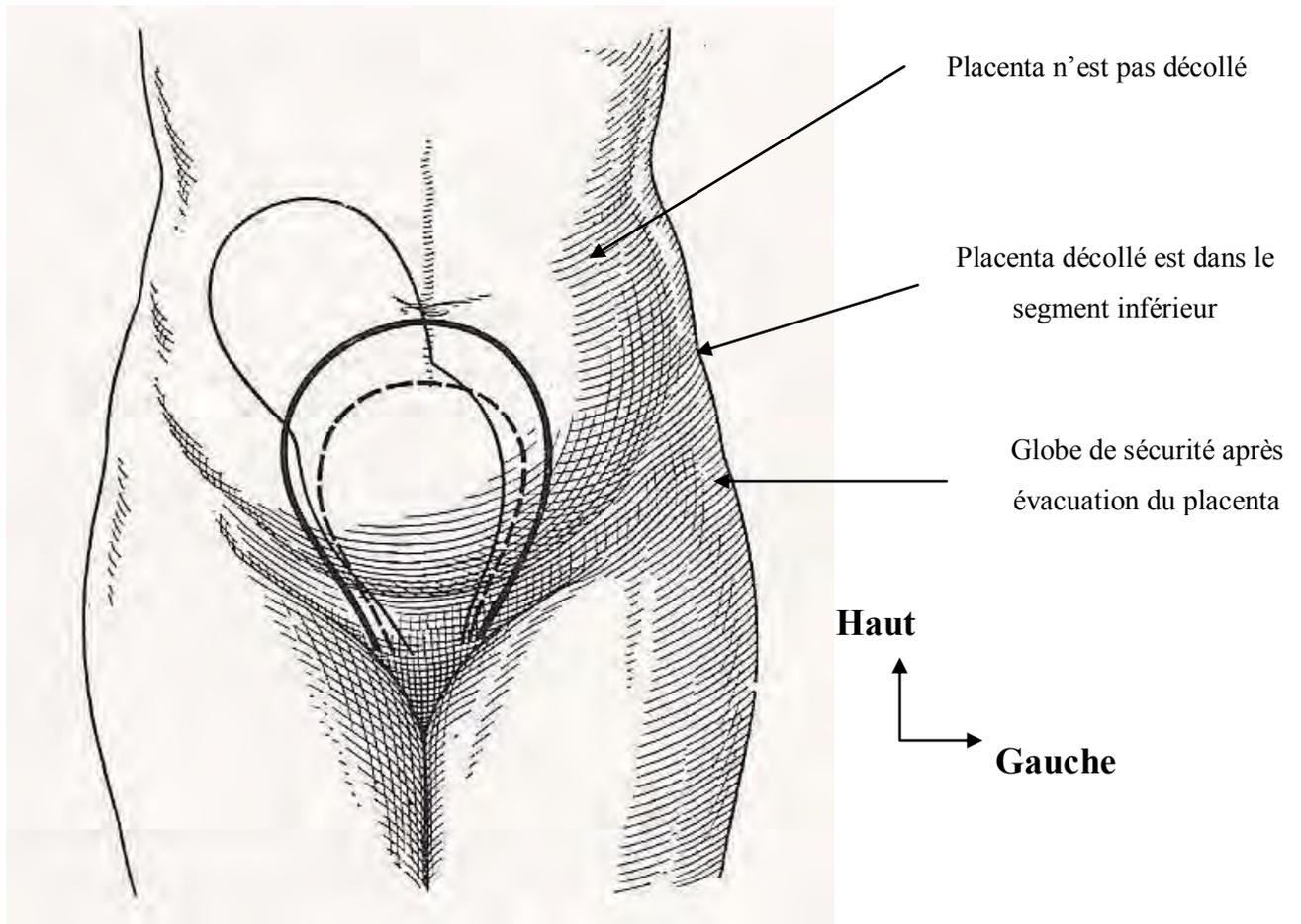


Figure 4: Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance [47]

II.1.2. Examen du placenta

Cet examen donne des renseignements 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 [47].



Figure 5: Face maternelle du placenta [47]

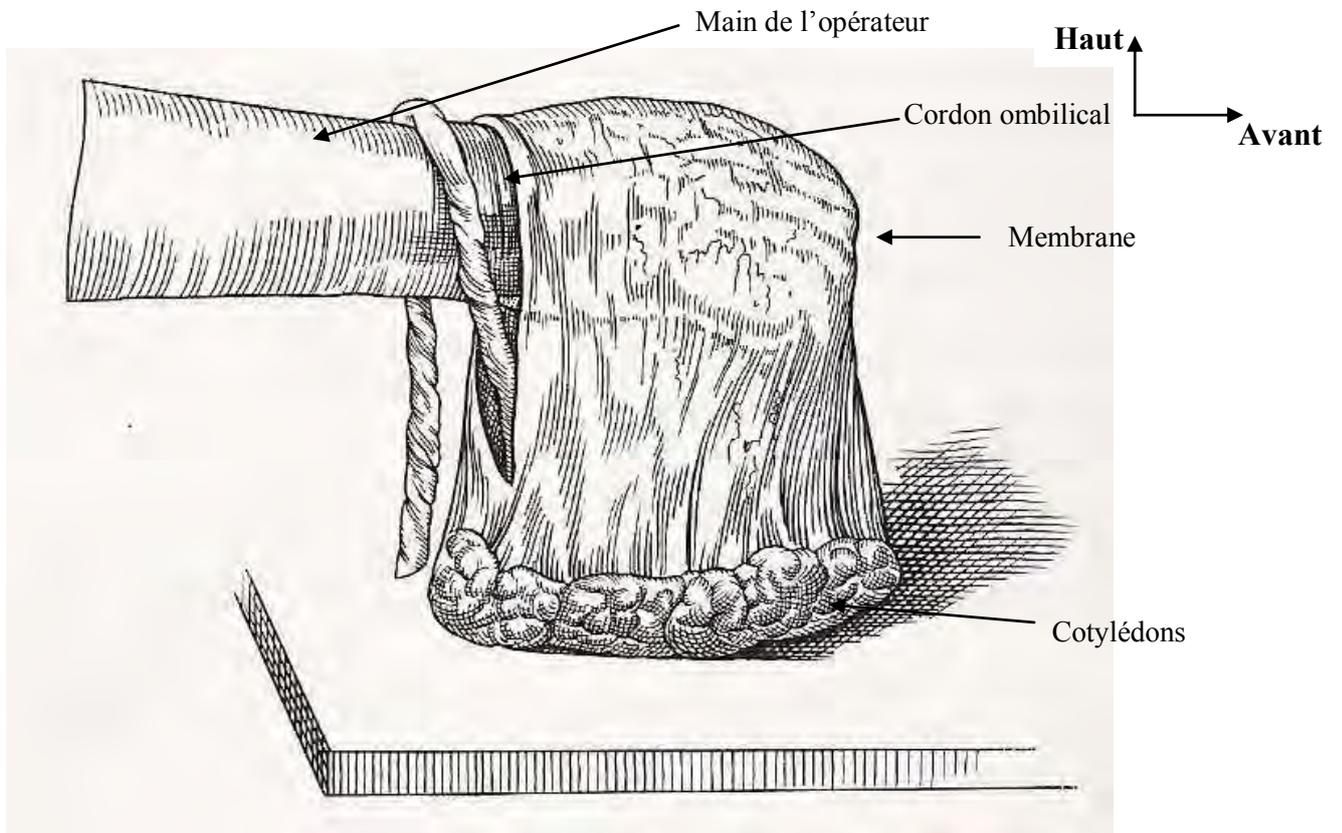


Figure 6: Examen du placenta et des membranes [47]

II.2. Délivrance pathologique [19,77]

➤ Délivrance pathologique

Ce terme recouvre trois entités cliniques :

- les rétentions placentaires complètes ou partielles ;
- les hémorragies de la délivrance,
- l'inversion utérine, devenue exceptionnelle.

➤ Facteurs étiologiques

Le bon déroulement de la délivrance nécessite :

- un muscle utérin apte à remplir sa fonction contractile et rétractile ;
- une caduque se clivant à la limite de ses deux couches spongieuse et compacte ;
- un placenta normal dans sa forme, ses dimensions, son insertion et son adhérence ;
- une coagulation efficace ;
- une attitude médicale qui respecte la physiologie.

Toute anomalie portant sur l'un de ces facteurs peut être responsable de complications. Les étiologies peuvent classifier en 4 groupes ou les 4 T :

- Tonus ;
- Traumatisme ;
- Thrombus ;
- Tissu ;

➤ Inertie utérine : Tonus

Elle complique 2 à 5 % des accouchements et entraîne d'abord un retard à la délivrance, assez souvent une rétention placentaire puis, presque fatalement, une hémorragie. Les facteurs favorisants sont multiples :

- Un épuisement musculaire après un travail prolongé ;
- Une surdistension utérine, grossesses multiples, hydramnios, des macrosomies fœtales ;
- Une dégénérescence fibreuse du myomètre de la multipare âgée ;
- Une diminution de la contractilité d'un utérus fibromateux ou malformé ;
- Une interférence médicamenteuse en cas d'accouchement inopiné chez une femme sous bêtamimétiques, et arrêt trop précoce d'une perfusion d'ocytociques après l'accouchement, une anesthésie générale ou péridurale trop profonde.

➤ **Altérations de la muqueuse utérine**

Ces altérations peuvent être de type inflammatoire en cas de chorioamniotite, et surtout cicatricielles succédant à des interventions diverses : curetage du post abortum ou du post-partum, césarienne segmentaire ou corporéale, intervention pour fibrome ou malformation utérine. Outre le retard à la délivrance, ces altérations de la muqueuse utérine peuvent favoriser une adhérence plus intime du placenta qui peut pénétrer jusqu'au myomètre sans interposition de caduque (placenta accreta), envahir partiellement le myomètre (placenta increta) ou même toute l'épaisseur du myomètre et la séreuse péritonéale (placenta percreta), rendant tout décollement placentaire impossible.

➤ **Anomalies placentaires : Tissu**

Il existe des anomalies :

- de taille : excès de volume de la gémellaire, de la diabétique ou de l'anasarque ;
- de forme : placenta porteur de cotylédons accessoires qui se déchirent facilement ;

- d'insertion : placenta praevia inséré sur une partie de l'utérus dont la musculature est mince et de valeur contractile médiocre, placenta accreta, increta ou percreta, responsable d'hémorragies cataclysmiques.

➤ **Anomalies de la coagulation : Thrombus [77]**

Il peut s'agir :

- *d'une pathologie préexistante* (maladie de von Willebrand, purpura thrombopénique idiopathique, thrombopénie du lupus,...), chez ces patientes la naissance doit impérativement être programmée. Les traitements indispensables demandent généralement un certain délai de préparation (plaquettes fraîches, facteurs de la coagulation, globules lavés ou irradiés...);
- *d'une pathologie induite par la grossesse*, en particulier dans les hypertensions sévères :
 - ✓ HELLP syndrome ; hémorragie par coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) ;
 - ✓ Stéatose Hépatique Aiguë Gravidaïque (hémorragie par insuffisance hépatocellulaire et CIVD) ;
- *d'une modification de la coagulation induite par un traitement à base* : les héparines de bas poids moléculaire dont l'utilisation au voisinage du terme est peu souhaitable en raison de leur longue durée d'action (supérieure à 24 heures) ou l'héparine standard qui, en dehors des accouchements programmés, doit être interrompue dès les premières contractions, ou d'aspirine qui reste fixée sur les plaquettes pendant 8 à 10 jours ou par une *urgence imprévisible* : pour la CIVD de l'hématome rétroplacentaire et de l'embolie amniotique.

➤ **Fautes techniques [77]**

La faute principale est la tentative d'extraire prématurément un placenta encore non décollé (traction sur le cordon, expression utérine), responsable d'un décollement partiel ou d'une inversion utérine. Citons également les plaies cervicovaginales ou utérines en rapport avec une extraction instrumentale.

Ces facteurs étiologiques sont assez souvent intriqués.

- l'inertie utérine n'est pas seulement une cause fréquente de retard à la délivrance et d'hémorragie. Elle est aussi la conséquence quasi inéluctable d'une rétention placentaire complète ou partielle induite par un autre facteur ou d'une hémorragie non extériorisée avec accumulation de caillots rendant la rétraction musculaire impossible.

- Toute hémorragie mécanique importante traitée avec retard est responsable de perturbations complexes et sévères de la coagulation (déperdition et consommation exagérée de facteurs de la coagulation, intrication de phénomènes de CIVD et de fibrinolyse) qui entretiennent et aggravent l'hémorragie.

La multiplicité des facteurs étiologiques et la gravité des hémorragies de la délivrance rendent particulièrement intéressante la caractérisation d'éléments prédictifs chiffrés, facilement utilisable par l'accoucheur. Des situations à risque élevé de retard à la délivrance ou de complications hémorragiques ont été identifiées. Certaines d'entre elles sont connues avant le travail (toxémie, grossesses multiples, grande multiparité, antécédents d'hémorragie de la délivrance) et peuvent justifier des mesures particulières telles que le recours programmé à l'autotransfusion et à la délivrance dirigée.

➤ **Rétention placentaire non hémorragique : Tissu [77]**

Il faudrait dire plutôt rétention placentaire encore non hémorragique puisque l'évolution spontanée se fait le plus souvent vers des complications hémorragiques.

La rétention placentaire est complète ou partielle.

- *La définition de la rétention partielle* est simple, c'est une délivrance incomplète avec persistance dans l'utérus de fragments membranaires ou placentaires. Son diagnostic repose sur l'examen immédiat du délivre, son traitement sur la révision utérine. Méconnue elle expose dans l'immédiat à une inertie utérine et/ou à des complications hémorragiques, secondairement à une endométrite du postpartum.

- *La définition de la rétention complète* est moins évidente. En effet la durée normale de la délivrance est imprécise et varie sensiblement d'une étude à l'autre, probablement en raison des modalités de la délivrance dirigée. Toutefois on considère habituellement qu'il y a retard à la délivrance au-delà de 30 minutes après la naissance. En effet l'incidence des hémorragies de la délivrance est stable pendant les 30 premières minutes et augmente rapidement au-delà. Il était donc légitime, en l'absence d'hémorragie, d'attendre 30 minutes avant de réaliser une délivrance artificielle.

L'accouchement prématuré est un facteur de risque démontré de rétention placentaire. Toutefois certaines études anciennes avaient suggéré que la durée de la délivrance pourrait être physiologiquement plus longue dans l'accouchement prématuré. Dans cette hypothèse, une intervention dès la trentième minute était peut être prématurée et augmentait inutilement le risque de morbidité maternelle iatrogène. Cette hypothèse ne paraît plus de mise actuellement. Une étude récente portant sur la délivrance après avortement thérapeutique du second trimestre a montré qu'à peine 37,5 % des placentas étaient expulsés spontanément dans un délai de 30 minutes mais que, passé ce

délai, l'expectative était responsable d'un nombre important de complications hémorragiques et infectieuses.

Le traitement de la rétention placentaire repose sur :

- Le traitement univoque est la délivrance artificielle réalisée avec une asepsie chirurgicale sous anesthésie péridurale ou générale.
- l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale (10 à 100 UI), dans 10 à 30 mL, 20 à 30 minutes après la naissance) a été proposée comme alternative médicale à la délivrance artificielle dans le traitement de la rétention placentaire complète. Les données actuelles sont peu nombreuses, discordantes et ne permettent pas d'évaluer objectivement les résultats de cette méthode. Deux études rapportent une réduction significative du délai d'expulsion du placenta permettant d'éviter autant de délivrance artificielle. Dans d'autres études les résultats sont décevants mais il est probable que le volume administré est souvent insuffisant pour injecter le réseau capillaire des cotylédons et agir sur le myomètre.

➤ **Traumatisme : les lésions génitales traumatiques**

- lésions utérines isthmiques et corporeales ;
- inversion utérine ;
- déchirures cervicales et vaginales ;
- déchirures vulvo périnéales

➤ **Hémorragies de la délivrance**

Le terme d'hémorragies de la délivrance désigne les hémorragies qui proviennent de la zone d'insertion placentaire et dont la quantité est supérieure à 500 ml.

II.3. Types de délivrance [19, 33]

II.3.1. 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.

II.3.2. Délivrance artificielle

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

Ses indications sont :

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

Cette manœuvre nécessite quelques précautions :

- une aseptie (badigeonnage antiseptique du périnée et mise en place de champs stériles),
- un sondage évacuateur de la vessie, le lavage chirurgical des mains et le port de gants stériles.

Elle s'accompagne idéalement d'une analgésie adaptée.

II.3.3. 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. La GATPA fait partie de la délivrance dirigée.

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

III. GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA).

III.1. Historique [22]

Depuis des décennies, des scientifiques cherchent le moyen de réduire la mortalité maternelle dont l'une des grandes causes de décès est l'hémorragie du post-partum(HPP). L'HPP demeure l'une des causes majeures de la mortalité maternelle à travers le monde malgré l'existence de remèdes relativement simples destinés à sa prévention ou à son traitement. Dans les pays développés, les femmes meurent rarement de l'HPP – elles accouchent presque toutes dans des hôpitaux où un personnel de santé qualifié peut pratiquer des interventions cliniques appropriées y compris la pharmacothérapie, la transfusion sanguine et la chirurgie d'urgence. En revanche, pour les femmes des pays en développement dont la plupart accouchent à domicile ou dans des établissements sanitaires peu équipés, trop souvent ces interventions ne sont pas disponibles ou sont de faible qualité.

L'atonie utérine – l'incapacité de l'utérus à se contracter adéquatement après l'accouchement – constitue la principale cause d'HPP. La gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) constitue la norme de soins pour la prévention de l'HPP due à l'atonie utérine. Le traitement de première intention conventionnel comprend l'utilisation d'un médicament utérotonique, le massage utérin et la compression bimanuelle. L'ocytocine est le médicament le plus largement utilisé pour la prévention et le traitement de l'HPP.

Une des méthodes permettant de réduire cette hémorragie est celle dont le placenta est décollé le plus tôt possible.

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

La prise en charge active de la 3ème phase de l'accouchement aide donc à prévenir une hémorragie du post-partum.

III.2. Preuves scientifiques

Plusieurs études [3, 8, 21, 26, 28, 31, 56, 60, 72] (voir le tableau I) ont démontré la supériorité de la GATPA, qui permet de diminuer par trois, le nombre d'hémorragies de la délivrance, tant modérées (> 500 cc) que graves (> 1 litre). Les auteurs anglo-saxons ont confirmé ce bénéfice en étudiant la fréquence de déglobulisation et le nombre de femmes transfusées autour de l'accouchement, qui auraient diminué de moitié [41]. C'est pour cette raison que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande fortement la GATPA depuis 2002 pour tout accouchement par voie basse [1, 39].

Deux grandes études – Celles de Bristol et Hinchingsbrooke, ont montré les faits suivants :

Le taux d'hémorragie de la délivrance était significativement inférieur avec la gestion active par rapport à la prise en charge physiologique.

La durée du troisième stade a été réduite chez les femmes dont la troisième phase de l'accouchement était gérée activement.

Le besoin de transfusion sanguine et d'utérotoniques thérapeutiques étaient réduits dans le groupe de la gestion active comparé au groupe de prise en charge physiologique [79].

Tableau I : Etudes de Bristol et Hinchingbrooke [56, 60]

Facteurs	Etude (Bristol/Hinchingbrooke)	Gestion	
		Active	Physiologique
HPP	Bristol	5,9%	17,9 %
	Hinchingbrooke	6,8 %	16,5%
Durée du troisième stade (médiane)	Bristol	5 minutes	15 minutes

III.3. Technique

Elle consiste à :

- préparer son matériel ;
- faire le counseling en apportant un appui émotionnel ;
- vérifier l'absence d'un 2^{eme} fœtus ;
- administrer de l'ocytocine à la patiente, à la face antéro-externe de la cuisse immédiatement après l'expulsion du fœtus ;
- clamper à ras le cordon ombilical ;
- exercer une tension mesurée sur le cordon en exerçant une contrepression sus-pubienne ;
- masser l'utérus ;
- Examiner le placenta, les membranes, la vulve, le vagin et le périnée ;
- Surveiller la patiente tous les 15mn pendant 2 h.

III.3.1. Préparation du Matériel

Le prestataire doit prévoir tous les outils nécessaires à la bonne marche de la GATPA (ocytocine chargée dans la seringue, clamp de barr, boîte d'accouchement, sachet nécessaire à l'élimination du placenta).

III.3.2. Counseling et appui émotionnel

Cette étape permet d'expliquer à la cliente tous les gestes qui seront faits et de rassurer celle-ci.

III.3.3. Vérification de l'absence d'un deuxième fœtus

Elle est réalisée par le biais d'une palpation de l'abdomen de la parturiente

III.3.4. Administration d'utérotoniques

Le choix a porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3 minutes), que ses effets secondaires sont minimes et que son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'United States Agency for International Development (USAID) [79]. Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine.



Figure 7: Injection d'utérotonique [79, 82]

Tableau II : Eléments comparatifs des utérotoniques [30, 79]

Ocytociques	Délai d'action	Durée d'action	Effets secondaires
Ocytocine	2,5 minutes (voie intramusculaire)	15 minutes	Aucune
Ergometrine	6-7 minutes (voie intramusculaire)	2-4 heures	HTA, troubles cardiaques, drépanocytose, hémoglobinopathies
Syntometrine	Effets combinés de l'ocytocine et de l'ergométrine		Identique à l'ergometrine
Misoprostol	12- 15 minutes (voie orale)	20 minutes	Asthme pour l'administration IV, allergies aux prostaglandines

Tableau III : Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux [30]

Taux de perte d'activité en fonction des conditions de conservation	Ergometrine/methylergometrine	Ocytocine
Réfrigération pendant 12 mois	A perdu 4-5% d'ingrédients actifs	Pas de perte
30° C, sombre	A perdu 25%	A perdu 14%
21-25° C, lumière	A perdu 21% -27% en un mois >90% en 12 mois	A perdu 5%
40° C, sombre	A perdu > 50%	A perdu 80%

L'ocytocine a une meilleure stabilité que la Methyl-ergometrine surtout en ce qui concerne la lumière ; il est possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves périodes (1 mois à 30°C, 2 semaines à 40°C). C'est le médicament de choix mais à défaut la Syntometrine ou l'ergometrine peut être utilisée ; le Misoprostol administré par voie rectale a montré aussi son efficacité dans la réduction de l'hémorragie du post partum [70].

III.3.5. Traction contrôlée sur le cordon

Cette étape consiste à clamper le cordon à proximité du périnée ; à maintenir le cordon et la pince d'une main tout en exerçant 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 au moment d'une contraction utérine.

Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exercer la tension et clamber plus près du périnée si nécessaire. Lors d'une nouvelle contraction utérine, on renouvelle la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus-pubienne puis une traction douce sur le placenta pour extraire les membranes.



Figure 8: Traction contrôlée sur le cordon ombilical [79, 82]

III.3.6. Massage utérin [23, 44, 67]

Le massage utérin se fait à travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction utérine par le phénomène de ligature vivante de Pinard.

Le massage est renouvelé toutes les 15 minutes pendant 2 heures

Il faut mettre le nouveau-né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contractée.



Figure 9: Massage utérin [79, 82]

III.3.7. Vérification du saignement vaginal

Cette étape permet de vérifier la périnéorraphie et les sinus périneo-vaginaux qui peuvent être responsables de saignements.

III.3.8. Examen du placenta et des membranes

Ce temps capital nous donne des renseignements sur l'intégrité du placenta, et des membranes.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

I. OBJECTIFS

I.1. Objectif général

L'objectif général était d'évaluer les pratiques professionnelles de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'accouchement(GATPA) dans trois maternités de référence de Dakar (Centre Hospitalier National de Pikine, Centre de Santé Nabil Choucair et Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor).

I.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient :

- de déterminer l'effectivité de la pratique de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement dans la salle d'accouchement ;
- évaluer le degré de complétude des étapes de la GATPA en salle d'accouchement dans les maternités de l'étude.
- De formuler des recommandations pour améliorer la qualité de la pratique de la GATPA dans nos maternités.

II. METHODOLOGIE

II.1. Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre trois (3) maternités de référence de la région de Dakar au Sénégal.

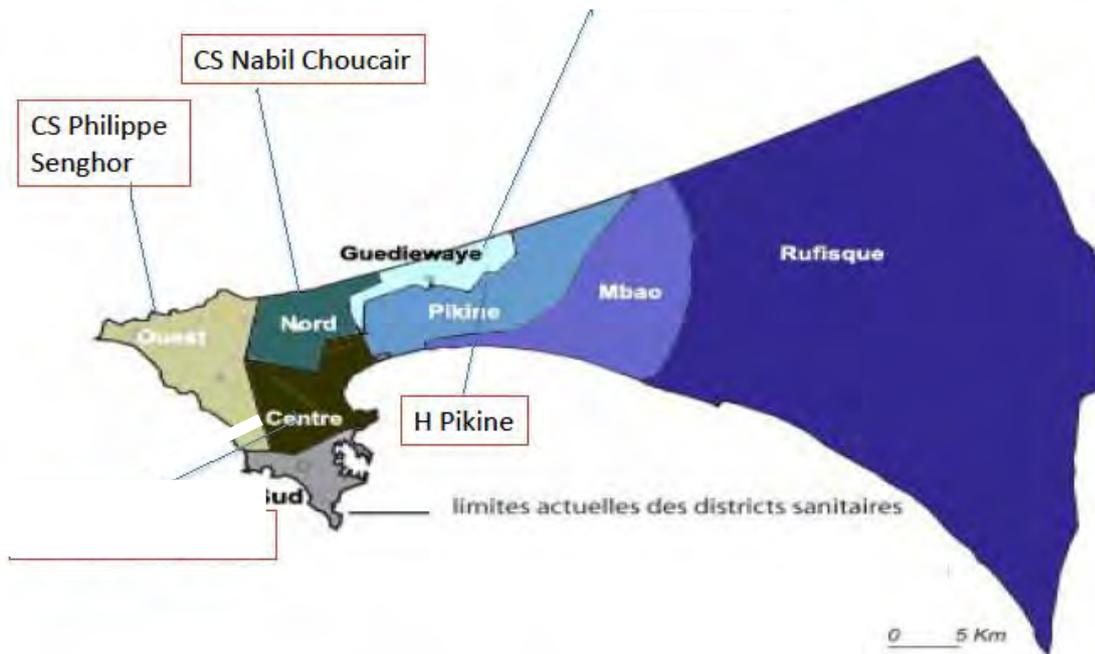


Figure 10 : Situation géographique des trois maternités sur la presqu'île du Cap Vert.

Il s'agissait, comme indiqué sur la figure 10, des maternités des formations sanitaires suivantes :

- Centre de Santé Nabil Choucair (CSNC) ;
- Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS) ;
- Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) ;

Tableau IV: Infrastructures, équipements et ressources humaines

	Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor	Centre de santé Nabil Choucair	Hôpital National de Pikine
Situation géographique	District Ouest de la région de Dakar. Le centre a été créé en 1986.	District Nord de la région de Dakar. Le centre a été créé en 1992	Structure de référence située dans la ville de Pikine. Il a été inauguré le 26 Décembre 2006.
Infrastructures et Equipements de la Maternité	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle de tri -1salle d'accouchement avec 3 tables -1 salle de travail avec 3 lits -7 lits en grossesses pathologiques -6 lits en post-opératoire -16 lits en suites de couches -1 bloc opératoire avec 2 tables fonctionnelles -une table d'aspiration 	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle d'accouchement avec 4 tables -2 lits en salle de travail -2 lits en grossesses pathologiques -4 lits en suites de couches -10 lits en post-opératoire -1 bloc opératoire -2 lits en salle de réveil 	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle de tri avec un bureau -1salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchements -4 lits en grossesses pathologiques -8 lits en post-opératoire -20 lits en hospitalisation -Un bloc opératoire fonctionnel avec 3 salles
Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> -1 Professeur Agrégé -2 Assistants -4 Gynécologues-Obstétriciens -Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études spécialisées) -3 internes titulaires des hôpitaux de Dakar -Un médecin anesthésiste -Deux techniciens anesthésistes -Une maitresse sage-femme -15 sages-femmes réparties dans différents secteurs 	<ul style="list-style-type: none"> -1 Assistant chef de clinique -3 Gynécologues-Obstétriciens -Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études spécialisées) - 2 internes titulaires des hôpitaux de Dakar -Une maitresse sage-femme -13 sages-femmes -1 infirmière d'état en post-op -3 infirmières brevetées -1 major de bloc -3 aides opérateurs -6 techniciens anesthésistes 	<ul style="list-style-type: none"> -1 Professeur Titulaire -2 Assistants -2 Gynécologues-Obstétriciens -Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études spécialisées) -4 internes titulaires des hôpitaux de Dakar -3 médecins anesthésistes -4 techniciens anesthésistes -3 aides opérateurs -13sages-femmes

II.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique menée par le biais d'une enquête à l'aide d'une fiche de collecte des données sur les étapes de la GATPA réalisées par les prestataires.

II.3. Période d'étude

La période d'étude était de 6 mois discontinue, allant du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 dans les trois (3) maternités de référence de Dakar.

II.4. Critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude les cas d'accouchements effectués par :

Un personnel qualifié en service dans les maternités ciblées ; la sage femme ayant terminée ses études, employée dans la structure sanitaire, ayant reçue la formation en GATPA, intervenant régulièrement dans la prise en charge des accouchements et ayant donné son consentement pour participer à l'étude

II.5. Critères de non inclusion

Nous avons exclu de notre étude :

- Tout accouchement effectué par un personnel non qualifié (sage-femme stagiaire en service, Médecin ou DES sans formation en GATPA).

II.6. Echantillonnage

Le nombre de sages femmes dans les 3 maternités était connu (15 au CHN Pikine, 13 au CS Nabil Choucair, 13 au CS Philippe Senghor).

Compte tenu de l'objectif de l'étude, il s'agissait de faire un échantillon représentatif pouvant mesurer la capacité des prestataires à réaliser correctement la GATPA. Pour cela, l'échantillonnage était exhaustif. Chaque

prestataire était observé sur 4 accouchements afin de réduire les risques d'erreurs liés à l'oubli. Nous avons eu une standardisation des items par les observateurs avant le remplissage de la fiche d'enquête.

Au total, nous avons pu observer 41 prestataires issus des trois structures sanitaires comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau V : Répartition des sages femmes selon les structures sanitaires

	Effectif(n)	Pourcentage%
Centre Hospitalier National de Pikine	15	36,5
Centre de Santé Nabil Choucair	13	31,7
Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor	13	31,7
Total	41	100

Durant l'étude, nous avons observé 41 prestataires. A la fin de l'étude chaque prestataire avait été observé 4 fois, d'où un total de 164 prestations.

II.7. Observation du prestataire

Le remplissage du questionnaire consistait à regarder le prestataire réaliser les différentes étapes de la GATPA. Un barème était donné pour chaque étape. L'étape réalisée correctement était notée 1. Une note égale à 0 était attribuée si l'étape était réalisée moyennement ou non réalisée.

II.8. Durée de l'observation

La durée moyenne du remplissage d'un questionnaire était de vingt (20) minutes par prestataire.

II.9. Items et définitions opérationnelles

La fiche de collecte de données comportait les items suivants :

- La préparation du matériel nécessaire à l'usage de la GATPA (préparer la seringue d'Ocytocine, la boîte d'accouchement, le clamp de barr et prévoir le sachet adapté pour l'élimination du placenta) ;
- Le counseling et un appui émotionnel à la patiente (expliquer à la patiente tous les gestes qui seront réalisés, rassurer celle-ci et répondre aux préoccupations de la patiente) ;
- L'administration de 10UI d'Ocytocine après avoir écarté l'éventualité d'un 2^{ème} fœtus (c'est-à-dire faire l'injection IM d'Ocytocine, après avoir palpé l'abdomen de la mère pour percevoir la présence ou non d'un autre fœtus) ;
- Clampage et traction contrôlée sur le cordon associé à une contre pression sus-pubienne (clamper le cordon à proximité de la vulve puis, exercer une traction contrôlée avec une main ; l'autre main refoule le fond utérin vers le haut afin de décoller le placenta) ;
- Recueil du placenta (prendre le placenta entre ses 2 mains en l'enroulant) ;
- Massage utérin (empaumer l'utérus, le masser à plusieurs reprises afin qu'il durcisse) ;
- Examen du placenta (vérifier la totalité des cotylédons sur la face maternelle du placenta et la totalité des membranes sur la face fœtale) ;
- Examen du cordon ombilical (il s'agit ici de vérifier la présence de 2 artères et une veine) ;
- Examen de la filière génitale (ceci en séparant doucement les grandes lèvres et le vagin afin de déceler les déchirures et éraillures) ;

- Surveillance de la patiente après la délivrance (principalement en observant la quantité de sang provenant du vagin afin de détecter une HPP.
- Le score de bonnes pratiques d'une structure est un taux mesurant l'ensemble des tâches effectuées dans la structure pour un thème précis. Le taux normal est supérieur ou égal à 80%.

II.10. Collecte et analyse des données

La collecte des données était faite à partir du questionnaire

L'étude comportait deux étapes :

- Obtention du consentement éclairé
- Observation du déroulement de la procédure de la GATPA.

La conception du masque et la saisie ont été réalisées grâce au logiciel SPHINX (version 5). L'analyse statistique est réalisée grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (version 20.0) et cette analyse portait exclusivement sur les calculs d'effectifs et de fréquence car l'ensemble de nos variables étaient qualitatifs. Les variables analysées étaient disponibles sur la fiche d'enquête (voir annexes).

III. RESULTATS

III.1. Effectif

Durant la période de l'étude, nous avons observé 41 prestataires pour un total de 164 prestations.

III.2. Répartition des actes de la GATPA

Tableau VI : Distribution du nombre de procédures GATPA observées selon les structures

Structure Sanitaire	Nombre de procédures observées	Pourcentage (%)
Hôpital National de Pikine	60	36
Centre de Santé Nabil Choucair	52	32
Centre de Santé Philippe M Senghor	52	32
Total	164	100

III.3. Etapes de la GATPA

➤ Première étape : Préparation du matériel pour la GATPA

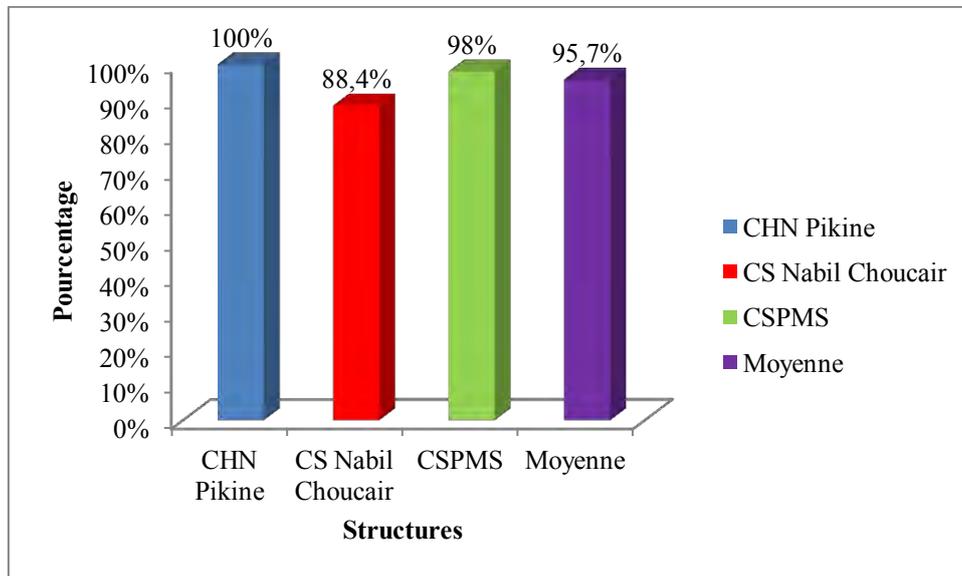


Figure 11 : Préparation du matériel

La préparation du matériel en vue de faire la GATPA était effective dans la plupart des structures avec un taux moyen de 95,7% et des extrêmes de 88,4% et 100% comme le montre la figure 11.

➤ Deuxième étape : Counseling sur la GATPA

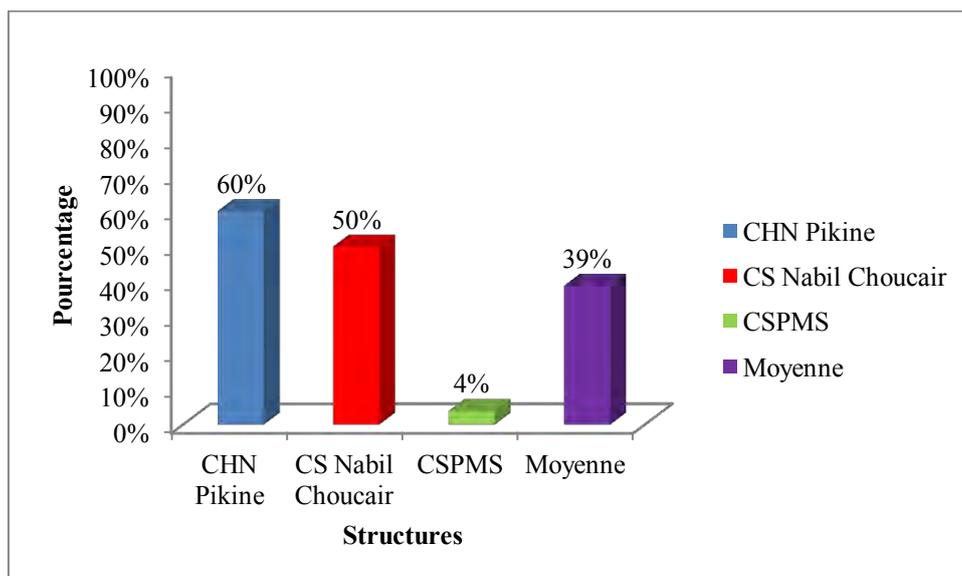


Figure 12 : Counseling de la patiente

Nous avons constaté que l'écoute de la patiente était faible avec un taux moyen de 39% et des extrêmes de 3,8% et 60% comme rapporté à la figure 12.

➤ **Troisième étape** : Appui émotionnel continu et réconfort.

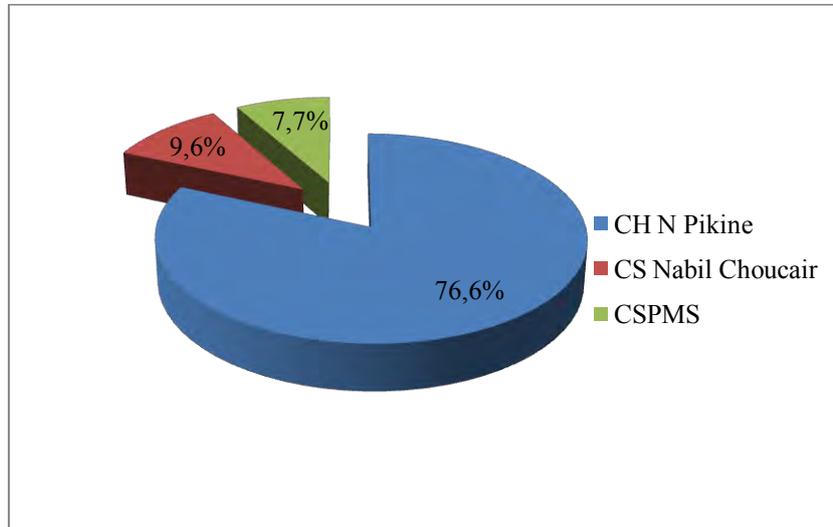


Figure 13 : Appui émotionnel et réconfort

Nous avons noté de grandes disparités entre les structures en ce qui concerne l'appui émotionnel : l'hôpital de Pikine venant en tête avec 76,7% et un très faible taux au Centre de Santé Nabil Choucair et le Centre Santé Philippe Maguilen Senghor où le taux était respectivement de 9,6% et 7,7% (figure 13).

➤ **Quatrième étape** : Palpation de l'abdomen pour écarter l'éventualité d'un deuxième fœtus.

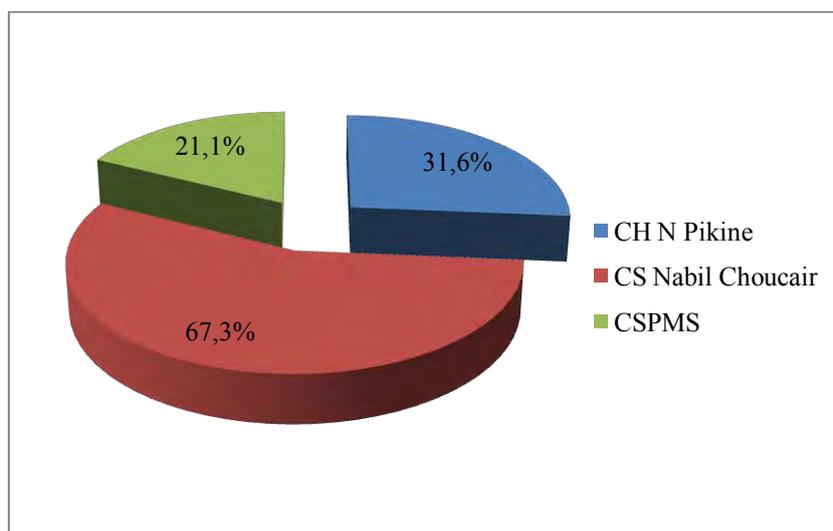


Figure 14 : Palpation de l'abdomen de la mère.

Le respect de l'étape de la GATPA qui consistait à vérifier l'existence d'un deuxième fœtus était pratiqué dans 67,3% au Centre de Santé Nabil Choucair. Cette pratique était peu réalisée dans le Centre Hospitalier National de Pikine (31,6%) et Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (21,1%) comme le montre la figure 14.

- **Cinquième étape** : Administration de 10 UI d'ocytocine IM dans la fesse.

Tableau VII : Administration d'ocytocine

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	95
CS Nabil Choucair	100
CSPMS	96,1

L'administration d'ocytocine était quasi systématique dans les structures avec un taux moyen de 96,7% et des extrêmes de 95% et 100% (Tableau VII).

- **Sixième étape** : Clampage du cordon à proximité du périnée

Tableau VIII : Clampage du cordon

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	98,3
CS Nabil Choucair	100
CSPMS	98

Le clampage du cordon était réalisé presque totalement dans l'ensemble des structures avec un taux moyen de 98,7% (Tableau VIII).

- **Septième étape** : Légère tension sur le cordon en attente de la prochaine contraction

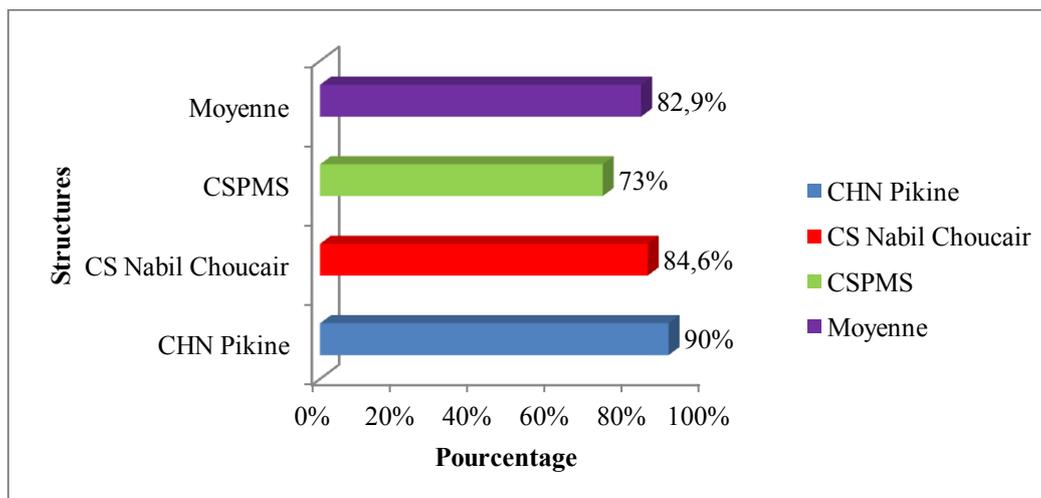


Figure 15 : Légère tension sur le cordon

Cette pratique était réalisée dans 82,9% en moyenne dans les 3 maternités de références avec des extrêmes de 73% et 90%.

- **Huitième étape** : Traction contrôlée du cordon avec contre-pression sus-pubienne

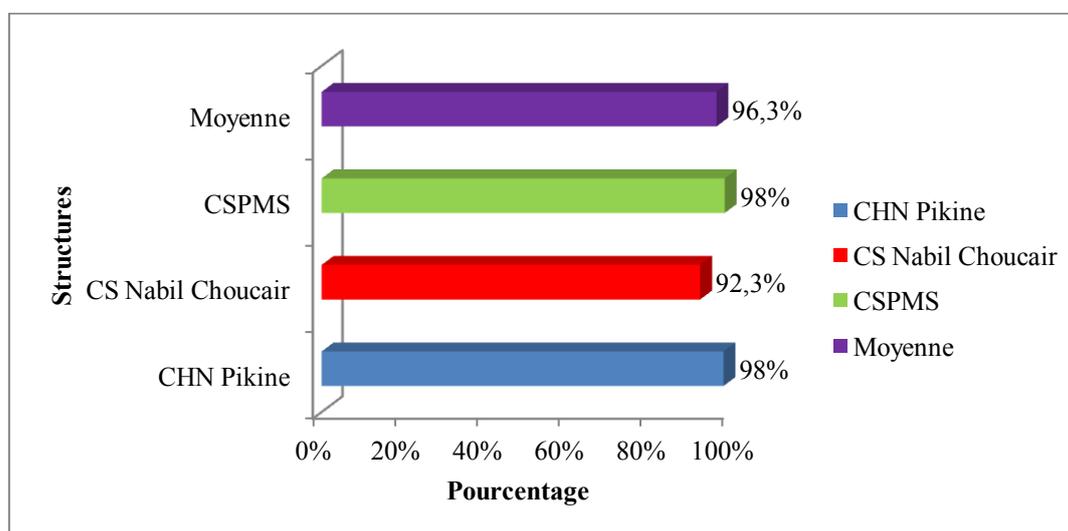


Figure 16 : Traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sus-pubienne

La traction contrôlée du cordon était réalisée dans 98,3% au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor, 98% au CHN pikine et dans 92,3% au Centre de Santé Nabil Choucair (figure 15).

- **Neuvième étape** : Contraction utérine, pression sur le cordon et contre pression sus-pubienne

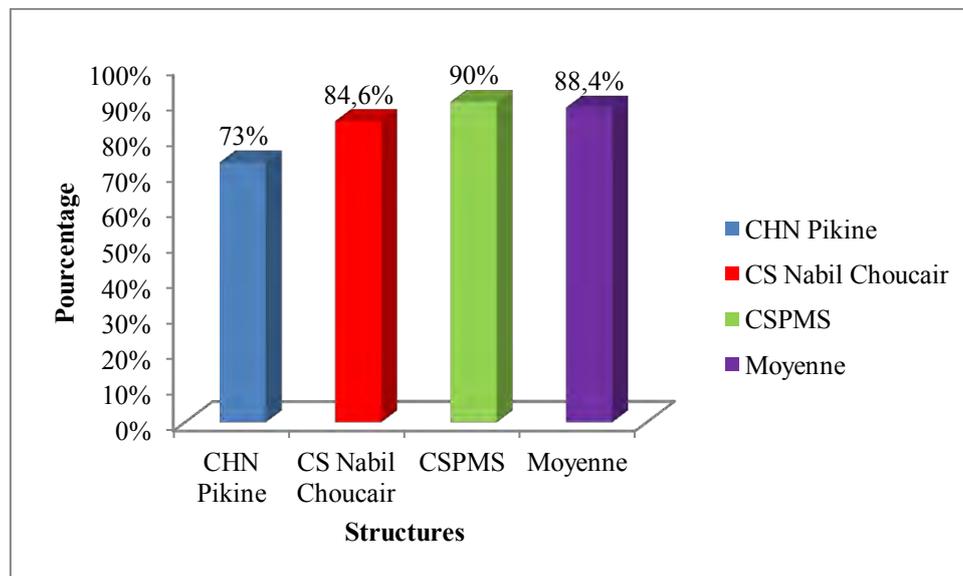


Figure 17 : Application de la pression continue sur le cordon avec contre pression sur utérus.

Cette étape était réalisée largement dans les trois maternités avec un taux moyen de 88,4% et des extrêmes de 78,8% et 93,3% (figure 17).

- **Dixième étape** : Attente de la prochaine contraction si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes.

Tableau IX : Attente de la prochaine contraction si le placenta ne descend pas dans les 30-40 secondes.

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	83,3
CS Nabil Choucair	42,3
CSPMS	17,3

Cette étape était effective en moyenne dans 49,3% des cas avec des extrêmes de 17,3% et 83,3%.

- **Onzième étape** : Expulsion et prise du placenta entre les deux mains.

Tableau X : Prise du placenta avec 2 mains pendant l'expulsion.

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	93,3
CS Nabil Choucair	75
CSPMS	44,2

Le tableau X illustre que ce geste était effectif avec une moyenne de 71,6%.

- **Douzième étape** : Enroulement des membranes.

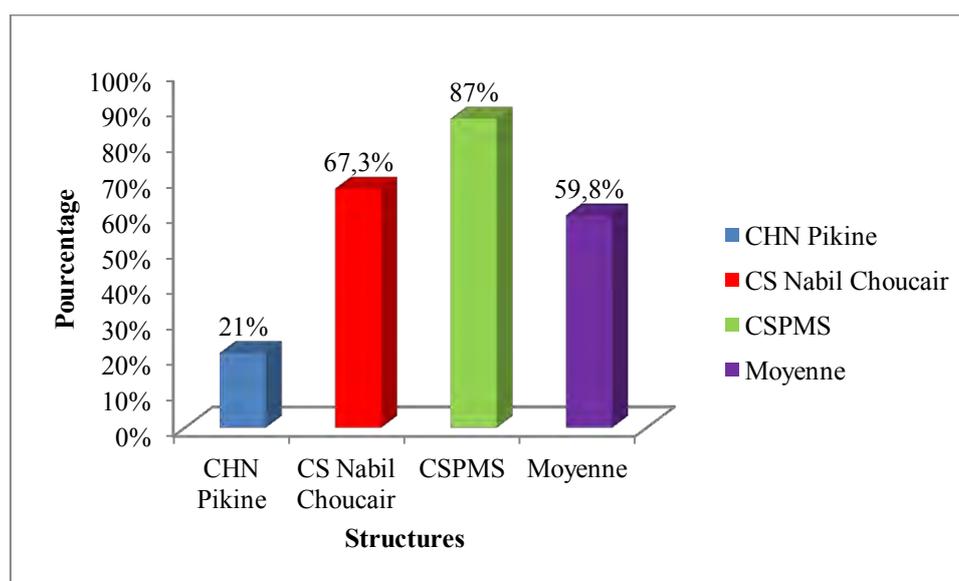


Figure 18 : Enroulement des membranes

L'enroulement des membranes était réalisé en moyenne dans 59,8% des cas comme rapporté par la figure 18.

➤ **Treizième étape : Massage utérin**

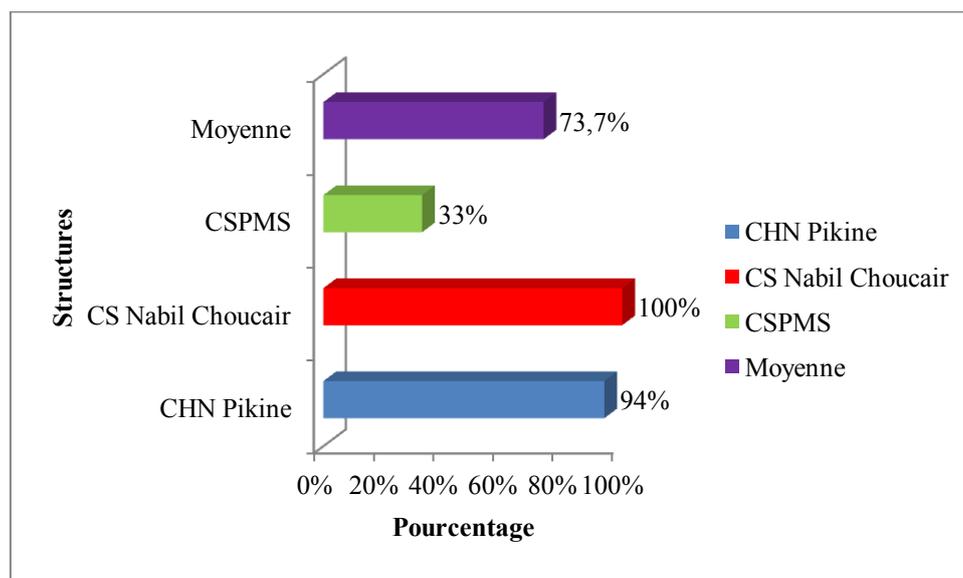


Figure 19 : Massage utérin.

Le massage utérin était effectué moyennement dans 73,7% (figure 19).

➤ **Quatorzième étape : Vérification de l'intégrité du placenta**

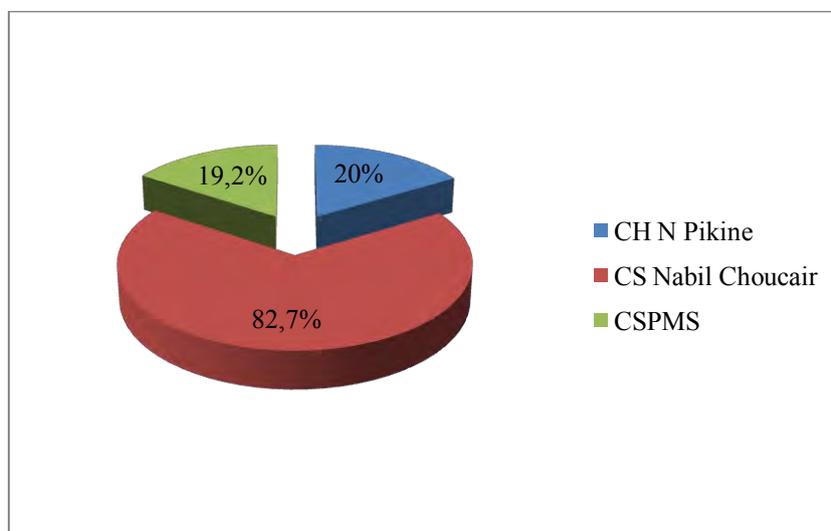


Figure 20 : Vérification du placenta

Cette étape était réalisée avec un taux moyen de 39,6%, comme le montre la figure 20.

➤ **Quinzième étape:** Examen des Membranes

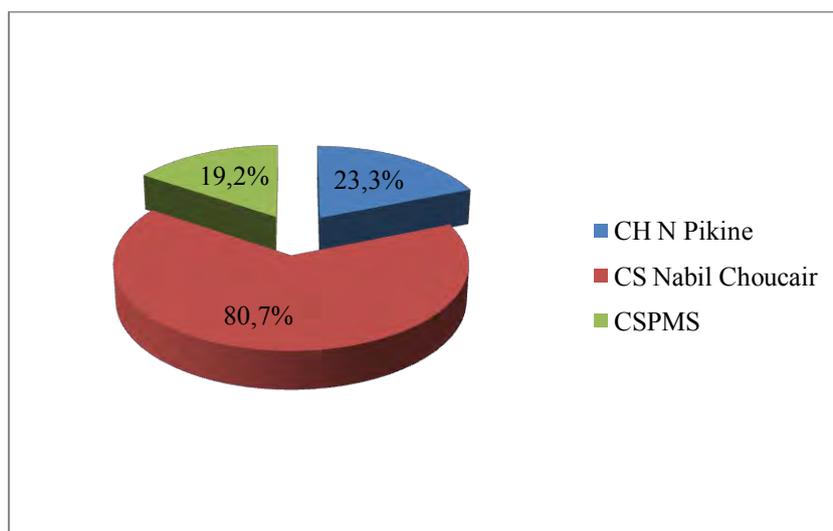


Figure 21 : Examen des membranes

Le taux moyen de réalisation de l'examen des membranes était de 40,2%.

➤ **Seizième étape :** Se débarrasser du placenta de la manière appropriée.

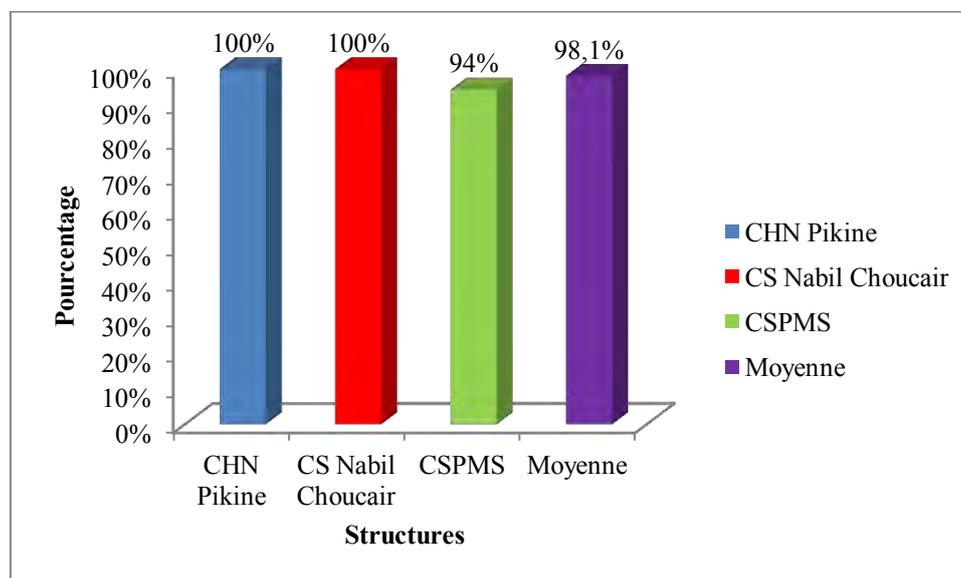


Figure 22 : Recueil du placenta de manière appropriée

Ce geste était effectué moyennement dans 98% comme rapporté à la figure 22.

➤ **Dix-septième étape : Examen du cordon ombilical**

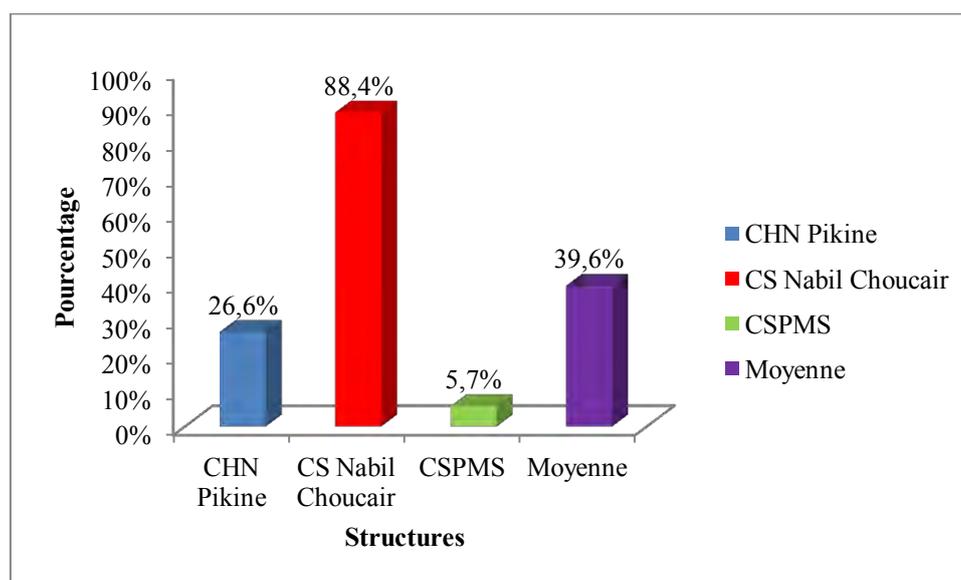


Figure 23 : Inspection du cordon

L'examen du cordon ombilical était réalisé en moyenne dans 39,6% des cas comme le rapporte la figure 22.

➤ **Dix-huitième étape : Examen vulvo-périnéal**

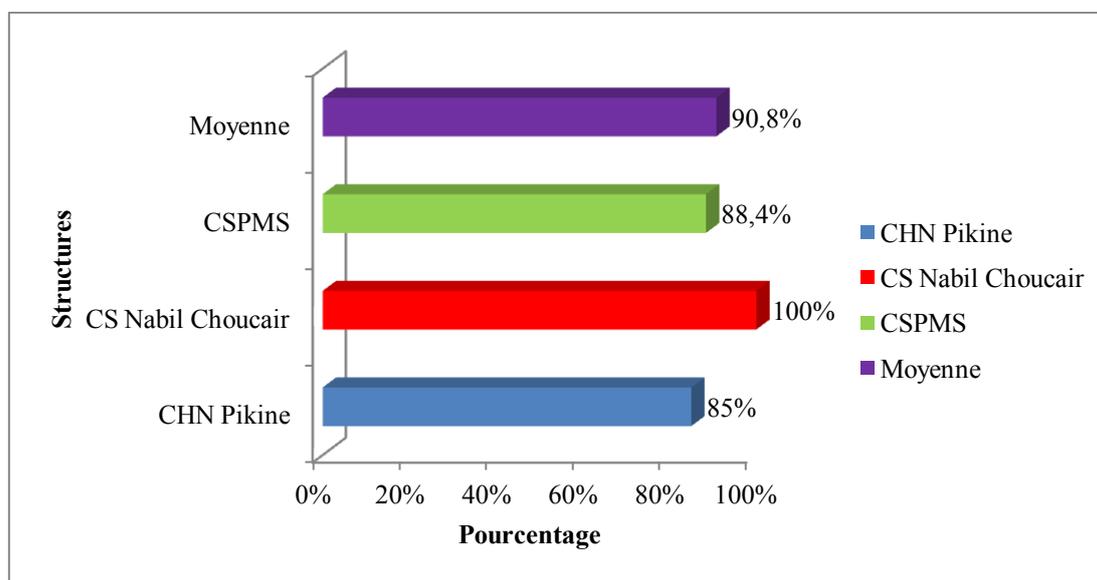


Figure 24 : Examen vulvo-périnéal

Cette étape avait un taux moyen de réalisation de 90,8% et des extrêmes de 85% et 100% (figure 23).

➤ **Dix-neuvième étape:** Soins locaux du périnée

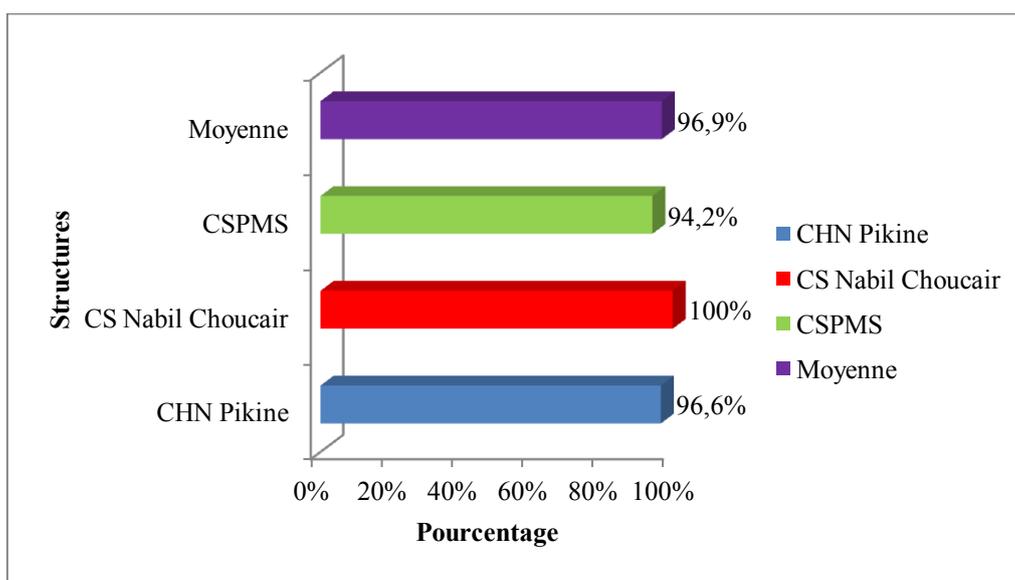


Figure 25 : Lavage du périnée avec de l'eau

La figure 25 rapporte que les soins locaux du périnée avaient un taux moyen de 97% et des extrêmes de 94,2% et 100%.

➤ **Vingtième étape :** Surveillance après la délivrance.

Tableau XI : Surveillance de la patiente

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	100
CS Nabil Choucair	88,4
CSPMS	96,1

La surveillance après la délivrance était respectée par la presque totalité des prestataires avec un taux de 100% au Centre hospitalier National de Pikine comme illustré par le tableau XI.

➤ **Résumé des différentes étapes de la GATPA**

Tableau XII : Ensemble des pratiques de chaque structure

Structure	Pourcentage (%)
CHN Pikine	74,5
CS Nabil Choucair	79,8
CSPMS	59,1

Les étapes de la GATPA sont réalisées dans 79,8% au Centre de Santé Nabil Choucair ; 74,5% au Centre National Hospitalier de Pikine et 59,1% au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor avec un taux moyen de 71,3% et des extrêmes de 59,1% et 79,8% (Tableau XII).

➤ **Score de bonnes pratiques**

Tableau XIII : Pourcentage de bonnes pratiques par structure

Structures	Score de bonnes pratiques
Centre de Sante Nabil choucair	79,8%
Centre National H de pikine	74,5%
Centre de Sante philippe M Senghor	59,1%

Ce tableau ci-dessus nous montrait que le score de bonnes pratiques de toutes les structures était inférieur à la normale qui est de 80%.

IV. DISCUSSION

IV.1. Limites de l'étude

Les limites de l'étude étaient :

- le refus de certains prestataires d'être observés ;
- l'accueil désagréable de certains prestataires.
- le biais lié au consentement éclairé qui peut influencer le comportement.

IV.2. Préparation du matériel

Dans notre étude, la préparation du matériel était quasi systématique (95,7%). Cette étape étant très importante lors du début de la GATPA, dans la mesure où il faut s'assurer que tout le matériel est disponible avant l'exécution de la tâche.

Notre pratique est superposable à celle de Keita [30] au Mali qui avait retrouvé un taux de 90,9%.

IV.3. Ecoute de la patiente

Dans notre étude, nous avons obtenu un taux de 39%, avant tout acte de soin, il est nécessaire d'avoir une communication franche entre les prestataires et les patientes. Cela permet une meilleure participation de la parturiente. L'étude réalisée sur l'évaluation de la qualité de l'accouchement montrait que 40,5% des patientes déploraient le manque de communication avec les prestataires [66]. Notre taux est très largement inférieur à celui obtenu par Fomba [17] au Mali 56% et par Mbaye au Mali 90% [45]. Cette différence était significative, elle montrait les difficultés relationnelles qu'ils y avaient entre les prestataires et les patientes. Ceci pourrait s'expliquer par la non compréhension de la prise en charge psychologique des patientes par les prestataires.

IV.4. Appui émotionnel continu et réconfort

L'appui émotionnel permet aux patientes de mieux comprendre les gestes effectués, d'accepter ce qui va se faire ou bien en accord avec la prestataire, d'utiliser la position convenante (debout, assise, accroupie ou assise) à la patiente pour son accouchement ; d'où l'introduction d'accouchement humanisé qui est un ensemble de conditions qui permettent à la femme d'être à l'aise et de vivre son accouchement comme un événement heureux. L'appui émotionnel est renforcé dans ce type d'accouchement et les patientes gèrent mieux leurs douleurs [7, 27] dans notre série nous avons un taux de 33,5% très largement inférieur à celle obtenu par Tahirou [71] au Mali 88%; et celle de Mbaye au Mali 90% [45]. Certaines informations devraient être données aux patientes même lors des consultations prénatales; mais le constat qui est fait est que plus de 90% des patientes ne recevaient pas d'informations sur l'accouchement comme le confirme Traore [74].

IV.5. Vérification du deuxième fœtus par la palpation abdominale

La palpation abdominale est un moyen permettant de vérifier la présence ou non d'un 2^{ème} fœtus en intra utérin car sans elle les risques de rétention du 2^{ème} fœtus par rétraction utérine sont possibles, de souffrance fœtale et augmenterait les risques de mortalité néonatale. Plusieurs données de la littérature montrent une mortinatalité du 2^{ème} jumeau autour de 14,6% lié aux complications ou à la négligence [12, 58, 73].

Cette palpation abdominale était faible dans notre série (39,63%) et nos données sont superposables à l'étude faite par USAID-POPHI [81] réalisée au Bénin qui rapportait un taux de 36%. Ces taux faibles s'expliqueraient par le fait que les prestataires avant l'accouchement se contenteraient de regarder dans le carnet des patientes le contexte de gémellité ou pas.

IV.6. Administration de 10 UI d'ocytocine en IM dans la fesse supérieure

Dans notre étude, nous avons eu un taux de 96,9%, correspondant à l'étude du Bénin selon les résultats d'une enquête réalisée par **USAID-POPHI** en 2006, où on retrouvait un taux de 96,2% [81]. Une étude menée dans 7 pays (Bénin, Nicaragua, Indonésie, Ethiopie, Tanzanie, Salvador et Honduras) avait montré que le recours aux utérotoniques pendant la délivrance était quasi-universel 96.2% [68]. Ce qui corrobore avec celle de Keita au Mali [30] qui rapportait un taux de 99,5%.

En réalité, l'administration d'ocytocine dans notre étude devrait être de 100%, car toutes les patientes ont reçu cette injection. Notre taux de 96,9% est lié au fait que l'injection n'est pas faite au moment idéal (immédiatement après la palpation abdominale) et par conséquent était directement mal notée.

IV.7. Clampage du cordon

Le clampage du cordon est l'étape précédant la traction. Depuis 2012, l'OMS recommande le clampage tardif du cordon ombilical entre une minutes et trois minutes afin de diminuer la fréquence des baisses des réserves en fer du nouveau-né et l'anémie infantile, l'hémorragie intraventriculaire, l'enterocolite nécrosante et les infections néonatales [2, 51]. Plus de 98,7% des prestataires réalisaient bien ce geste. Ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé dans les hôpitaux de Madagascar [42] qui était de 89,3%. Ceci pourrait s'expliquer par l'insistance des pédiatres dans nos maternités sur ces nouvelles recommandations au travers des formations en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

IV.8. Légère tension sur le cordon et attente de la prochaine contraction

Il est important d'attendre une contraction utérine car grâce à celle-ci le décollement du placenta est plus facile et il ya moins de pression forte exercée

qui pourrait entraîner la douleur, la rupture du cordon, une hémorragie ou une inversion utérine [11].

Dans notre étude nous avons retrouvé un taux de 82.9%, ce qui était très élevé par rapport au chiffre retrouvé par Keita [30] qui était de 46,3%. Nous avons constaté que 84% des gestes effectués dans cette étude étaient faits par matrones, infirmières assistantes.

IV.9. Traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sus-pubienne

La traction contrôlée du cordon permet le décollement du placenta; son association à la contre pression sus-pubienne permet d'éviter l'inversion utérine. Cette traction contrôlée réduit de moitié les hémorragies [79]. Dans le cadre de la GATPA, le cordon ombilical est clampé avant d'initier la traction contrôlée du cordon. La traction contrôlée du cordon permet d'obtenir rapidement la vacuité utérine et donc des contractions utérines efficaces permettant ainsi l'hémostase mécanique. Une étude comparative réalisée en 2005 au CH Universitaire de Cocody [2] a montré que la traction contrôlée du cordon permettait une évacuation plus rapide de l'utérus (3.2 min vs 16.67 min) ce qui réduisait le risque de rétention placentaire. Cette traction contrôlée du cordon, en permettant une évacuation utérine rapide, assure une rétraction rapide de l'utérus et limite ainsi le risque d'atonie.

Dans notre étude, 96,3% de nos prestataires ont bien effectué ce geste ; seulement 10% des prestataires faisaient une traction contrôlée dans la série de Putod [59]. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon de Putod qui était faible (30 personnes) et aussi au fait que 43% des gestes de cette étude était réalisée par du personnel non qualifié.

IV.10. Massage utérin

Le massage utérin permet la rétraction utérine par contraction du myomètre qui, après expulsion complète du placenta, va permettre l'obturation des

vaisseaux au niveau de la zone d'insertion placentaire et entrainer une réduction considérable de l'hémorragie [23, 40, 67]. Ce massage est d'un très grand apport dans la prévention de l'hémorragie du post-partum [79]. Dans notre étude, nous avons eu un taux de 73,7%, notre taux est supérieur à ceux de Sango [64] 60.28%, et à celui rencontré dans l'étude réalisé par Sabatani [62] qui retrouvait un taux de 43,3%. La différence vient du fait que dans ces 2 dernières études, le massage utérin était réalisé essentiellement en cas d'hémorragie du post-partum.

IV.11. Examen du placenta et des membranes

Techniquement, le placenta débarrassé de ses caillots avec une compresse est examiné systématiquement sur ses faces maternelle et fœtale sous un bon éclairage.

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

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

Les membranes, sont normalement translucides ou bleu acier sur la face fœtale. On mesure la longueur du petit côté qui doit être supérieure à 10 cm pour confirmer l'insertion haute du placenta. On vérifie l'intégrité des membranes en les dépliant tout en reconstituant le sac ovulaire. Le placenta est dit découronné lorsque les membranes manquent sur une grande partie, voir sur la totalité des bords de la galette placentaire. Cette situation impose une révision utérine [77].

L'examen du placenta permet de s'assurer qu'il n'y a pas de cotylédons et membranes manquants permettant ainsi d'éviter les hémorragies du post-partum

par rétention. Dans notre série, cette étape très importante, est peu réalisée (39,63%). Ce taux est supérieur à celui de Soh [66] qui retrouvait 23,4%. Konate [33] constate que plus de la moitié des prestataires 56,1% ont bien effectué ce geste au centre de référence du district de Bamako. Ce taux supérieur au nôtre est probablement dû à la taille de son échantillon qui est le double du nôtre (284).

IV.12. Examen du cordon ombilical

L'examen consiste ici à sectionner le bout du cordon et à vérifier la présence ou non des 2 artères ombilicales plus petites et la veine ombilicale plus grande réunies en forme de triangle.

Un cordon ombilical qui n'est pas complet fera suspecter parfois des malformations et anomalies associées comme l'Artère Ombilicale Unique(AOU). Le comité pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone [78] trouvait une fréquence comprise entre 17-50% d'anomalies associées à l'artère ombilicale unique. Dans notre étude, 39,6% des prestataires réalisaient l'examen du cordon, ce qui est très loin des recommandations de ce Comité qui exige une étude macroscopique soignée du placenta et de ses annexes [78].

IV.13. Examen de la filière génitale

L'examen de la filière génitale permet de déceler les traumatismes ou les déchirures périnéo-vaginales qui peuvent être responsables d'hémorragies du post partum. Dans l'étude Pithagore 6 intéressant 140 000 accouchements réalisés en une année dans 106 maternités françaises [61], 18% des plaies de la filière génitale était responsable des hémorragies du post partum et aussi 20 % des HPP graves n'ont pas été diagnostiquées immédiatement en salle d'accouchement et n'ont été reconnues qu'en unités de suites de couches. Notre étude montre que 90,8% de nos prestataires ont réalisé ce geste. Ce score est

probablement lié aux audits de décès qui se font de manière récurrente dans nos maternités et dont l'une des recommandations fortes est la systématisation de l'examen de la filière génitale en post partum immédiat.

IV.14. Nettoyage du périnée

Dans notre étude, nous avons eu un score de 97%. Cela est en correspondance avec les objectifs des soins du périnée.

Les soins du périnée ont pour objectifs de prévenir les complications infectieuses du post-partum, et de favoriser la cicatrisation du périnée en cas d'épisiotomie ou de déchirure [53].

IV.15. Surveillance après accouchement

La surveillance du post-partum est indispensable afin de déceler très rapidement une hémorragie et éviter les spoliations sanguines néfastes pour les patientes

Dans notre étude, nous avons obtenu un taux de 95,1%. Nos données sont superposables à celles de Sabatani 96,7% [62]. Ces taux sont liés à la prise en charge rigoureuse de cette surveillance de nos jours, car beaucoup de nos structures actuelles font des formations internes régulières, les thèmes ciblées en fonction des résultats des audits de décès.

IV.16. Synthèse

Dans notre étude le taux de réalisation moyen commun à l'ensemble des hôpitaux de référence était de 71,3%. Si on considère que le pourcentage de bonne pratique est de 80%. Nous considérons que nous sommes en deçà des résultats attendus. Nos chiffres sont supérieurs à ceux de Keita [30] qui montre qu'environ 1/5 des étapes de la GATPA sont correctement réalisées. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude de Keita a été faite au début de l'introduction de la GATPA au Mali et donc certains centres et personnels n'avaient pas

forcément bénéficié de cette formation. Nos résultats sont superposables à ceux de Saizonou [63] 63,2%.

IV.17. Résumé

Cette étude nous a permis de faire la différence entre les étapes les mieux respectées et les moins respectées.

Les étapes les mieux respectées étaient :

- La préparation du matériel 95,7%
- L'administration d'ocytocine 96,7%
- Le clampage du cordon à proximité du périnée 98,7%
- La traction contrôlée du cordon avec contre pression 98,3%
- La légère tension sur le cordon en attente de la prochaine contraction 82,9%
- La prise du placenta avec les 2 mains 71,6%
- Le massage utérin 73,7%
- Le recueil du placenta de manière appropriée 98%
- L'examen vulvo-vaginal 90,8%
- Les soins locaux du périnée 97%
- La surveillance après la délivrance 100%

Les étapes les moins respectées étaient :

- Le counseling de la patiente 39%
- Le réconfort 33,5%
- La palpation de l'abdomen à la recherche d'un 2^e fœtus 39,6%
- L'examen du placenta et des membranes 39,6%
- L'examen du cordon ombilical 39,6%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 529.000 femmes meurent chaque année dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Près de la moitié de ces décès surviennent en Afrique Subsaharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales [83]. D'autres sources des nations-unies prétendent qu'environ 287000 femmes meurent de causes liées à la grossesse et plus d'un demi-million de femmes meurent tous les ans dans le monde de suites de grossesse ou d'accouchement difficile [18, 49, 84].

Selon l'enquête démographique et de la santé continue de 2015 au Sénégal ; la Mortalité maternelle actuelle est de 392 pour 100.000 naissances vivantes [4, 5, 50, 69, 70, 80].

L'hémorragie du post partum est responsable de 29% des décès maternels liée à l'hémorragie [20, 70].

Une des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est l'application correcte au cours de l'accouchement de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA). Pour que cette stratégie puisse contribuer efficacement à l'amélioration de survie de la mère et de l'enfant, l'OMS a émis des recommandations parmi lesquelles figure l'application correcte de la GATPA afin d'éviter les hémorragies du post-partum.

Afin d'évaluer le taux d'application de ces directives au sein de nos maternités, nous avons mené une étude prospective, observationnelle, multicentrique sur une période de 6 mois, du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 dans trois maternités de référence de Dakar (Centre de Santé Nabil Choucair, Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor et Centre Hospitalier National de Pikine).

Nos objectifs étaient:

- d'apprécier l'effectivité de la pratique de la gestion active de la troisième Phase de l'accouchement dans la salle d'accouchement ;
- d'évaluer le degré de complétude des étapes de la GATPA dans les 3 maternités.
- de formuler des recommandations pour améliorer la qualité de la pratique de la GATPA dans nos maternités.

Étaient incluses dans notre étude les cas d'accouchements effectués par :

- Un personnel qualifié en service dans les maternités ciblées ; la sage femme ayant terminé ses études, employée dans la structure sanitaire, ayant reçu la formation en GATPA, intervenant régulièrement dans la prise en charge des accouchements et ayant donné son consentement pour participer à l'étude

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- tout personnel non qualifié (sage femme stagiaire en service, Médecin ou DES, sans formation en GATPA).

L'étude comportait deux étapes :

- Obtention du consentement éclairé du prestataire
- Observation du déroulement de la procédure de la GATPA.

Nous avons utilisé une fiche de recueil des données observées et chaque acte était coté 1 s'il était bien réalisé et 0 s'il était mal réalisé ou non fait.

Nos résultats étaient les suivants :

Nous avons pu observer 41 prestataires pour un total de 164 prestations.

La GATPA a été observée en fonction du nombre de sages femmes qualifiées :

- 15 sages-femmes au Centre Hospitalier National de Pikine qui ont effectué un total de 60 prestations ;
- 13 sages-femmes au Centre de Santé Phillippe Maguilen Senghor ce qui faisait un total de 52 prestations
- 13 sages-femmes au Centre de Santé Nabil Choucair représentant un total de 52 prestations.

Les étapes les mieux respectées étaient :

- la préparation du matériel
- l'administration d'ocytocine
- le clampage du cordon à proximité du périnée
- la traction contrôlée du cordon avec contre pression
- la tension sur le cordon en attente de la prochaine contraction
- la prise du placenta avec les 2 mains
- le massage utérin
- l'élimination du placenta de manière appropriée
- l'examen vulvo-vaginal
- les soins locaux du périnée
- la surveillance après la délivrance

Les étapes de la GATPA les moins bien pratiquées étaient :

- l'explication, l'écoute de la patiente : 39%
- la palpation abdominale en vue d'écarter l'éventualité d'un autre foetus : 39,3%
- l'examen du placenta : 39%
- l'inspection des membranes : 40%
- l'examen du cordon ombilical : 39%

Concernant l'ensemble des structures, sur l'ensemble des gestes, les étapes de GATPA sont observées à 79,8% à Nabil Choucair ; à 74,5% à Pikine ; à 59,1%

à Phillipe Maguilen Senghor avec un taux moyen de 71,3%. La moyenne requise doit être de 80%.

Nos résultats nous amènent à formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité de la GATPA au niveau de nos structures sanitaires.

❖ A l'endroit du Ministère de la Santé et l'Action Sociale du Sénégal

- Organiser régulièrement des sessions de formations/recyclage sur la GATPA pour permettre la remise à niveau constante des prestataires
- Faire cette étude sur le plan national afin d'évaluer la pratique de la GATPA de façon plus étendue.
- Créer des modules de formation continue afin de renforcer les capacités des personnels dans le domaine des techniques de la GATPA.
- S'assurer que la GATPA est bien enseignée lors de la formation de base

Aux prestataires :

- Expliquer aux patientes le geste en faisant un bon counseling et être à l'écoute de la patiente.
- Respecter scrupuleusement chaque étape de la GATPA en salle d'accouchement ;
- Faire régulièrement l'examen du placenta, des membranes et du cordon ombilical afin d'éviter les hémorragies du post partum par rétention ;

Aux gestionnaires et responsables de formations sanitaires :

- Assurer la formation continue basée sur la GATPA.
- Renforcer les supervisions formatives internes sur la GATPA, pour s'assurer de la complétude des étapes de la GATPA dans les structures ;
- Afficher en salle d'accouchement des flyers concernant la GATPA

- Renforcer la participation des communautés afin de mieux comprendre l'utilité de la GATPA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abalos E.

Prise en Charge Active contre Expectative au Cours de la Délivrance : Commentaire de la BSG (dernière révision : 2 mars 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2009. Disponible sur le site : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy.../care-during-labour-3rd-stage-0>. Consulté le 23 /03/17.

2. Abalos E.

Moment du clampage du cordon ombilical chez le nouveau-né à terme : effet sur les résultats maternels et néonataux. Commentaire de la Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé 2011. Disponible sur le site : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy.../care-during-labour-3rd-stage-2>. Consulté le 11/07/2017.

3. Abauleth R, Boni S, Bokossa E, Yesufu A, Nga C, Kofi A Gondo D et al.

La délivrance active par traction contrôlée du cordon ombilical : expérience du CHU de Cocody. La lettre du gynécologue.2006 12 ;317 :12-4

- 4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie**
Enquête démographique et de la santé continue
The DHS Program ICF International Rockville, Maryland,
USA .Disponible sur le site :
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR305/FR305.pdf>. Juin 2015.
Consulté le 10 décembre 2016.

- 5. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal**
Rapport définitif du recensement général de la population de l’habitat de
l’agriculture et de l’élevage (2013). Disponible sur le site :
[https://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport-definitif-
RGPHAE2013.pdf](https://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport-definitif-RGPHAE2013.pdf). Septembre 2014. Consulté le 20 décembre 2016.

- 6. Arulkumaran S.**
Overcoming barriers to implementing PPH prevention at the facility level:
the role of professional associations: Africa Regional Meeting on Maternal
and Newborn Health Interventions 2011, OI/MCHIP Meeting; February
21–25, 2011. Addis Abeba, Ethiopia.

- 7. Association Formation Permanente Developpement et santé**
Accouchement humanisé au Sénégal.
Disponible sur le site : [https://devsante.org/actualites/l-accouchement-
humanise-au-senegal](https://devsante.org/actualites/l-accouchement-humanise-au-senegal) consulté le 13/08/17

- 8. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A.**
Active versus expectant management for women in the third stage of
labour. Cochrane Database Syst Rev 2010;7(7): CD007412.

9. Cabrol D, Pan J C ; Goffinet F.

Mécanique Obstétricale : physiologie de la dilatation. In Traité d'obstétrique. Paris : Flammarion médecine-sciences ; 2003. P 741- 2.

10. Collège National des gynécologues Obstétriciens Français

Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33 (supplement n°8):4S1-4S136.

11. Corporation Jhpiego

Descriptif technique de l'hémorragie du Post partum: prévention et prise en charge Disponible sur :

www.k4health.org/sites/default/files/PPH%20Tec%20Brief_French.pdf

2011. Consulté le 13/02/16

12. Dolo A, Dial N.G, Diabate F. S.

A propos de 507 grossesses et accouchements gémellaires dans le district de Bamako. Pub Méd Afr, 1990;109:28-32.

13. Dupont C, Ducloy-Bouthors AS, Huissoud C.

Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014 ; 43 : 966-97.

14. Ecra T, Fanny M, Horo A, Behanzin C, Ble KR, Adjoussou S, Kone M .

Etude comparative entre trois méthodes de délivrance dans la gestion active de la troisième phase de l'accouchement

Médecine d'Afrique Noire. 2010; 5703 : 129-36.

15. Festin MR, Lumbiganon P, Tolosa J, Finney K, BA-Thike K, Chipato T.

International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour.

Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81 : 286-91.

16. Fogarty L et al.

Active management of third stage of labour saves Facility Cost in Guatemala and Zambia Journal of Health, Population and Nutrition. 2006 ;24(4):540-51

17. Fomba S.

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA à Magnambougou Commune VI du District.

Thèse Méd, Bamako ; 2003, N° 64.

18. Fonds des Nations unies pour la population(UNFPA)

Lancement de la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (Niamey). Disponible sur le site : [http://www.niger.unfpa.org/docs/Rapport en décembre 2011](http://www.niger.unfpa.org/docs/Rapport%20en%20décembre%202011) consulté le 27 février 2017.

19. Gabriel R, Harika G, Quereux C, Napoleone C, Wahl P, Palot M.

Délivrance normale et pathologique. Encycl.Méd Chir Obstétrique Elsevier, Paris, 2003; p15-23.

20. Gueye SMK, Diallo D, Faye ME, Cisse ML, Diadhiou M, Moreau JC, Diadhiou F.

Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU A le DANTEC de Dakar : tendances évolutives de 1996 à 2000.

Journal de la SAGO 2003 ; 4 :13- 9.

21. Gulmezoglu AM, Souza JP.

The evolving management of the third stage of labour.

British Journal of Obstetrics and Gynecology 2009;116:26-8.

22. Gynuity Health Projects

Postpartum hemorrhage: Moving from Research to Reality.

Disponible sur le site : gynuity.org/resources/.../postpartum-hemorrhage-moving-from-research-to-reality-fr/ consulté le 13/08/17.

23. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA.

Uterine massage for preventing post-partum haemorrhage.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 3, Art. No.: CD006431; DOI: 10.1002/14651858.CD006431.pub2. Disponible en juillet 2011 sur le site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646154> consulté le 18/03/2017.

24. International Confederation of Midwives et Federation Internationale des Gynécologues Obstétriciens

Joint statement : management of the third stage of labour to prevent post partum haemorrhage washington 2004.

Journal of Midwifery and Women's Health 2004; 49:76-7.

25. Intrahealth International Senegal

Santé Maternelle, Neonatale et Infantile, Planification Familiale/Paludisme. Disponible en 2009 sur le site :

https://www.intrahealth.org/~intrahea/files/media/.../senegal_mnch-ar-08-fr.pdf consulté le 10/01/2017.

26. Jangsten E, Mattsson LA, Lyckestam I, Hellstrom AL, Berg M.A

Comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomized controlled trial.

International journal of Obstetrics and gynaecology.2011 ;118(3):362-9.

27. Japan International Development Agency.

Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale phase 2

Disponible sur le site :

<http://www.jica.go.jp/senegal/french/office/activities/sante03.html>

consulté le 13/08/2017

28. Jerbi M, Hidar S, Elmoueddeb S, Chaieb A, Khairi H.

Oxytocin in the third stage of labor.

International Journal of Gynaecol Obstet.2007;96:198.

29. Journées nationales du CNGOF

Impact de la traction contrôlée du cordon au cours de la délivrance sur l'incidence de l'Hémorragie du post-partum : essai multicentrique contrôlée randomisée. Disponible en 2011 sur le site :

www.sham.fr/content/download/7746/38525/version/1/file/PX+CNGOF2011.pdf consulté le 10juin 2017

30. Keita MA

Etude de la pratique de la GATPA à la maternité dans cinq CSCOM (Asacotoqua, Asacosab III, Ascombadi, Asacokal, Asacoga) de la commune v du district de Bamako.

These Med ; Bamako ; 2013,n°165

31. Khan GQ, John IS, Wani S, Doherty T, Sibai BM.

Controlled contraction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. Am J ObstetGynecol 1997; 177:770.

32. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA.

OMS analysis of causes of maternal mortality: a systematic review. Lancet 2006 April 1, 367(9516): 1066-1074.

33. Konate 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.

These Med ; Bamako 2013; n°166.

34. Lansac J , Body G, Perrotin F, Marret H

Accouchement normal en présentation du sommet.

In Pratique de l'accouchement Paris, MASSON , 2001 ; 53-72.

35. Lansac J, Carbonne B, Pierre F.

Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique.

J Gynécol Obst Biol Reprod. 2007; 36 :2-7.

- 36. Lansac J, Marret H, Oury J F**
Physiologie de la grossesse à terme et du travail.
In Pratique de l'accouchement, Paris, MASSON, 2006 .16-67.
- 37. Lansac J, Marret, Oury JF.**
Examen clinique à l'entrée en salle de naissance.
In Pratique de l'accouchement, 4^{ème}éd .Paris : Elsevier Masson, 2006. 32-37.
- 38. Lansac J, Berger C, Perrotin F, Marret H.**
Conduite à tenir vis-à-vis d'une femme qui accouche d'une manière imprévue à domicile.
In Obstétrique pour le praticien Paris, MASSON, 1997:333-469.
- 39. Lawn JE, Darmstadt GL, Organizing Guest Editors et RL Goldenberg, External Guest Editor.**
Intrapartum-related deaths: evidence for Action.
International Journal of Gynecology& Obstetrics, 2009. 107 (S): 9-150.
- 40. Lazarus JV, Lalonde V.**
Reducing postpartum hemorrhage in Africa.
International Journal of Gynecology & Obstetrics 2005;88:89-90.
- 41. Low LK , Bailey J M , Sacks E , Robles C, Medina L**
Reduced post-partum hemorrhage after implementation of active management of the third stage of labor, in rural Honduras .
International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012;119(3):217-20.

42. Marie Stopes ; Venture Strategies innovations ; Ministère de la Santé Malgache.

Présentation des résultats de l'étude sur la prévention de l'hémorragie du post partum par le misoprostol à Madagascar.

Disponible en 2010 sur le site : www.mariestopes.mg/assets. Consulté le 3 mars 2017.

43. Marpeau L, Rotten D, Baraille A.

Physiologie de la contraction utérine. In traité d'obstétrique, Paris, Masson, 2010 :129-140.

44. Mathai M, Gulmezoglu AM, Hill S.

WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Hemorrhage. Geneva.

Disponible en Octobre 2006 sur le site : www.afro.who.int/index.php
Consulté le 3mars 2017.

45. Mbaye C R

Evaluation de la qualité de l'accouchement dans les centres de santé : ASACOBABA, ASACOBABOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako.

Thèse Med; Bamako 2008, n°575.

46. McCormick ML, McIntosh N, Kinzie B, Sanghvi HCG.

Averting maternal death and disability: Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings.

International Journal of Gynecology and Obstetrics.2002; 77(3):267–275.

47. Merger R, Levy J , Melchior J.

Accouchement normal

In Précis d'Obstétrique, Paris, Masson, 2008 ;135-154, 597.

48. Organisation Mondiale de la Santé

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement
guide destiné à la sage femme et au médecin. Genève.2002 ; 87-90

49. Organisation Mondiale de la Santé

Tendances de la mortalité maternelle 1990-2015. Genève. Disponible en
Décembre 2015 sur le site :

www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality.../fr

consulté le 10 novembre 2016.

50. Organisation Mondiale de la Santé

Trends in maternal mortality: 1990 to 2013.

WHO, UNICEF, UNFPA, Mai 2014: 25-28. Disponible en Mai 2014 sur
le site: apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../2/9789241507226_eng.pdf

Consulté le 12 novembre 2016.

51. Organisation Mondiale de la Santé

Recommandations de l'OMS pour le clampage Tardif du cordon Ombilical
Geneve. Disponible en 2012 sur le site :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/120078/1/WHO_RHR_14.19_fre.pdf

Consulté le 05juin 2017.

52. Organisation Mondiale de la Santé

Recommandations de l’OMS pour la prévention de l’hémorragie du post partum.

Geneve. disponible en 2014 sur le site :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf

Consulté le 05octobre 2016

53. Organisation Mondiale de la Santé

Les soins liés à un accouchement normal

WHO/FRH/MSM/96.24Geneve. Disponible en 1997 sur le site :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf. Consulté le 12/10/16

54. Perrin RX, Adisso S, Aboudou S.

Postpartum hemorrhage prevention: Benin experience. Presented at: Africa Regional Meeting on Maternal and Newborn Health Interventions 2011, OI/MCHIP Meeting; February 21–25, 2011. Addis Abeba, Ethiopia.

55. Pierre Kamina.

Anatomie gynécologique et Obstétricale.

In Kamina, Paris, Maloine, 1984 ;516.1.

56. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, et Stirrat G M.

The Bristol third stage trial : Active versus physiological management of the third stage of labour .

Bristish medical journal 1988; 297 : 1295-1300.

57. Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S.

Active versus expectant management in the third stage of labour (cochrane review). Cochrane Data base Syst Rev. 2000;(3):CD000007.

58. Puech F, Vaast P, Codaccioni X, Hubert D.

Grossesses gémellaires et multiples. Etude anatomoclinique et prise en charge. Encycl Med Chir (Paris-France), Obstétrique,5030A10, 1993:16.

59. Putod A.

Audit de pratique : réalisation de la délivrance dirigée et conformité aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Gynécologie et obstétrique. Disponible en 2013 sur le site :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00860751> consulté le 25/03/17.

Consulté le 23 janvier 2017

60. Rogers J, J Wood, R Mccandlish, A Tuesday, et D Elbourne.

Active versus expectant Management of third stage of labour : the hinchingsbrooke Randomized controlled.

Trial lancet.1998;351 :693-699.

61. Rudigoz RC, C. Dupont C, Thevenet .S

Hémorragies du post partum : modalités et résultats d'un audit clinique e-memoires de l'Academie Nationale de Chirurgie ;2012,11(1) :013-016.

62. Sabatini S

Evaluation des pratiques professionnelles concernant l'application du protocole de mai 2009 relatif à la prise en charge des hémorragies du postpartum à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Mémoire; NANCY 2011, n°56.

- 63. Saizonou J, Adisso S , Agueh DV , Keita S et Makoutode M .**
Facteurs associés à la mauvaise qualité de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement dans les maternités du district de DassaZoumè- Glazoué au Bénin.
Int. J. Biol. Chem. Sci. 6(2): 726-737, April 2012
- 64. Sango A**
Hémorragies du post partum immédiat à la maternité de l'hôpital général de Yaoundé.
Thèse Med ; Bamako 2008, n°230.
- 65. Schaal JP .et al**
Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement.
EMC, Obstétrique, Paris, Masson, 1998,vol27, n°5 ; 5-17
- 66. SOH A P**
Evaluation de la Qualité de la prise en charge de l'accouchement selon les directives de l'organisation mondiale de la santé dans cinq maternités de références Dakar (SENEGAL).
Thèse Med ; Dakar 2016, n°29.
- 67. Soltani H.**
Massage utérin dans la prévention de l'hémorragie du post-partum: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er avril 2010).
Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur le site : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy.../care-during-labour-3rd-stage-4> consulté le 11/07/2017

68. Stanton C, Armbruster D, Knight R, Ariawan I, Gbangbade S, Getachew A et al.

Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries.

Bull World Health Organ. 2009;87:207–15.

69. Sullivan J, Ayad M Ndiaye

Mortalité maternelle in : Enquête démographique et de la santé Sénégal (EDS1992- 1993).

Macro intern Inc, Maryland (USA). 2014 ; 4 : 133-40.

70. Sylla T

Intérêt du Misoprostol par voie orale dans la gestion active de la troisième phase de l'accouchement.

Thèse Med ; Dakar, 2010, n°100.

71. Tahirou O.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako.

Thèse Med ; Bamako 2012, n°191.

72. Tessier V, Pierre F.

Facteurs de risque au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum.

J Gynecol Obstet Biol Reprod .Paris. 2004;33,4S29—56.

73. Tiemoko O.

Accouchement gemellaire dans la ville de ouagadougou.

Thèse Med ; Ouagadougou ;1999, n°20.

74. Traoré I

Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de santé communautaire « ADASCO » de Daoudabougou en commune V du district de Bamako.

Thèse Med ;Bamako 2009, n°38.

75. Traulle S, Gignon M, Regimbeau J.M, Chainé F.X, Braillon A.

Évaluation des Pratiques Professionnelles et amélioration de la qualité des soins : Sept notions pour mieux comprendre.

J Chir 2007,144, (3) : 203-208.

76. Tsu V, et al.

Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: Assessing the effectiveness of active management of third-stage labor. Hanoi/Seattle: Vietnam Ministry of Health/PATH. Disponible en juillet 2009.
https://www.engenderhealth.org/...health/amstl_factsheet_english.p

Consulté le 20 janvier 2016

77. Université Médical Virtuelle francophone

Comité éditorial pédagogique : la délivrance

Disponible sur le site :

campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/delivrance/site/html/4.html

le 01/03/2011 . Consulté le 20 mai 2017.

78. Université Médicale Virtuelle

Comité éditorial pédagogique : Le cordon ombilical

Disponible le 01 /03/ 2011 sur le site : campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/cordonombilical/site/html/cours.pdf. Consulté le 15 avril 2017.

79. USAID

La prévention de l'hémorragie du post-partum : la gestion active de la troisième période de l'accouchement.

Manuel de référence pour les accoucheurs qualifiés. 2008: 6-7.

80. USAID

Maternal and Child Health Integrated program (MCHI).

Santé maternelle et néonatale au Sénégal succès et défis. 2011 : 12.

Disponible en 2012 sur le site :

www.mchip.net/sites/default/files/Senegal%20case%20study_French.pdf.

Consulté le 15 mars 2016.

81. USAID-POPPHI

Rational pharmaceutical management plus program 2007. Etude de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans les formations sanitaires.

Résultats d'une enquête nationale réalisée au Bénin. 2006 :58-61.

82. USAID-POPPHI-RTI International Path- Engender Health

Gestion Active de la Troisième période de l'accouchement (services et soins à offrir à chaque femme). Disponible en 2010 sur le site :

https://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternalhealth/amtsl_poster_fr_ench.pdf. Consulté le 14 mars 2016 .

83. World Health Organisation

Mortalité Maternelle en Afrique Subsaharienne

American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004, 192:342-349.

84. World Health organisation (WHO)

Maternal mortality in 2000 estimates developpees by WHO.1993.

Disponible sur le site :

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/.

Consulté le 23 mars 2017.

ANNEXES

Questionnaire sur la GATPA

1ere étape : S'assure que l'équipement nécessaire pour effectuer la prise en charge active du troisième stade du travail a été préparé de manière adéquate avant la naissance et qu'il est prêt à être administré.	0	1
2 ^e étape : Explique à la femme ce qu'on va faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations	0	1
3 ^e étape : Fournit un appui émotionnel continu et du réconfort dans la mesure du possible	0	1
4 ^e étape : Palpe l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre / d'autres bébés.	0	1
5 ^e étape : Administre 10 UI d'ocytocine IM dans la fesse supérieure.	0	1
6 ^e étape : Clampe le cordon à proximité du périnée.	0	1
7 ^e étape : Maintien cette position, en gardant une légère tension sur le cordon et attendre la prochaine contraction qui aura lieu en 2 à 3 minutes	0	1
8 ^e étape : Se tient à exécuter une traction contrôlée sur le cordon avec contre-pression sur l'utérus en tenant la pince avec une main et en positionnant l'autre main juste au-dessus du pubis pour stabiliser l'utérus.	0	1

9 ^e étape : Lorsque l'utérus se contracte, applique une pression continue sur le cordon, tout en appliquant une contre-pression sur l'utérus en poussant l'utérus vers le haut doucement mais fermement.	0	1
10 ^e étape : Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes de traction mesurée sur le cordon, relâche la tension et la répéter lors de la prochaine contraction.	0	1
11 ^e étape : Pendant l'expulsion du placenta, le prend avec les deux mains.	0	1
12 ^e étape : Si nécessaire, pour aider l'expulsion des membranes, les enroule doucement pour former une corde et les bouger vers le haut et le bas.	0	1
13 ^e étape : Immédiatement après la délivrance du placenta et des membranes :- Masse doucement l'utérus à travers l'abdomen de la femme jusqu'à ce qu'il soit bien contracté, et - S'assure qu'il n'y a pas de saignement excessif du vagin Après avoir cessé de masser, s'assure que l'utérus ne se décontracte pas de nouveau.	0	1
14 ^e étape : Pour vérifier si le placenta est complet: - Tient le placenta dans les paumes des mains, la face maternelle vers le haut ; et - Vérifier si tous les lobes sont présents et sont complets.	0	1
15 ^e étape : Place l'autre main dans les membranes, les doigts ouverts, et inspecter les membranes pour déterminer si elles sont complètes.	0	1
16 ^e Etape : Se débarrasse du placenta de la manière appropriée	0	1

17 ^e étape : S'assure que l'attache du placenta au cordon est normale et inspecter le tout sectionné du cordon pour confirmé la présence de deux artères et d'une veine.	0	1
18 ^e Etape : Sépare doucement les grandes lèvres et examine la partie inférieure du vagin pour voir s'il y a des lacérations nécessitant la réparation pour éviter une perte ultérieure de sang.	0	1
19 ^e étape : Nettoie doucement le perinée avec de l'eau tiède et un tissu propre et appliquer une garniture ou un tissu propre à la vulve	0	1
20 ^e étape : Pendant les deux premières heures après la délivrance du placenta, vérifie la condition de la femme tous les quarts d'heure : -Prend les signes vitaux -Masse l'utérus pour s'assurer qu'il est bien contracté -Vérifie que le saignement vaginal n'est pas excessif.	0	1

**EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME
PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA) DANS TROIS MATERNITES DE
REFERENCE DE DAKAR(SENEGAL)**

RESUME

La GATPA (gestion active de la troisième phase de l'accouchement) se définit comme l'ensemble des gestes effectués en vue de réduire la durée de la délivrance et éviter ainsi la survenue d'une hémorragie du post-partum.

Objectifs : évaluer les pratiques professionnelles sur la Gestion Active de la Troisième Phase de L'accouchement à Dakar (Sénégal).

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique menée par le biais d'une enquête à l'aide d'une fiche de collecte des données sur les étapes de la GATPA réalisées par les prestataires, d'une période d'étude de 6 mois allant du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 dans les trois(3) maternités de référence de Dakar.

Résultats : Au terme de notre enquête, 41 sages femmes ont été observées ; chaque prestataire avait été observée 4 fois d'où un total de 164 prestations.

Nos résultats mettent en évidence que le taux de réalisation moyen de la GATPA était de 71,3%. Les étapes les mieux respectées étaient :

La préparation du matériel, l'administration d'ocytocine, le clampage du cordon à proximité du périnée, la traction contrôlée du cordon avec contre pression, Légère tension sur le cordon en attente de la prochaine contraction, la prise du placenta avec les 2 mains, le massage utérin, Se débarrasser du placenta de manière appropriée, l'examen vulvo-vaginal, Soins locaux du périnée et la surveillance après la délivrance.

Les étapes les moins bien respectées étaient :

Counseling de la patiente, le réconfort, palpation de l'abdomen à la recherche du 2e foetus, examen du placenta et des membranes, examen du cordon ombilical.

Conclusion : L'effectivité de la pratique de la GATPA reste encore améliorée au Sénégal et que certaines étapes moins bien pratiquées nécessiteraient une attention particulière.

Mots clés : GATPA- Dakar- Sénégal

Dr NJIOMO TIOGAN GEORGES YVES

Email : njiomo_georges2000@yahoo.fr