

## Utilisation de la GATPA à la Maternité des Cliniques Universitaires de Lubumbashi Use of AMTSL at the University Clinics of Lubumbashi

Tabitha Mpoyi Ilunga<sup>1&</sup>, Florent Tshibwid A Zeng<sup>1</sup>, Françoise Kaj Malonga<sup>1,2</sup>,  
Abel Ntambue Mukengeshayi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Ecole de Santé Publique et <sup>2</sup> facultés de Médecine Université de Lubumbashi, Province du Haut-Katanga,  
République Démocratique du Congo

Tabitha Ilunga Mpoyi, Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Province du Haut-Katanga,  
République Démocratique du Congo

**Abstract: Introduction:** Postpartum hemorrhage (PPH) is the major cause of maternal mortality in LMICs despite the fact that AMTSL is recommended to reduce its incidence. Then it is obvious that AMTSL is not systematically practiced in all hospitals, The objective of the study was to evaluate active management of the third phase of childbirth (GATPA).

**Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the university clinics, dealing with parturients who gave birth vaginally from January to June 2017. The data were collected on the partograph and the analyzes carried out with the software Epi Info 7.2.2.6.

**Résultats:** The mean age of the parturients was  $30.3 \pm 5.1$  years, among whom 52.7% were housewives. Midwives performed 47.6% of deliveries. The mean duration of the third stage was  $9.8 \pm 4.9$  minutes. AMTSL was practiced in 65% of cases. The 3 recommended actions were performed simultaneously in 26.2% of cases, the use of an uterotonic in 72.5% of cases when AMTSL was done and Methylergonovine, used in 72.9% of cases, has been the most preferred uterotonic. AMTSL was performed in 51.1% by midwives, followed by medical interns in 41.6%; doctors were poorly represented. Postpartum hemorrhage occurred in 5.8% of cases and no death has been recorded.

**Conclusion:** The study revealed that AMTSL is effective at the University Teaching Hospital of Lubumbashi, the 3 recommended actions were rarely used simultaneously. However, the use of uterotonic, the essential step in AMTSL was the most used of the 3 actions, with a clear preference for Methylergonovine compared to Oxytocin.

**Mots clés:** GATPA, Hémorragie du post-partum, Lubumbashi

**Key Words:** AMTSL, PPH, Lubumbashi

Date of Submission: 05-12-2020

Date of acceptance: 22-12-2020

### I. Introduction

Chaque jour, environ 830 femmes meurent de causes évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement et 95% de tous les décès maternels surviennent dans les pays en développement [1]. La République Démocratique du Congo est classée parmi les pays avec très grand ratio de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) avec une moyenne de 693 [2]. Parmi les causes de mortalité maternelle en Afrique, l'hémorragie du postpartum arrive en tête, avec 33,9 %, suivie des infections (9,7%) et de la géstose hypertensive (9,1%) [3,4].

La prise en charge active (ou gestion active) de la délivrance est une intervention prophylactique qui s'articule autour de trois composantes : l'administration d'un utérotonique, de préférence de l'ocytocine, immédiatement après la naissance du bébé ; la traction contrôlée du cordon afin de faciliter l'expulsion du placenta et le massage du fond utérin après expulsion du placenta [5]. Des études ont démontrés que la gestion active de la troisième phase de l'accouchement prévient jusqu'à 60% des hémorragies du postpartum [6].

Les études menées à Bristol et à Hinchingsbrooke ont comparé les gestions active et physiologique de la troisième phase de l'accouchement. Toutes ces deux études avaient montré que lorsque la GATPA était appliquée, l'incidence de l'hémorragie du post-partum diminuait, respectivement : à 5,9% avec GATPA contre 17,9% sans GATPA et à 6,8% avec GATPA contre 16,5% sans GATPA [7,8].

Depuis 2007, la prise en charge active de la délivrance est inscrite au rang des interventions essentielles de prévention de l'hémorragie du post-partum dans les recommandations de l'OMS [9].

En RDC, dans une vue d'ensemble, seulement 39,6% des formations sanitaires mettent en œuvre la GATPA. Néanmoins, ce pourcentage grimpe à 50,6 dans les zones urbaines. Dans la région du Katanga, ce pourcentage est de 45,3% [10] l'objectif de l'étude était d'évaluer la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) aux cliniques universitaire de Lubumbashi.

## II. Méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi (CUL), en République Démocratique du Congo. Elle s'est intéressée aux données des parturientes ayant été reçues de Janvier à Juin 2017. Nous avons recensé un total de 397 accouchements. Après application des critères d'inclusion, lesquels sont : (1) avoir accouché aux cliniques Universitaires de Lubumbashi, (2) avoir un dossier complet (de l'accouchement à la sortie) et (3) avoir accouché par voie basse, nous avons exclu 122 dossiers dont 15 issus d'accouchements par césarienne et 107 issus d'accouchements par voie basse mais ne fournissant pas suffisamment de renseignements nécessaires à notre étude, c'est ainsi que notre échantillon était finalement constitué de 275 dossiers.

Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste par convenance de tous les patients répondant positivement aux critères d'inclusion. La taille de l'échantillon a été donc déterminée par la durée de l'étude, notre échantillon est exhaustif.

L'étude a pris en compte des paramètres épidémiologiques (Date de consultation, Age, Occupation) ainsi que des paramètres cliniques : Mode d'admission, Déroulement de l'accouchement (Durée du travail, Voie d'accouchement, Nombre de fœtus, Réalisation de manœuvres), Déroulement de la délivrance (Durée Phase de latence, Mode, Complications spécifiques, déchirures), renseignements à propos de la GATPA (faite ou pas, par qui, comment, avec quel utérotonique et à quelle dose) ainsi que l'issue (hémorragie du post-partum, transfusion, décès maternel).

Nous avons utilisé les dossiers médicaux des parturientes qui contenaient le partogramme, la fiche d'évolution et le résultat de certains examens paracliniques. Les informations recueillies ont été notées sur des fiches d'enquête préalablement établies. Les données obtenues ont été encodées puis analysées grâce aux logiciels Epi Info 7.0.9.7 du CDC et Excel de Microsoft Office 2016. Nous avons obtenu une double autorisation pour la collecte des données, l'une par les autorités facultaires et l'autre par le service des archives des CUL.

## III. Résultats

A l'issue de l'analyse des données, les paramètres généraux de notre échantillon se sont répartis comme suit : l'âge moyen des parturientes était de  $30,3 \pm 5,1$  ans. L'occupation la plus fréquente de notre population d'étude est d'être ménagère, les femmes de cette catégorie ont représenté 52,7%. Les multipares, femmes ayant de 4 à 6 accouchements, ont représenté 21,7%. Les accouchements prématurés ont représenté 18,2% de l'ensemble. Seulement 0,7% des parturientes ont été transférées et 97,1% des grossesses étaient monofœtales. Les médecins n'ont pratiqué de 32,8% des accouchements au cours desquels une épisiotomie a été réalisée dans 19,6% des cas (**Tableau 2**).

Dans la majorité des cas (51,3%), indépendamment de la réalisation de la GATPA, la phase de latence a duré entre 10 et 19 minutes et dans 41,5% des cas, elle a duré moins de 10 minutes. Chez 4% des parturientes, elle a duré entre 20 et 29 minutes et dans 3,2% des cas, une rétention placentaire a été diagnostiquée, sur base d'une durée de la phase de latence supérieure à 30 minutes (**Tableau 2**).

Sur les 275 accouchements par voie basse, la GATPA a été pratiqué dans 65% des cas (**Figure 1**). Le personnel médical qui a été le plus impliqué dans la pratique de la GATPA est représenté par le groupe des sages-femmes 51,1% des cas, suivi des internes en médecine (41,6%). Dans 5,1% des cas, le réalisateur de la GATPA n'a pas été mentionné sur le partogramme (**Tableau 3**). Les gestes de la GATPA, tels que recommandés par la FIGO ont été diversement suivis. C'est ainsi qu'un utérotonique a été utilisé seul dans 20,2% des cas alors que l'ensemble des trois gestes a été pratiqué dans 40,5% des cas. Sur l'ensemble, un utérotonique a été utilisé dans 72,5% des cas où la GATPA a été pratiquée (**Tableau 4**). Deux utérotoniques ont été exclusivement utilisées dont la Méthylergonovine très majoritairement, à 72,9% et l'Ocytocine, à 27,1%. Toutes ont été administrées par voie parentérale et à des doses recommandées dans 100% des cas (**Tableau 5**).

Sur l'ensemble des parturientes, l'hémorragie du postpartum a été diagnostiquée dans 5,8% des cas et 2,1% des parturientes ont été transfusées. Au cours de la période d'étude, aucun décès maternel n'est survenu (**Tableau 6**).

## IV. Discussion

En ce qui concerne l'âge des parturientes, nous avons eu une moyenne d'âge de 30,9 ans. Cette moyenne est légèrement supérieure à 28,6 ans trouvée par l'étude réalisée à Hinchingsbrooke [8]. Plusieurs études ont trouvé un âge moyen allant de 25 à 26 ans [11-13]. Cette différence pourrait se justifier par les

différences de milieu et de type d'études. La planification des naissances pourrait aussi éviter des grossesses en âge très avancé, ce qui réduirait la moyenne générale de l'âge des parturientes en Occident alors que pour l'étude Malienne, la réduction de la moyenne d'âge pourrait être attribuable à la grande fréquence du mariage précoce[14,15].

Notre étude a identifié que 52,7% des parturientes étaient ménagères. Ceci se rapproche des résultats des études de Koné Y., 2006 ; Konaté O., 2013 et Sagaïdou M.I., 2010 où les ménagères ou femmes au foyer représentaient entre 65,5 et 73,5% [13, 16,17]. Cela est probablement lié à la culture Africaine, où la femme est la mère du foyer, s'occupant du ménage et des enfants à plein temps[18]. Les multipares ont représenté 21,7%, ce qui ressemble aux résultats de Sagaïdou M.I., 2010 qui a trouvé 20%, proportion largement supérieure à celle de Densiriakson S. & al. 2010 qui ont trouvés 7,5% [12,13]. Cette différence s'expliquerait aussi par la différence dans l'utilisation de la contraception entre les pays à faible revenu et ceux à revenu moyen et élevé[19].

Les accouchements prématurés et prétermes ont représenté 18,2%, résultat proche de celui de celui de Koné Y., 2006 qui a trouvé 17,3%. Contrairement à Rogers J. & al. 1998 qui ont trouvé 2,6% et Sagaïdou M.I., 2010 qui a eu 5,5% [8, 13,16]. Cette grande différence s'expliquerait probablement par 2 faits : les gestantes Africaines seraient beaucoup plus exposées aux accouchements prématurés par le fait que l'accès au personnel de santé, lequel peut prévenir les accouchements prématurés en détectant des facteurs favorisants, serait très réduite, comparativement aux gestantes occidentales. La différence avec l'étude de Sagaïdou M.I., 2010 serait probablement au fait qu'elle a été menée dans un centre de référence, qui lui-même réfère à une structure de troisième échelon, telle que le cadre dans lequel nous avons mené notre étude et où celle de Koné Y., 2006 a été menée.

Au cours de la période de notre étude, seulement 0,7% des parturientes transférées, résultat largement inférieur à ceux de Koné Y., 2006 et Sagaïdou M.I., 2010 qui ont respectivement trouvé 13,5 et 53,5% [13,16]. Ceci pourrait s'expliquer par l'abondance ou la pullulation des établissements sanitaires dans la ville de Lubumbashi, ce qui améliore l'accessibilité des gestantes aux centres d'accouchement et réduit les cas de transfert.

Nous avons trouvé que l'épisiotomie était réalisée dans 19,64% des cas, légèrement supérieur à Rogers J. & al. 1998 qui ont trouvé un pourcentage de 12% [8]. Cette dissemblance peut s'expliquer par le fait que l'étude de Rogers J. & al. remonte à 1998. Depuis lors, les indications des épisiotomies n'auraient cessé de se multiplier, ajouter cela le fait que certains praticiens préféreraient la faire systématiquement chez les primipares.

Nous avons trouvé que dans 40,9% des cas, la durée de la délivrance était inférieure ou égale à 10 minutes alors que Dixon et al. 2009 ont trouvé 68,2% [20]. Cette différence pourrait être attribuable à la différence de la taille des échantillons, celle de Dixon et al. 2009 étant plus importante que la nôtre. Nous avons trouvé une moyenne de  $9,8 \pm 4,9$  minutes, ce qui est très proche de celle de Thilaganathan et al. 1993 qui ont trouvé 9,5 minutes [21]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en dehors des complications, la durée moyenne physiologique de la phase de rémission clinique serait considérée comme étant autour de 10 minutes.

Dans notre étude, la GATPA a été réalisée dans 65%, inférieur à ce que Koné Y., 2006 a trouvé : 80% [16]. Cette dissemblance pourrait être liée à la différence du type d'étude d'une part, et au fait qu'aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi, la GATPA ne serait pas intégrée comme mesure applicable à toutes les parturientes, pour certains cas, on parlerait même d'indication de la "délivrance assistée". Dans l'ancienne province du Katanga, seulement 45,3% des structures hospitalières mettent en œuvre la GATPA [10].

Dans notre étude, les infirmières font la GATPA dans 51,1%, 41,6% par les internes en médecine, 1,6% par les médecins et 0,6% par les infirmières en formation ; ce qui se rapproche des résultats de Konaté O., 2013 qui a trouvé les sages-femmes dans 47,6%, les médecins dans 19%, les médecins en formation dans 26,2% et les infirmières obstétriciennes dans 7,1% des cas [17]. La forte proportion des médecins en formation dans notre étude est justifiable par le fait qu'ils seraient plus nombreux aux CUL, comparativement au CHU Gabriel Touré où l'étude de Konaté O., 2013 a été menée.

Dans notre étude, un utérotonique a été utilisé dans 72,5% des cas, la traction contrôlée du cordon ombilical dans 67% des cas, le massage du fond utérin dans 70,2% des cas. Stanton C & al. 2009 ont trouvé une utilisation d'un utérotonique allant de 60,1 à 100% selon les pays, la traction contrôlée du cordon ombilical a varié de 17,9 à 80,3% et le massage du fond utérin a été utilisé dans 38,7 à 87,6% des cas [22]. Cette grande variabilité des résultats d'un pays à l'autre nous semble probablement attribuable au manque de formation sur la GATPA, les gestes à réaliser n'étant pas toujours respectés. Néanmoins, l'utilisation d'un utérotonique, étape essentielle de la GATPA reste le geste le plus pratiqué et ce, quel que soit le pays.

Dans notre étude, l'ocytocine a été utilisée dans 27,1% des cas et la Méthylergonovine dans 72,9% ce qui contraste avec les résultats de Fathima N. & al. 2016 qui ont trouvé 80% d'utilisation d'ocytocine et 20% de Méthylergonovine [23]. Cette grande différence s'expliquerait par le fait que les recommandations internationales préconisent l'utilisation de l'ocytocine comme utérotonique principal, au détriment de la Méthylergonovine à cause de ses nombreux effets secondaires.

Dans notre étude, les différents utérotoniques utilisés ont tous été administrés à la bonne dose, 35/35 fois pour l'Ocytocine et 94/94 fois pour la Méthylergonovine. L'étude multicentrique menée par Stanton C & al. 2009 a trouvé l'usage de la dose correcte des utérotoniques dans 91,5% au Bénin, dans 87,3% au Honduras, dans 73,3% en Ethiopie et dans 48,5% au Salvador[22]. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre recherche a été menée dans un centre de troisième échelon, le niveau élevé des prestataires réduit sensiblement les risques d'erreurs dans les doses à administrer.

Dans notre étude, l'hémorragie du post-partum est survenue dans 5,6% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux de Dixon et al. 2009 ; Mohamadian S. & al. 2013 et Boopathi A. & al. 2014 qui ont respectivement trouvé 5,2 ; 5 et 4,7% [20,24,25]. La fréquence des hémorragies du postpartum est entrain de diminuer au fil des années probablement par le respect d'un accouchement de plus en plus physiologique, mais aussi et surtout grâce à la pratique de la GATPA et d'autres techniques de délivrance assistée.

Dans notre étude, 2% des parturientes ont bénéficiées d'une transfusion. Koné Y., 2006 a trouvé 5,1% et Sagaïdou M.I., 2010 a trouvé 31,5% [13,16]. Cette différence pourrait être attribuable au fait qu'aux cliniques universitaires de Lubumbashi, les transfusions seraient indiquées en fonctions de la tolérance de l'hémorragie par les patientes d'une part, et d'autre part à cause de l'inexistence d'une banque de sang.

Au cours de notre étude, nous n'avons enregistré aucun cas de décès. Nos résultats sont similaires à ceux de Koné Y., 2006 qui a trouvé 0% de décès [16]. Ceci s'expliquerait par le fait que ces deux études ont été menées dans des centres hospitaliers de niveau élevé, disposant de spécialistes et d'un plateau technique conséquent.

## V. Conclusion

A la lumière des résultats ci-hauts, nous constatons que la GATPA est effective à la maternité des cliniques universitaire de Lubumbashi (cul), majoritairement pratiquée par les infirmières et que la Méthylergonovine est l'utérotonique largement utilisé. L'hémorragie du post-partum a une fréquence comparable à celle des autres milieux où la GATPA est pratiquée systématiquement. Nous suggérons une intégration systématique de la GATPA au service d'obstétrique en vue de réduire davantage la fréquence des HPP.

### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

### Qu'est ce qui est connu sur ce sujet

- La GATPA permet de réduire la mortalité maternelle en réduisant l'incidence de l'hémorragie du postpartum, première cause de mortalité maternelle au monde.
- Elle est n'est pas systématiquement pratiquée dans toutes les structures médicales comme recommandé par l'OMS e les autres sociétés savantes (FIGO, ICM).

### Qu'est-ce que votre étude apporte de nouveau

- La Méthylergonovine est l'utérotonique le plus utilisé dans notre milieu d'étude, contrairement à l'Ocytocine, tel que recommandé.
- L'hémorragie du postpartum a la même fréquence que dans les milieux où la GATPA est systématique avec une fréquence de la GATPA de 65%.

### Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail

### Remerciements

#### Tableaux et figures

Tableau 1: Profil des femmes

Tableau 2 : Durée de la Phase de Latence

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon la qualification de celui qui a pratiqué la GATPA

Tableau 4 : Répartition des parturientes selon les gestes réalisés au cours de la GATPA

Tableau 5 : Répartition des parturientes selon l'utérotonique utilisé au cours de la GATPA

Tableau 6 : Répartition des Parturientes selon l'Issue

Figure 1 : Fréquence de Réalisation de la GATPA

## Références

- [1]. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387 (10017): 462-74.
- [2]. World Health Organization, Trends In Maternal Mortality: 1990 to 2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and United Nations Population Division, 2015, pp. 17-19

- [3]. Khalid S Khan, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM & Van Look FA, WHO analysis of causes of maternal death: A Systematic Review, *Lancet*, Vol. 367, 2006, pp. 1066-107
- [4]. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al., Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6): e323-e333.
- [5]. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, FIGO Guide-lines: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 117, 2012, pp. 108–118
- [6]. Arulkumaran S, *the Active Management of the Third Stage of Labor*, Glowm, 2013
- [7]. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR & Stirrat GM, The Bristol third stage trial: Active versus physiological management of third stage of labour, *BMJ* Vol. 297, 1988, pp. 1295–300
- [8]. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A& Elbourne D, Active versus expectant management of third stage of labour: The Hinchingsbrooke randomized controlled trial, *Lancet* Vol. 351, 1998, pp. 693-699
- [9]. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum-hemorrhage, 2012. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf).
- [10]. Ministère de la Santé Publique/RDC, Cartographie des interventions et intervenants de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris la planification familiale en RD Congo : Rapport d'analyse, 2012, pp. 76
- [11]. Sheldon et al.: How effective are the components of active management of the third stage of labor? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013
- [12]. Densiriakorn S., Active management of the third stage of labor (AMTSL) without controlled cord traction at Nongkai Hospital, *Chula Med J* 2010 Nov - Dec; 54(6): 581– 91
- [13]. Sagaïdou M.I., Hémorragies du Post-Partum Immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako, Thèse de Médecine, Université de Bamako, 2010
- [14]. Lucia Hanmer and Marina Elefante, the Role of Identification in Ending Child Marriage: Identification for Development (ID4D), 2016 International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank
- [15]. The Centre for Human Rights, A Report on Child Marriage in Africa, 2018, Electronic copies of the tool are available for download at [www.chr.up.ac.za](http://www.chr.up.ac.za)
- [16]. Koné Y, Délivrance active au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré, Thèse de Médecine, Université de Bamako, 2006, pp. 36-37
- [17]. Konaté O., étude 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, Université ses Sciences, ses Techniques et des Technologies, 2013
- [18]. United Nations, 2015. *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sales No. E.15.XVII.8.
- [19]. UNFPA, *Universal Access to Reproductive Health – Progress and Challenges*, 2016
- [20]. Dixon, L., Fletcher, L., Tracy, S., Gilliland, K., Pairman, S., & Hendry, C. (2009). Midwives care during the third stage of labour: An analysis of the New Zealand College of Midwives Midwifery Database 2004 2008. *New Zealand College of Midwives Journal*, 41, 20–25.
- [21]. Thilaganathan, B., Cutner, A., Latimer, J., & Beard, R. (1993). Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum hemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 48(1), 19–22
- [22]. Stanton C, Armbruster D, Knight R, Ariawan I, Gbangbade S, Getachew A, Portillo JA, Jarquin D, Marin F, Mfinanga S, Vallecillo J, Johnsona H & Sintasatha D, Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries, *Bull World Health Organ*, Vol. 87, 2009, pp.207–215
- [23]. Fathima N, Ramana RMV. An evaluation of the practice of active management of third stage of labour in a teaching hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5:1705-8
- [24]. Boopathi, A., Nayak, S.R., Rao, A. and Rao, B. (2014) Oxytocin versus Methylergometrine in the Active Management of Third Stage of Labour, *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 666-671
- [25]. Mohamadian S, Jahani Shorab N, Mirzakhani K., The Effect of the timing of oxytocin intramuscular injection on maternal bleeding during the third stage of labour, *Journal of Midwifery and Reproductive Health*; 2013; 1(2): 66-70

**Tableau I. Profil des femmes**

| Paramètres            | Nos résultats   |
|-----------------------|-----------------|
| Age maternel (années) | <b>30,3±5,1</b> |
| Ménagères (%)         | 52,7            |
| Multiparité (%)       | 21,7            |
| Age Gestationnel      | 39,1±2          |
| Transferts            | 0,7%            |
| Grossesse Monofœtale  | 97,1            |
| Accoucheur Médecin    | 32,8%           |
| Épisiotomie           | 19,6%           |

**Tableau II. Durée de la Délivrance, la qualification de celui qui a pratiqué la GATPA, les gestes réalisés au cours de la GATPA**

| Durée en minutes | Effectifss<br>N=178 | Pourcentage | Moyenne et Ecart-type |
|------------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| 0-9              | 105                 | 41,5        | <b>9,8±4,9</b>        |
| 10-19            | 141                 | 51,3        |                       |
| 20-29            | 11                  | 4           |                       |
| >30              | 9                   | 3,2         |                       |

**Tableau 3 : Répartition des parturientes selon la qualification de celui qui a pratiqué la GATPA**

| Qualité               | Effectifs  | Pourcentage |
|-----------------------|------------|-------------|
| Médecin               | 3          | 1,6         |
| Infirmière            | 91         | 51,1        |
| Stagiaire en Médecine | 74         | 41,6        |
| Stagiaire Infirmière  | 1          | 0,6         |
| Indéterminée          | 9          | 5,1         |
| <b>Total</b>          | <b>178</b> | <b>100</b>  |

**Tableau 4 : Répartition des parturientes selon les gestes réalisés au cours de la GATPA**

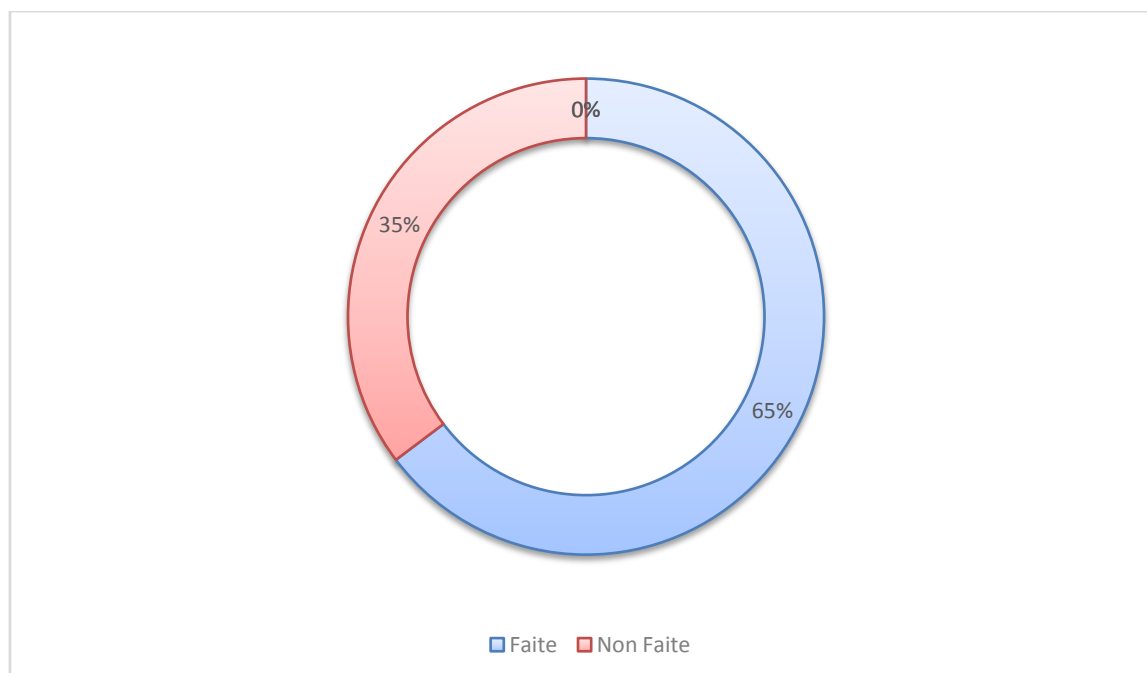
| Gestes pratiqués   | Effectifs  | Pourcentage |
|--|------------|-------------|
| Utérotonique   | 36         | 20,2        |
| Traction contrôlée du Cordon Ombilic   | 11         | 6,2         |
| Massage du Fond Utérin   | 8          | 4,5         |
| Utérotonique + Traction contrôlée du Cordon Ombilical + Massage du Fond Utérin | 72         | 40,5        |
| Utérotonique + Traction contrôlée du Cordon Ombilical                          | 6          | 3,4         |
| Utérotonique + Massage du Fond Utérin  | 15         | 8,4         |
| Traction contrôlée du Cordon Ombilical + Massage du Fond Utérin                | 30         | 16,9        |
| <b>Total</b>   | <b>178</b> | <b>100</b>  |

**Tableau 5 : Répartition des parturientes selon l'utérotonique utilisé au cours de la GATPA**

| Utérotonique utilisé     | Effectifs  | Pourcentage |
|--------------------------|------------|-------------|
| Ocytocine                | 35         | 27,1        |
| Correctement Administrée | 35         | 100         |
| Méthylergonovine         | 94         | 72,9        |
| Correctement Administrée | 94         | 100         |
| <b>Total</b>             | <b>129</b> | <b>100</b>  |

**Tableau 6 : Répartition des Parturientes selon l'Issue**

| Issue                    | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Hémorragie du postpartum | 16        | 5,8         |
| Transfusion              | 6         | 2,1%        |
| Décès                    | 0         | 0           |



**Figure 1. Répartition Selon la réalisation de la GATPA**