HAL open science

La mortalité maternelle en Afrique Subsaharienne par hémorragie du post-partum: état des lieux descriptif sur la prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement et les modalités d'utilisations des utéro toniques depuis les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2012. Revue systématique de la littérature francophone et anglophone

Grace Gnitou Mboumba

▶ **To cite this version:**

Grace Gnitou Mboumba. La mortalité maternelle en Afrique Subsaharienne par hémorragie du post-partum: état des lieux descriptif sur la prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement et les modalités d'utilisations des utéro toniques depuis les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2012. Revue systématique de la littérature francophone et anglophone. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03443140

HAL Id: dumas-03443140

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03443140v1

Submitted on 23 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE UNIVERSITAIRE DE MAIEUTIQUE DE BREST

UFR de Médecine et de Sciences de la Santé

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2021

La mortalité maternelle en Afrique Subsaharienne par hémorragie du post-partum: état des lieux descriptif sur la prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement et les modalités d'utilisations des utérotoniques depuis les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2012.

Revue systématique de la littérature francophone et anglophone.

Présenté et soutenu par

Grace GNITOU MBOUMBA

Née le 31/03/1998

Directeur de mémoire : Justine Le Lez

REMERCIEMENT

Je remercie, toutes les personnes qui m’ont accompagné dans la rédaction de ce mémoire : Mme Le Lez et Mme Lequeur. Merci pour vos encouragements, votre disponibilité et vos conseils qui ont éclairé et soutenu ma réflexion.

Un grand merci aux couples Mboumba et Igoho qui m’ont soutenue pendant toutes mes études par leurs prières et encouragements. Grâce à vous, je suis parvenue au bout de ma formation.

Merci à Pierre Eli, Hervé, Nathanaël et Rose (ma Rose noire) pour vos corrections et suggestions.

Je tiens particulièrement à remercier Marion Bourhis et Franck Ogandaga pour leur patience, écoute et soutien dans les moments difficiles.

Enfin, je dédie ce mémoire à mes parents et ma nièce adorée, Ida, ma source de motivation.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 1

II. MATERIELS ET METHODE 4

A. DEFINITION DE L'OBJECTIF DE RECHERCHE 4

B. METHODOLOGIE DE RECHERCHE 4

C. CRITERES D'ELIGIBILITE DES ETUDES 7

D. METHODES DE SELECTION ET D'ANALYSE DES ARTICLES 7

III. RESULTATS 8

A. SELECTIONS DES ETUDES 8

B. PRESENTATION DES ARTICLES INCLUS 9

C. ETUDE DE LA LITTERATURE 10

1. Résultats généraux 10

2. Population étudiée dans les articles 11

3. Connaissance et pratique de la GATPA 12

4. Utilisations des utérotoniques 13

IV. DISCUSSION 15

1. Forces et limites de l'étude 15

2. Analyse des résultats 16

V. CONCLUSION 20

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 22

VII. ANNEXES 26

Glossaire des Abréviations :

CII : Conseil International des Infirmières

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens

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

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

ICM : Confédération Internationale des Sages-Femmes

IPA : Association Internationale de Pédiatrie

IM : Intramusculaire

IV : Intraveineux

MMEIG : Groupe Inter-Organisation pour l'estimation de la Mortalité Maternelle

ODD : Objectif du Développement Durable

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RMM : Ratio de Mortalité Maternel

UI : Unité Internationale

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

I. Introduction

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la Mortalité Maternelle correspond au « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite* ». *(OMS CIM 1997)*. Deux groupes de cause de décès maternel sont retrouvés : les causes dites directes, en lien avec des complications obstétricales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, et les causes indirectes, liées à des complications de pathologies préexistantes ou apparues au cours de la grossesse (1) (2). Parmi les causes directes, la principale cause de décès maternel dans le monde est les hémorragies obstétricales dont l'hémorragie du post-partum. Ensuite, vient les troubles hypertensifs pendant la grossesse et les infections (3).

En 2017, le Groupe Inter-Organisation pour l'Estimation de la Mortalité Maternelle (MMEIG), estimait à 295 000 le nombre de décès maternels, soit un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 211 pour 100 000 naissances vivantes. 86 % de ces décès se concentrent dans les pays à faibles ressources économiques, et particulièrement en Afrique Subsaharienne où les taux sont particulièrement élevés. En effet, le ratio de mortalité maternelle pour cette région était de 542 pour 100 000 naissances vivantes, soit 66% des décès maternels dans le monde. En comparaison, ce ratio était de 151 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Asie centrale et du Sud, contre 12 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à ressources élevées (1) (4).

Si le ratio de mortalité maternelle représente un indicateur de santé maternelle essentiel, au centre des politiques de santé internationales, il révèle aussi la performance des systèmes de soins propre à chaque pays. À cet effet, plusieurs stratégies internationales visant à réduire les décès maternels évitables ont été adoptées et les connaissances sur les interventions efficaces pour réduire cette mortalité maternelle se sont améliorées (5) (6).

En effet, suite au lancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par l'Organisation des Nations Unis (ONU) en 1990, une baisse du taux de mortalité maternelle a été observée dans le monde entre 1990 et 2015. Cependant, malgré les efforts fournis, certains pays dont ceux de l'Afrique Subsaharienne, n'ont pas tous atteint la cible de l'objectif 5 des OMD qui était de réduire de trois-quarts entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle (7). En 2015, on estimait que la mortalité maternelle avait diminué

globalement de 44 % depuis 1990. Or, dans les pays d'Afrique subsaharienne, les progrès étaient plus lents voir insuffisants par rapport aux autres pays à faibles ressources (Asie du Sud) ou le ratio de mortalité maternelle était aussi élevé (8) (9) (10) (11).

Fort de l'engagement et de l'engouement des Etats pour la réalisation des OMD, le Groupe des Nations Unis lance en 2015 un nouveau projet, les Objectifs du Développement Durable (ODD), de revalorisation de la santé maternelle avec pour vision de cesser la mortalité maternelle évitable d'ici 2030 (12). La cible 3.1 de l'objectif ODD3 est en effet de « faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 » (13).

Selon l'OMS, la majorité de ces décès auraient pu être évités, car les solutions médicales probantes pour la prévention et la prise en charge des complications sont connues. L'accessibilité aux soins antépartum, la dispensation de soins de qualités, la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et la promotion des soins ainsi qu'un soutien au cours des semaines qui suivent l'accouchement, sont autant d'interventions fondées sur les preuves scientifiques recommandées (5).

Or, la majorité des décès maternels observés en Afrique Subsaharienne est corrélée à des zones où l'assistance médicale à l'accouchement par des professionnels qualifiés est faible. D'une part, parce qu'il y a un peu de professionnels qualifiés formés du fait d'un nombre insuffisant, voire inexistant d'institutions de formations dans certaines de ces régions. Et d'autre part, parce qu'il y a un nombre considérable d'accoucheuses traditionnelles pratiquant des accouchements à domicile avec des faibles ressources pour diagnostiquer, prendre en charge et ou référer dans des structures sanitaires, les parturientes présentant des complications graves mettant en jeu leur pronostic vital comme l'hémorragie de la délivrance (14) (15).

Le challenge pour ces pays en voie de développement et particulièrement pour ceux de l'Afrique Subsaharienne est de pouvoir mettre en œuvre toutes les stratégies dont l'efficacité a été démontrée afin de tenir leurs engagements et atteindre l'objectif fixé par le groupe des Nations Unis. C'est par exemple promouvoir l'accessibilité aux soins prénatals et post-natals pour toutes les femmes par le biais d'agents communautaires et favoriser la formation des professionnels qualifiés aux soins d'urgences notamment à la prise en charge de l'HPP (14).

Dans un souci d'amélioration de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP), l'OMS a élaboré en 2012 de nouvelles recommandations sur la prise en charge active de la troisième phase du travail (16). En effet, cette dernière a été reconnue comme une intervention efficace pour prévenir les hémorragies de la délivrance et sauver des vies (17) (18). La prise en charge active de la délivrance encore appelée Gestion active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) consiste en :

- L'administration d'un utérotonique, principalement l'ocytocine le plus tôt possible après l'expulsion du fœtus.
- La traction contrôlée du cordon pour faciliter l'expulsion du placenta.
- Le massage du fond utérin après l'expulsion du placenta visant à stimuler l'utérus pour s'assurer de sa contractilité.

Un essai contrôlé randomisé mené par l'OMS en 2012 et publié dans The Lancet, reprend la gestion active de la troisième étape du travail avec et sans traction du cordon. Les principaux résultats indiquaient que la traction contrôlée du cordon avait n'avait quasiment pas d'influence sur le risque d'hémorragie du post-partum. Cependant, elle peut être réalisée par des prestataires de soins qualifiés et formés à ce geste. Aussi, l'injection d'utérotonique était la composante principale de la gestion active de la troisième phase du travail. Ainsi dans les milieux où l'ensemble de la prise en charge ne peut être réalisé en toute sécurité, l'administration d'utérotonique doit-être privilégiée (19).

Enfin, près de dix ans après les recommandations de l'OMS sur la gestion active de la troisième phase du travail et considérant le RMM ainsi que les taux d'HPP en Afrique subsaharienne élevés ; il est légitime de se demander si la GATPA est pratiquée par tous les accoucheurs qualifiés et s'il existe des freins à une pratique optimale de la GATPA, principalement l'utilisation d'utérotoniques.

Aussi, l'objectif de ce mémoire était de réaliser un état de lieux sur la GATPA en Afrique Subsaharienne et notamment sur les modalités d'utilisations des utérotoniques par les accoucheurs qualifiés, dont les sages-femmes, dans cette région du monde depuis 2012.

II. Matériels et méthode

A. Définition de l'objectif de recherche

L'objectif de ce mémoire était de réaliser un état de lieux sur la GATPA en Afrique subsaharienne et notamment analyser sur les modalités d'utilisations des utérotoniques par les accoucheurs qualifiés dans cette région du monde depuis 2012.

Pour nous aider à définir notre objectif de recherche, nous avons suivi le procédé PICO :

- Participant : accoucheurs qualifiés (Skill Birth Attendant selon la définition internationale de l'OMS et l'ICM) (20).
- Interventions : prise en charge active de la troisième phase du travail (GATPA).
- Comparaisons : absence de GATPA.
- Résultats attendus : réduction de la prévalence de l'HPP

B. Méthodologie de recherche

Afin de répondre à notre objectif, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature francophone et anglophone.

Pour collecter les études correspondantes à notre objectif de recherche, nous avons utilisé comme outil de recherche les bases de données suivantes : PubMed, Embase, Google Scholar, Scopus et Cochrane Library. Aussi, une recherche de proche en proche à partir de la bibliographie d'autres articles a également été réalisée.

Afin d'exploiter plus aisément les bases de données, les opérateurs booléens et les mots-clés MESH, nous avons demandé l'aide d'un documentaliste de la bibliothèque universitaire de la Faculté de Médecine et de Science de la Santé de Brest.

Les mots-clés utilisés pour notre recherche sont les suivants : « Midwife », « Skilled birth attendant », « Third stage of labor », « labor stage 3 », « delivery », « Active management of the thrid stage of labor », « Utérotonic », « oxytocin », « oxytocic », « Post-partum hemorrhage », « blood less after delivering », « developing countries », « Subsaharan Africa ».

Les mots-clés MESH (Medical Subject Headings) retenus pour cette recherche sont : « midwife », « Third stage of labour », « Postpartum hemorrhage », « Subsaharan Africa ».

Les opérateurs booléens AND et OR ont été utilisés dans nos équations de recherche pour que nous puissions avoir des termes identiques dans les mêmes articles. Pour nous aider dans la sélection de nos articles, nous avons filtré notre recherche afin que les mots-clés sélectionnés apparaissent dans le titre, le résumé et la liste des mots-clés de l'article.

Quatre équations de recherche ont été utilisées sur PubMed. Les 3 premières ont été menées en utilisant les mots clés MESH « subsaharan africa », « third stage of labor », « postpartum hemorrhage » et « midwife ». Dans les équations de recherches où apparaissaient « postpartum hemorrhage », il a été décidé d'ajouter un qualificatif afin d'affiner et préciser le sens de la recherche Enfin, un filtre d'année a été appliqué afin d'obtenir uniquement les articles publiés à partir de 2012.

Dans la première recherche, tous les mots clés MESH ont été utilisés. Et les mots-clés « uterotonic », « oxytocin » et « oxytocics » ont été insérés pour définir le type de thérapeutique utilisé dans la prévention et la prise en charge de l'HPP :

((("Africa South of the Sahara"[Mesh]) AND "Labor Stage, Third"[Mesh]) AND "Postpartum Hemorrhage/prevention and control"[Mesh]) AND (uterotonic OR oxytocin OR oxytocics).

Dans la deuxième recherche, nous n'avons pas utilisé le mot clé MESH « midwife » :
(("Africa South of the Sahara"[Mesh]) AND "Postpartum Hemorrhage/prevention and control"[Mesh]) AND "Labor Stage, Third"[Mesh].

De même dans la troisième recherche nous avons décidé de ne pas utiliser le mot clé MESH « postpartum hemorrahge » :
(("Africa South of the Sahara"[Mesh]) AND "Labor Stage, Third"[Mesh]) AND "Midwifery"[Mesh].

Enfin, la dernière recherche sur Pubmed n'utilisait pas les mots MESH afin de sélectionner des articles publiés récemment et n'étant pas rattachés aux MESH data base :
(Active management of the third stage of labor OR third stage of labor) AND (uterotonic OR oxytocin OR oxytocic) AND postpartum hemorrhage AND (skilled birth attendant OR midwife) AND subsaharan africa.

Sur Google Scholar, une équation de recherche utilisant les mots-clés « active management of the third stage of labor », « postpartum hemorrhage », « uterotonic », « oxytocic », « oxytocin », « subsahran africa », « skilled birth attendant » et « midwife ». Un astérisque pour tronqué le mot « midwife ». La troncature permet d'avoir tous les mots avec la même racine.

"Active management of third stage of labor" AND "postpartum hemorrhage" AND "uterotonic" AND "oxytocin OR oxytocic" AND "sub saharan africa" AND "skilled birth attendant" OR "midwi".*

Une équation de recherche similaire, avec tous les mots-clés, a été appliquée sur Scopus. Les opérateurs booléens AND et OR ont été utilisés. La recherche a été limitée aux mots-clés présents dans les titres, l'abstract et mots-clés.

(TITLE-ABS-KEY ("developing countries" OR "subsaharan africa") AND TITLE-ABS-KEY ("active management off third stage off labor" OR "third stage off labor" OR "delivery") AND TITLE-ABS-KEY ("postpartum hemorrhage" OR "blood less after delivering") AND TITLE-ABS-KEY ("skilled birth attendant" OR "midwi") AND TITLE-ABS-KEY ("uterotonic" OR "oxytocic" OR "oxytocin")).*

La même recherche a été réalisée sur Cochrane Library :

("developing countries" OR "subsaharan africa") in Title Abstract Keyword AND ("active management of the third stage of labor" OR "third stage of labor" OR "delivery") in Title Abstract Keyword AND ("postpartum hemorrhage" OR "blood less after delivering") in Title Abstract Keyword AND ("skilled birth attendant" OR "midwi") in Title Abstract Keyword AND ("uterotonic" OR "oxytocic" OR "oxytocin") in Title Abstract Keyword - with Publication Year from 2012 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Jan 2021, in Trials (Word variations have been searched).*

Enfin, pour élargir nos résultats une équation de recherche simple sur Embase, utilisant les mots-clé « labor stage 3 » et « subsaharan africa », a été mené. Il a été décidé de limiter la recherche aux références dont « labor stage 3 » constitue le sujet principal. Un filtre d'année, articles publiés à partir de 2012, a aussi été utilisé :

'labor stage 3'/mj AND 'africa south of the sahara'/exp.

C. Critères d'éligibilité des études

Les articles sélectionnés sont en anglais et en français. Nous avons choisi de sélectionner les études les plus récentes, réalisées à partir de 2012 soit depuis les recommandations de l'OMS sur la GATPA.

La population étudiée concerne les accoucheurs qualifiés (skill birth attendant) d'après la définitions actualisée proposé par l'OMS, l'UNFPA, UNICEF, l'ICM, la FIGO, et l'IPA (20).

Aussi, nous avons inclus dans notre étude, tous types d'études réalisées en Afrique subsaharienne traitant de ***l'hémorragie du post-partum et de la GATPA*** (21).

D. Méthodes de sélection et d'analyse des articles

Pour décrire comment les articles ont été sélectionnés, nous avons utilisé le diagramme de flux de la méthode PRISMA. Annexe I (22)

Ensuite, pour analyser rigoureusement les articles collectés, nous nous sommes servis d'une grille de lecture méthodologique.

L'objectif de l'analyse de ces articles était d'extraire les résultats généraux de chaque étude traitant de la pratique de la GATPA, de l'administration des utérotoniques et identifier, s'il y en a, les obstacles à la pratique de la GATPA.

Titre ; Auteur ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites/Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion

Enfin, en se référant à la grille de niveau de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS), nous avons déterminé le niveau de preuves des différents articles. Annexe II (23).

III. Résultats

A. Sélections des études

Les recherches réalisées sur les différentes bases de données via les équations de recherches détaillées ci-dessus ont permis de collecter 31 articles sur PubMed, 36 sur Google Scholar, 19 sur Scopus et 15 sur embase. Aucun résultat n'a été obtenu sur la Cochrane Library.

Après lecture des résumés et élimination des doublons, 13 articles ont été inclus pour l'analyse. Aucun article n'a été retenu sur Scopus, car il ne remplissait pas tous nos critères d'inclusions.

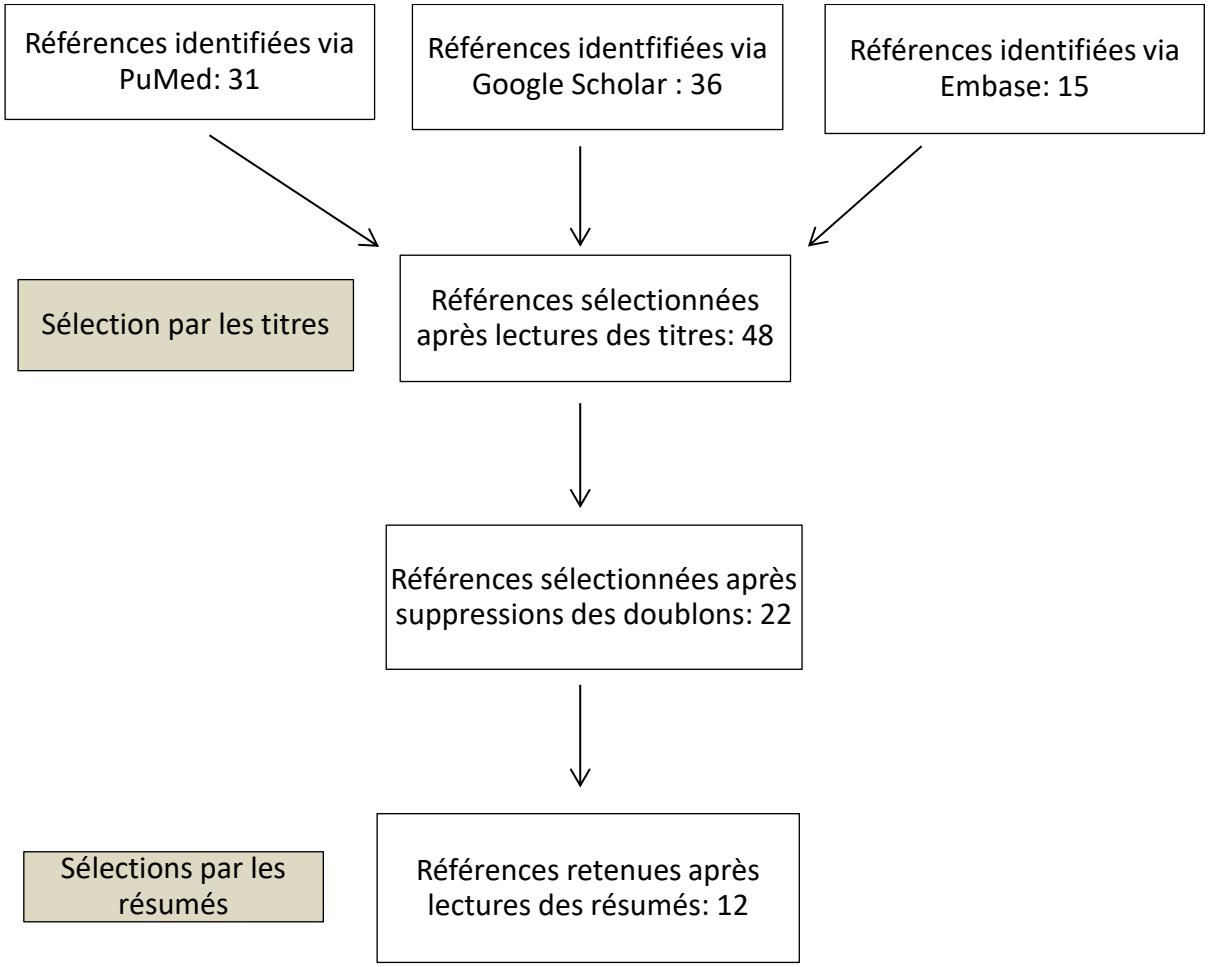


Figure 1: Diagramme de Flux.

B. Présentation des articles inclus

Les articles inclus dans notre étude ont été classés du plus récent au plus ancien.

Article 1 : Knowledge and barriers on correct use of modified guidelines for active management of third stage of labour. Ramadhani et al 2020.

Article 2 : Knowledge and Practice towards Active Management of Third Stage of Labour, among Obstetric Care Providers Adama Town Governmental Health Facilities, Oromia, Ethiopia From September 12 to November 08 2019. Lami H., Dekissa A. 2020.

Article 3 : Active management of third stage of labor practice and associated factors among skilled birth attendants in Gamo and Gofa zone, Southern, Ethiopia. Bw et al. 2019.

Article 4 : Impact of Facility Delivery Intensity on the Practice of Active Management of Third Stage of Labour and Other Labour and Delivery Interventions in Tanzania. Kanama H., Muganyizi P. 2019.

Article 5 : Improvement in the active management of the third stage of labor for the prevention of postpartum hemorrhage in Tanzania: a cross-sectional study. Bishanga et al. Juin 2018.

Article 6 : Practice and factors associated with active management of third stage of labor among obstetric care providers in Amhara region referral hospitals, North Ethiopia, Avril 2018: A cross sectional study. Adane et al.

Article 7 : Assessment of Midwife Knowledge, Practice, and Associated Factors towards Active Management of the Third Stage of Labor at Governmental Health Institutions in Tigray Region, Northern Ethiopia, Wake G., Wogie G. 2018.

Article 8 : Obstetric care providers' knowledge, practice and associated factors towards active management of third stage of labor in Sidama Zone, South Ethiopia. Zelalem T et al. Dec 2017

Article 9 : Facility factors influencing utilization of active management of third stage of labour among skilled birth attendants in Kiambu county, Kenya. Muiruru F. et al. Nov 2016.

Article 10 : Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Sierra Leone. Abirami N. et al. Janv 2016.

Article 11 : A mixed-methods study of barriers and facilitators to the implementation of postpartum hemorrhage guidelines in Uganda. Braddick L. et al. Janv 2016.

Article 12 : Facility-based active management of the third stage of labour: assessment of quality in six countries in sub-Saharan Africa. Bartlett L. et al. Nov 2015.

C. Etude de la littérature

L'étude détaillée des articles est disponible sous forme de tableau d'extractions de données en annexe IV.

1. Résultats généraux

L'ensemble des études analysées ont été menées en Afrique Subsaharienne et la majorité d'entre elles ont été réalisées dans des pays anglophones. (Annexe III). L'élaboration d'un diagramme nous a permis de répertorier le nombre d'articles par pays. Il apparaît que cinq études ont été menées en Ethiopie (24–28), trois en Tanzanie (29–31) et une étude dans six pays d'Afrique Subsaharienne : Ethiopie, République Démocratique de Tanzanie, Rwanda, Mozambique, Kenya et Madagascar (32). L'ensemble des articles sont des études de grade C niveau 4 selon la grille de niveau de preuve de l'HAS (Annexe II).

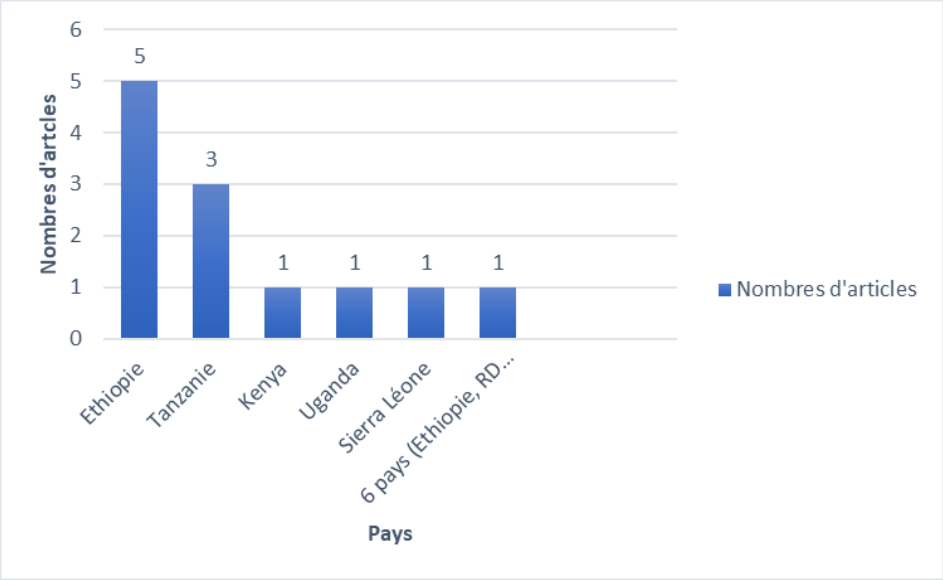


Figure 2 : Nombres d'articles par pays d'Afrique Subsaharienne.

2. Population étudiée dans les articles

La Figure 3 reprend les différentes catégories d'accoucheurs qualifiés retrouvées dans les articles. Dans la majorité des études, on retrouvait des sages-femmes (24–28) (32–34), suivi par des infirmières (24) (25) (28) (35), des agents de santé (24) (28) (35) et des obstétriciens (24) (26) (32). Tous sont de proportion variable selon des études. Une étude incluait spécifiquement des infirmières sages-femmes (29). Cependant, deux études n'observaient uniquement que la pratique de la GATPA lors de l'accouchement (30) (31).

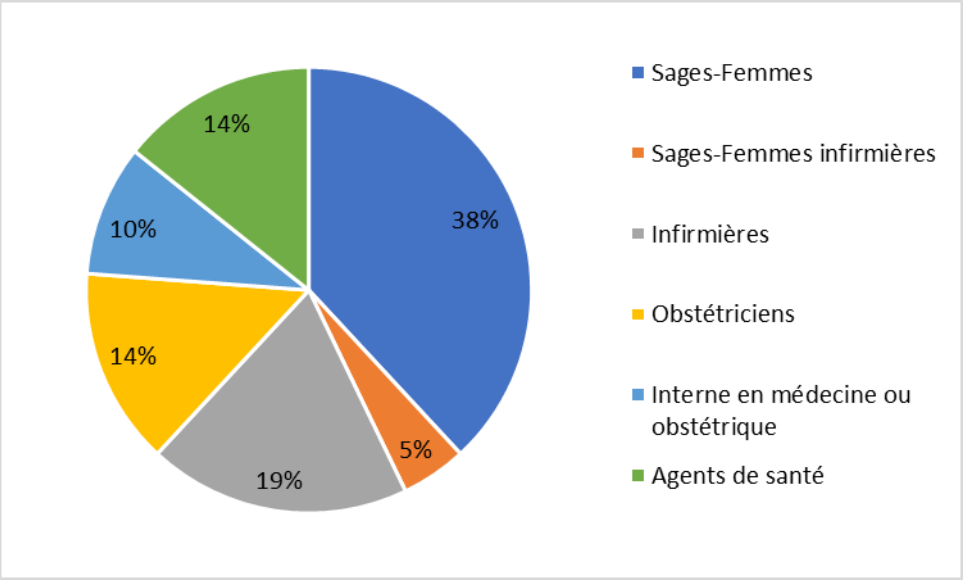


Figure 3 : Distribution des accoucheurs qualifiés selon leur profession.

La tranche d'âge des accoucheurs qualifiés la plus représentée était comprise entre 20 et 30 ans (24–29) (35), et la majorité était des femmes (24,25) (27–29) (33–35). Dans une étude, la majorité (56,5 %) était des hommes (26).

Le niveau d'étude des accoucheurs qualifiés était variable selon les études (Figure 4) et dans deux études, celui-ci n'était pas mentionné (33) (32). De même, le nombre d'années d'expérience était variable entre les études, allant de plus de 2 ans (26) à plus de 5 ans d'expérience (27).

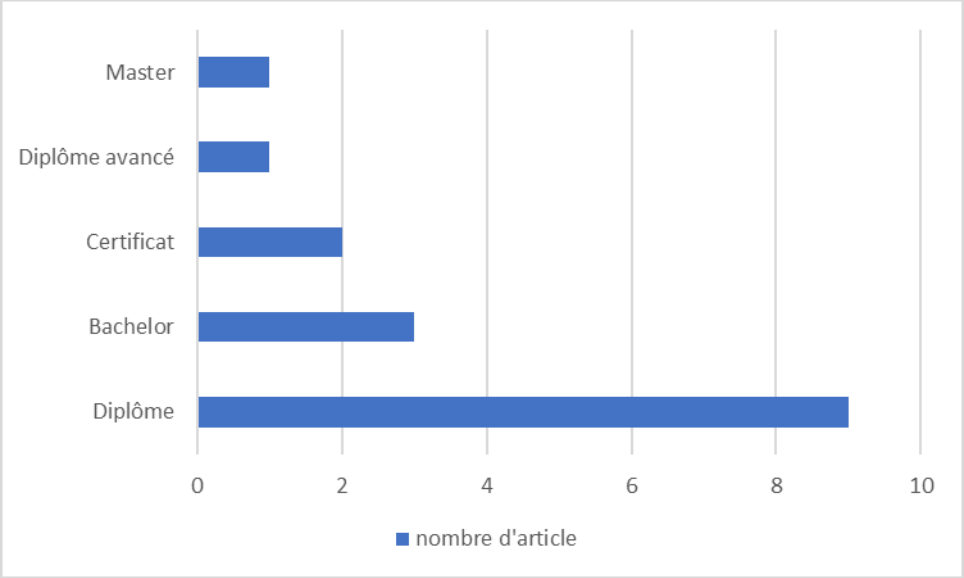


Figure 4 : Niveau d'étude des professionnels représenté dans les articles.

La proportion des accoucheurs qualifiés exerçant dans les hôpitaux de référence et dans les centres de santé ou dispensaires était variable. Par exemple, dans certaines études, la majorité des accoucheurs qualifiés (61,50 % et 91,50 %) travaillait dans les centres de santé et/ou dispensaires (24) (28). Tandis que dans d'autres, la majorité (65,11 % et 83,33 %) travaillait dans les hôpitaux de référence (27) (34). L'ensemble des établissements de santé : hôpitaux de références, centre de santé, dispensaire ou maternité, étaient représenté dans les études menant une observation directe des accouchements (30) (31) (32).

3. Connaissance et pratique de la GATPA

Le taux de professionnels qui ont eu une formation sur la GATPA était variable selon les études. Dans trois études uniquement (26) (28) (33), respectivement 60,10 %, 70,80 % et 77 % des professionnels, avaient eu une formation sur le sujet. Le type de formation, initiale ou continue, suivi par les professionnels était indiqué dans peu d'études (24) (25) (29).

Le niveau de connaissance et de pratique des professionnels fluctuait en fonction des études. En effet, sur six études évaluant le niveau de connaissance et de pratique de la GATPA, la proportion des professionnels avec de bonnes connaissances était élevée dans la plupart des études 99,40 %, 71,30 %, 69,50 % et 61,20 % respectivement (25–27,29). Et dans deux études, moins de 50% des professionnels avaient de bonnes connaissances (24) (28) respectivement 37,60 % et 37,70 %. Cependant, dans une seule étude, le taux de professionnel

ayant une bonne pratique était élevé : 61,20 % avec un score moyen de pratique de 21,12 (Déviation standard = 2,77) (26).

La catégorie (p = 0,007) et le niveau d'études (p ≤ 0,001) des accoucheurs qualifiés étaient significativement associés aux connaissances et pratiques de la GATPA. En effet, les sages-femmes et les accoucheurs qualifiés titulaire d'un diplôme étaient plus susceptibles d'avoir des bonnes connaissances et une bonne pratique sur la GATPA (OR = 1,37 IC à 97 % [1,07 - 2,60] et AOR = 3,81 IC à 95 % [2,01 - 7,21] respectivement (27) (28).

Plusieurs facteurs étaient associés au niveau de connaissance et de pratique de la GATPA. L'âge et le fait d'avoir eu des enseignements sur la GATPA lors de la formation, initiale ou continue, étaient associés à une bonne pratique et une bonne connaissance de la GATPA (24,26–29). En effet, les professionnels ayant moins de 30 ans ″(AOR = 2,76 IC à 95 % [1,05 - 7,27] ; AOR = 3,86 IC 95 % [1,47 - 10,12])″ (24) (26) et ceux ayant eu une formation sur la GATPA ″(AOR = 2,55 IC 95% [1,99 - 6,56] ; AOR = 2,59 95 % [1,42 - 4,71] ; OR = 2,56 IC 97 % [1,56-4,20]) (26–28)″, étaient plus susceptibles d'avoir de bonnes connaissances ainsi qu'une bonne pratique de la GATPA. A contrario, travailler dans un centre de santé , avec des salles et kits d'accouchements inadéquats (AOR = 3,63 IC 95 % [1,57 - 8,41]) étaient associés à une mauvaise connaissance et pratique de la GATPA.(24) (25) (29).

Enfin, Felarmine et al. , analysaient les facteurs influençant la pratique de la GATPA par les accoucheuses qualifiées au Kenya. Ils ont montré dans leur étude que, la pratique de la GATPA était plus fréquente dans les établissements où la fréquence des ruptures de stock en matériels médicaux était moins fréquente (p = 0,0027). Or, dans les établissements disposant d'un réfrigérateur ainsi que des protocoles standardisés, les professionnels étaient plus enclin à pratiquer la GATPA (p = 0,001) (35). Un résultat identique a été montré par Bw.et al., où dans leur étude, la présence de protocoles sur la prise en charge de l'HPP et la GATPA étaient significativement associés à une meilleure pratique de la GATPA par les prestataires de soins obstétricaux (p < 0,01) (25).

4. Utilisations des utérotoniques

L'utilisation des utérotoniques par les accoucheurs qualifiés était conformes aux recommandations de l'OMS ainsi qu'à la déclaration conjointe de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et la Confédération internationales des Sages-

Femmes (ICM) (16) (17). Le principal utérotonique utilisé était l'ocytocine et certains articles mentionnaient les autres utérotoniques, misoprostol et l'ergométrine, qui peuvent être utilisés en prévention de l'HPP (24) (25) (26) (27) (28) (32). Cependant, l'administration des utérotoniques par les professionnels de santé qualifiés était variable dans les études.

Natarajan et al., ont spécifiquement évalué la pratique et les déterminants de l'administration prophylactique d'utérotonique par les prestataires de soins obstétricaux. Ils ont montré dans leur étude que l'administration prophylactique d'utérotonique était associée à la catégorie des professionnels ($p < 0,05$) et à la réalisation de formation sur la GATPA ($p < 0,01$). Selon leurs résultats, les sages-femmes (98 %) étaient plus susceptibles d'administrer des utérotoniques que les agents communautaires de santé (78 %) ou les assistants de santé maternelle et infantile (56 %). L'observation était la même en comparant ceux ayant suivi une formation sur la GATPA et ceux n'ayant pas eu de formation (33).

De même, Bishanga et al. ont montré l'intérêt des programmes de formations pour augmenter la pratique de la GATPA. En effet, les auteurs ont conduit deux observations, avant et après, la mise en place du programme de formation. À l'issue de leurs observations, ils ont constaté une augmentation de 19 % de la proportion d'accouchement où la pratique des 3 composantes de la GATPA était réalisée ($p < 0,001$). L'augmentation était plus importante dans les centres de santé et dispensaires (47,2 %) que dans les hôpitaux (5,2 %) (31).

Enfin, Kanama et al., ont étudié l'impact de l'intensité du nombre d'accouchements dans les établissements de santé. Ils ont montré que l'ocytocine était plus administrée dans les établissements à faible intensité que dans ceux à haute intensité d'accouchement ($p < 0,001$) (30). Dans le même sens, Ramadhani et al. ont indiqué que, la surcharge de travail, le manque de personnel soignant, des salles et kits d'accouchement inadéquats étaient des barrières à la pratique correcte de la GATPA ainsi qu'à l'utilisation des utérotoniques (29).

IV. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente une certaine exhaustivité. En effet, plusieurs bases de données ont été consultées, ce qui nous a permis d'obtenir une grande partie des articles qui semblaient intéressants pour cette étude. De plus, nous avons aussi fait appel à un spécialiste pour nous guider dans notre recherche et définir les mots clé de recherche.

Cependant, par soucis de temps, nous n'avons pas eu la possibilité d'intégrer des études issues de la littérature grise. Ce qui peut être source de biais de sélection dans notre étude. De même, nous aurions pu élargir nos mots-clés de recherche sur certaines bases de données comme la Cochrane Library où aucun article n'a été obtenu.

L'ensemble de nos articles sont des études ayant été réalisées dans les pays anglophones d'Afrique Subsaharienne. En effet dans nos équations de recherche, nous avions utilisés comme mot-clé « Afrique Subsaharienne » pour définir la zone géographique d'étude. Nous aurions pu inclure dans nos équations de recherche le nom de pays présélectionnés d'Afrique Subsaharienne. Il serait intéressant de mener une étude plus représentative de l'Afrique Subsaharienne en incluant des articles émanant des pays francophone d'Afrique Subsaharienne notamment ceux d'Afrique de l'Ouest. Car nous pouvons nous demander les résultats de notre étude mettent en lumière un biais de sélection et une inadéquation de nos mots-clés de recherche, ou au contraire, illustrent le manque d'études réalisées sur le sujet dans les pays francophones d'Afrique Subsaharienne.

De même, la définition d'accoucheurs qualifiés a pu causer des biais de sélection dans notre revue systématique de la littérature. En effet dans les études, nous avons identifié plusieurs catégories professionnelles qui interviennent pour prodiguer des soins maternels et néonatals pendant l'accouchement. Mais ces professionnels correspondent-ils à la définition d'accoucheurs qualifiés, mentionnés dans la déclaration conjointe de l'OMS, l'ICM, la FIGO, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Le Conseil International des Infirmières (CII) et l'Association Internationale de Pédiatrie (20). D'autant plus que depuis 1999 (36), cette définition a évolué et une déclaration récente a été publiée (20) (37). Cette dernière apporte un cadre réglementaire sur la désignation du personnel de santé qualifié et définis clairement les

compétences attendues. Il convient donc de définir la catégorie d'accoucheur qualifié impliqués dans les études, notamment des agents communautaires et des infirmières. Mais aussi de définir clairement le niveau de formation requis et le champ d'application de la pratique des sages-femmes en cohérence avec celles de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (38) (39) (40).

Enfin, toutes nos études sont de niveau 4 Grade C selon l'HAS (23), donc de faible niveau de preuve. Intégrer des études de niveau supérieur apporterait sans doute une pertinence plus importante à notre étude. De même, nous aurions pu évaluer si le haut niveau de connaissances des professionnels sur la GATPA est associé à une baisse de la mortalité maternelle depuis 2012 en Afrique Subsaharienne.

2. Analyse des résultats

L'objectif de ce mémoire était de réaliser un état de lieux sur la GATPA en Afrique Subsaharienne et notamment sur les modalités d'utilisations des utérotoniques par les accoucheurs qualifiés dont les sages-femmes depuis 2012. Pour répondre à notre objectif de recherche, nous avons collecté un ensemble d'études réalisés en Afrique subsaharienne traitant du même sujet. L'analyse complète des données issues de ces études, nous permet de les classifier en deux thématiques principales.

Le premier thème est la formation des professionnels : l'importance de mettre à jour les programmes de formations initiales et instaurer des formations continues des professionnels de santé. En effet, dans les études retrouvées, la formation des professionnels sur la GATPA, qu'elle soit initiale ou continue, était associée à une meilleure connaissance et pratique de cette dernière. Il est donc primordial, que les gouvernements de ces pays continuent à mettre en place des programmes de formation à destination des ressources humaines en santé, afin d'atteindre une couverture de 100 % de la pratique de la GATPA par tous les professionnels.

Cette observation, a aussi été retrouvée dans une étude récente décrivant les facteurs affectant la prévention de l'HPP dans les pays à moyenne et faible ressource économique (41). Les auteurs ont regroupé les résultats obtenus en trois thèmes, dont les connaissances et la compréhension des professionnels sur la prévention de l'HPP. Pour Bazirete et al., si les professionnels interrogés avaient certes des connaissances, des défis restent encore à relever. En effet, le taux de professionnels ayant des connaissances adéquates sur la prévention de l'HPP restait, dans cette étude, faible.

Le second thème est l'organisation du système de santé, la gestion des ressources humaines et des matériels médicaux. La surcharge de travail et le manque de personnel dans les établissements étaient indiqués comme des barrières à la pratique correcte de la GATPA (29) (30). De même, les conditions de travail inadéquat, avec des salles et kits d'accouchements inappropriés étaient des facteurs limitant la pratique de la GATPA (29) (34) (35). Van Lerberghe et al., dans une série d'étude publiée dans The Lancet, se sont penchés sur l'expérience des pays à forte mortalité maternelle en matière de renforcement des systèmes de santé et de déploiement des sages-femmes (42). En s'intéressant principalement à quatre pays, Burkina Faso, Cambodge, Indonésie et Maroc ; les auteurs ont montré que l'augmentation de la couverture des sages-femmes, proportionnellement aux besoins de la population a eu pour conséquence une réduction effective la mortalité maternelle et néonatale. Mais aussi, l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des barrières financières empêchant l'accès aux soins pour certaines populations (42). Les auteurs suggèrent qu'une amélioration de la qualité de la santé maternelle et infantile, ne peut pas se réduire qu'à une simple catégorie d'accoucheurs qualifiés.

L'administration d'utérotonique, est la principale composante de la GATPA dont la preuve scientifique, sur la réduction de l'HPP a été démontrée (43) (44). L'utérotonique de préférence recommandé est l'administration prophylactique d'ocytocine, à la dose de 10 Unités Internationales (UI) par voie intraveineuse ou intramusculaire (IV ou IM), dans la minute qui suit la naissance du bébé (16) (17) (44) (45). Dans les études de cette revue de la littérature, l'administration de l'ocytocine par les accoucheurs qualifiés était conforme aux recommandations internationales. Cependant, son administration n'était pas toujours optimale. Plusieurs facteurs en effet, avaient un impact sur la capacité des accoucheurs à administrer l'ocytocine à toutes les patientes. C'est par exemple la disponibilité et les conditions de stockage de l'ocytocine, la présence d'un réfrigérateur et l'attitude des professionnels à l'égard de leur pratique (33) (35). Cette observation a été retrouvée dans une étude récente décrivant les facteurs affectant la prévention de l'HPP dans les pays à moyenne et faible ressource économiques (41). Felarmine et al. ont montré que, la disponibilité en ocytocine et la présence d'un réfrigérateur dans les établissements de santé étaient associées à une meilleure administration d'ocytocine : moins il y avait de rupture de stock, plus l'ocytocine était administrée. Il en est de même pour la présence d'un réfrigérateur (35). Natarajan et al., ont montré que l'approvisionnement irrégulier en ocytocine et le manque de connaissance sur l'indication de prescription des utérotoniques étaient des obstacles à

l'administration d'ocytocine (33). Les prestataires de soins obstétricaux interrogés dans cette étude ont signalé un approvisionnement irrégulier et insuffisant en ocytocine dans leur établissement. De plus, afin de pallier au manque d'ocytocine dans l'établissement, certains professionnels incitaient les patientes et leurs familles à acheter eux même l'ocytocine avant de venir à l'hôpital. D'autres prestataires plus expérimentés et avec des rôles de leadership, déclaraient aussi, avoir utilisé des fonds personnels pour acheter l'ocytocine lors des ruptures de stock dans leurs établissements (33).

Ces dernières informations nous invitent à nous questionner sur l'efficacité de l'ocytocine conservée à température ambiante. Or, une méta-analyse récente a été faite sur l'utilisation des utérotoniques pour prévenir l'HPP (43). Les auteurs ont montré que l'ocytocine perd son efficacité, lorsqu'elle est conservée à température ambiante pendant une longue période ou, à des températures plus élevées. Ce qui rend son utilisation problématique dans les pays tropicaux à faibles ressources (43). Des résultats similaires ont été apportés par une étude menée par l'OMS sur la stabilité des utérotoniques oraux, ocytocine et ergométrine, dans les climats tropicaux : les comprimés oraux d'ocytocine et d'ergométrine se dégradent à des températures élevées. Leurs efficacités sur la prévention de l'HPP étaient donc remises en cause (46).

L'ocytocine injectable, 10 UI administrées en IM ou en IV, reste actuellement le meilleur choix d'utérotonique prophylactique pour la prévention de l'HPP (16) (44) (45) (46). Mais cela implique que le transport et la conservation se fassent à des températures allant de 2 °C à -8 °C.

La disponibilité en réfrigérateur dans les établissements pourrait être une solution pour pallier à cette perte d'efficacité de l'ocytocine, à condition qu'il y ait un meilleur approvisionnement en ocytocine dans les établissements de santé. Ces derniers, en collaboration avec les instances gouvernementales, devraient mettre en place ou renforcer les politiques d'établissements de santé afin d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels pour la survie des femmes.

Si la formation professionnelle est un axe majeur d'amélioration de la prise en charge des patientes, un investissement conséquent au niveau du renforcement des systèmes de santé au sens large, doit aussi être réalisé en Afrique Subsaharienne par les décideurs gouvernementaux. Mettre en place des politiques de santé favorisant la diminution de la

mortalité maternelle par hémorragie de la délivrance, comme la mise en place de salles de naissance correctement équipées et la présence systématique de matériels médicaux adéquats, sont autant de facteurs essentiels œuvrant vers la diminution des hémorragies du post-partum et ipso facto, vers l'amélioration de la santé maternelle dans cette région du monde.

V. Conclusion

Les résultats de l'étude ont montré qu'il y a une pluralité d'accoucheurs qualifiés qui interviennent pour assurer des soins maternels. Le niveau de formation de ces derniers était différent dans les études, allant du diplôme au certificat professionnel.

Si le niveau de connaissance était satisfaisant dans la majorité des études évaluant les connaissances et pratiques de la GATPA par les accoucheurs qualifiés, le niveau de pratique était quant à lui satisfaisant que dans une seule étude. En effet, différents facteurs étaient assimilés à la pratique de la GATPA comme la catégorie ($p = 0,007$) et le niveau d'étude ($p \leq 0,001$) des accoucheurs qualifiés. Les sages-femmes (OR = 1,37 IC 97 % [1,07 - 2,60]) et les accoucheurs qualifiés titulaires d'un diplôme (AOR = 3,81 IC 95% [2,01 - 7,21]) étaient plus susceptibles de pratiquer correctement la GATPA. De même, les professionnels ayant eu des enseignements, en formation initiale ou continue, sur la GATPA étaient plus susceptibles d'avoir une meilleure pratique (AOR = 2,50 IC 95 % [1,99 - 6,56]; AOR = 2,59 [1,56 - 4,20]; O R= 2,56 IC 97 % [1,56 - 4,20].

Cette étude, a également montré que l'ocytocine était l'utérotonique principalement utilisé dans le cadre de la prévention de l'HPP de conformément aux recommandations internationales dont celle de l'OMS publié en 2012. Cependant, son administration n'était pas optimale. En effet, différents facteurs étaient associés à son utilisation, parmi lesquels les facteurs liés aux établissements de santé : l'approvisionnement irréguliers en fournitures médicaux, la disponibilité en oxytocine et les conditions de travail inadéquates. Mais aussi, la surcharge de travail et le manque de personnel soignant.

Si les gouvernements des pays d'Afrique Subsaharienne ont pour défis d'atteindre l'objectif 3.1 des ODD, « faire passer le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 », mettre en place ou renforcer les programmes de formations des accoucheurs qualifiés devront faire partie de leurs politiques de santé. Aussi, pour que chaque naissance soit assistée par du personnel de santé qualifié, il faudrait qu'ils réglementent et définissent clairement les compétences de chacun conformément aux directives nationales.

Enfin, nous avons aussi en exergue l'importance de corroborer la qualité du système de santé en Afrique Subsaharienne. En effet, pour permettre aux accoucheurs qualifiés dont les sages-femmes de mettre en pratique de façon optimale leurs connaissances, faudrait que les

états et s’investissent d’avantage et sur le long terme, à améliorer des conditions de travail. Fournir des salles et kits d’accouchements appropriés, assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels pour la survie des femmes.

VI. Références bibliographiques

1. Maternal Mortalité Estimation Inter-agency. Trends in maternal mortality 2000 to 2017. pdf [Internet]. [Cité 19 mai 2020]. Disponible sur: http://documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf

2. Bouviercolle M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation. sept 2007;16(5):358-65.

3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp T, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.

4. Groupe Inter-Organisation pour l'Estimation de la Mortalité Maternelle. Evaluation de la mortalité maternelle 2000-2017.pdf [Internet]. [Cité 25 février 2021].

5. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Septembre 2019. [Internet]. [Cité 22 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

6. Santé publique France. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles: mieux comprendre pour mieux prévenir. Janvier 2021.

7. World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs) [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)

8. Groupe Inter-Organisation pour l'Estimation de la Mortalité Maternelle. Tendance de la mortalité maternelle : 1990-2015, OMS [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?sequence=1

9. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, 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. The Lancet. janv 2016;387(10017):462-74.

10. Organisation Mondiale de la Santé. Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2015 [Internet]. [Cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015

11. Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, Union africaine, Banque africaine de développement, Programme des Nations unies pour le développement. Rapport omd 2014: Evaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : Analyse de la position commune africaine sur le programme de développement pour l'après 2015. Addis-Abeba (Ethiopie): Commission économique pour l'Afrique; 2014.

12. Farigoul S. Les Objectifs de développement durable [Internet]. Développement durable. [Cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/

13. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et le bien-être: objectif 3 de développement durable [Internet]; [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/fr/

14. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. The Lancet. 7 oct 2006;368(9543):1284-99.

15. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health. 2016. [Internet]; [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/

16. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.

17. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. nov 2003;25(11):952-5.

18. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Leduc D, Ballerman C, Biringer A, et al. Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum. J Obstet Gynaecol Can. nov 2009;31(11):1068-84.

19. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 5 mai 2012;379(9827):1721-7.

20. WHO | Definition of skilled health personnel providing care during childbirth [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en/

21. Banque mondiale. Afrique subsaharienne. [Internet]. [Cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://donnees.banquemondiale.org/region/afrique-subsaharienne?view=chart

22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):39-44.

23. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. [Internet]. [Cité 13 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

24. Lami H, Deksisa A. Knowledge and Practice towards Active Management of Third Stage of Labour, among Obstetric Care Providers Adama Town Governmental Health

Facilities, Oromia, Ethiopia From September 12 to November 08 2019. Am Sci Res J Eng Technol Sci ASRJETS. 26 oct 2020;73(1):128-42.

25. Alemu Bw., Bante A., Miskir D., Gultie T., Gebayehu K. Active management of third stage of labor practice and associated factors among skilled birth attendants in Gamo and Gofa zone, Southern, Ethiopia. 4 oct 2019 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://europepmc.org/article/ppr/ppr132425

26. Adane D, Belay G, Arega A, Wassihun B, Gedefaw G, Gebayehu K. Practice and factors associated with active management of third stage of labor among obstetric care providers in Amhara region referral hospitals, North Ethiopia, 2018: A cross sectional study. PLOS ONE. 3 oct 2019;14(10):e0222843.

27. Wake GE, Wogie G. Assessment of Midwife Knowledge, Practice, and Associated Factors towards Active Management of the Third Stage of Labor at Governmental Health Institutions in Tigray Region, Northern Ethiopia, 2018 [Internet]. Vol. 2020, BioMed Research International. Hindawi; 2020 [cité 5 févr 2021]. p. e8547040. Disponible sur: http://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/8547040/

28. Tenaw Z, Yohannes Z, Amano A. Obstetric care providers' knowledge, practice and associated factors towards active management of third stage of labor in Sidama Zone, South Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2017;17(1):1-7.

29. Ramadhani FB, Liu Y, Lembuka MM. Knowledge and barriers on correct use of modified guidelines for active management of third stage of labour: a cross sectional survey of nurse-midwives at three referral hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. Afr Health Sci. 16 déc 2020;20(4):1908-17.

30. Kanama H, Muganyizi P. Impact of Facility Delivery Intensity on the Practice of Active Management of Third Stage of Labour and Other Labour and Delivery Interventions in Tanzania. Open J Obstet Gynecol. 7 mai 2019;9(5):730-44.

31. Bishanga DR, Charles J, Tibaijuka G, Mutayoba R, Drake M, Kim Y-M, et al. Improvement in the active management of the third stage of labor for the prevention of postpartum hemorrhage in Tanzania: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 13 juin 2018;18(1):223.

32. Bartlett L, Cantor D, Lynam P, Kaur G, Rawlins B, Ricca J, et al. Facility-based active management of the third stage of labour: assessment of quality in six countries in sub-Saharan Africa. Bull World Health Organ. 1 nov 2015;93(11):759-67.

33. Natarajan A, Ahn R, Nelson BD, Eckardt M, Kamara J, Kargbo S, et al. Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Sierra Leone. BMC Pregnancy Childbirth. 28 janv 2016;16:23.

34. Braddick L, Tuckey V, Abbas Z, Lissauer D, Ismail K, Manaseki-Holland S, et al. A mixed-methods study of barriers and facilitators to the implementation of postpartum hemorrhage guidelines in Uganda. Int J Gynecol Obstet. 2016;132(1):89-93.

35. Felarmine M, Joachim O, Agina O. Facility factors influencing utilization of active management of third stage of labour among skilled birth attendants in Kiambu county,

Kenya. Pan Afr Med J [Internet]. 26 nov 2016 [cité 11 févr 2021];25(Suppl 2); Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390064/

36. World Health Organization. Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1999 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/42212

37. WHO | 2018 definition of competent maternal and newborn health professionals providing care during childbirth published today [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/defining-competent-mnh-professionals/en/

38. Midwives IC of. Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme [Internet]. ICM. International Confederation of Midwives; [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://www.internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/compétences-essentielles-pour-la-pratique-du-métier-de-sage-femme.html

39. Midwives IC of. Normes mondiales [Internet]. ICM. International Confederation of Midwives; [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://www.internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/normes-mondiales.html

40. Confédération Internationales des Sages-Femmes. Normes globales de formation des sages-femmes. 2013;13.

41. Bazirete O, Nzayirambaho M, Chantal U, Umubyeyi A, Marilyn E. Factors affecting the prevention of postpartum hemorrhage in Low-and Middle-Income Countries: A scoping review of the literature. J Nurs Educ Pract. 1 janv 2021;11.

42. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. The Lancet. 27 sept 2014;384(9949):1215-25.

43. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 19 déc 2018;12:CD011689.

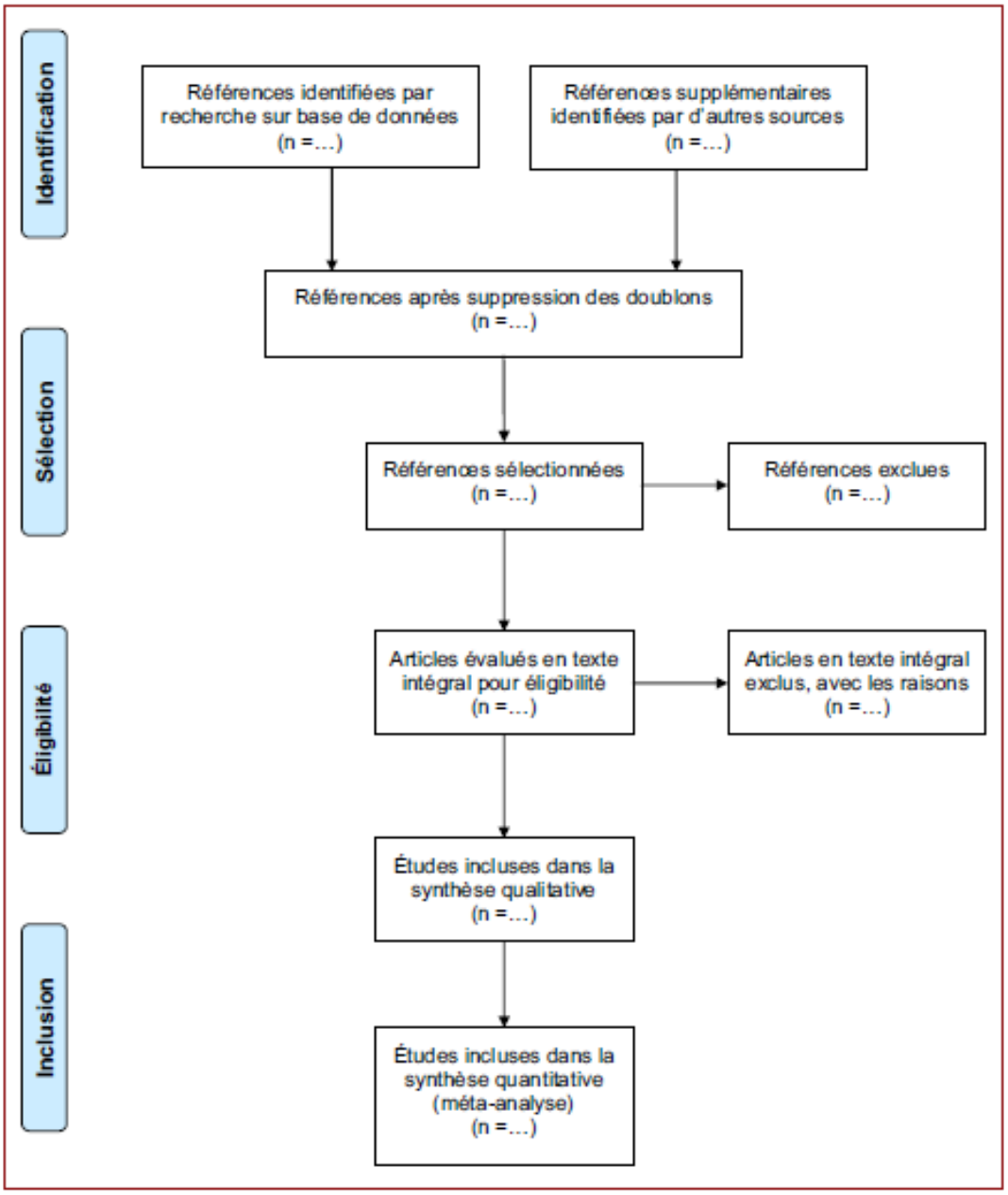
44. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 30 oct 2013;(10):CD001808.

45. Confédération internationale des sages-femmes, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum: nouvelles approches visant les milieux aux ressources restreintes. [Internet]. 2006 [Cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/pmnch/events/2006/figo2006statmentfr.pdf

46. Organisation Mondiale de la Santé. Stability of Oxytocics in tropical Climates: results of simulation studies on oral ergometrine, oral methylergometrine, buccal oxytocin and buccal desamino-oxytocin. EDM Research Series No 012. (1994,52). [Internet]. [Cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://digicollections.net/medicinedocs/#/d/s2231e

VII. Annexes

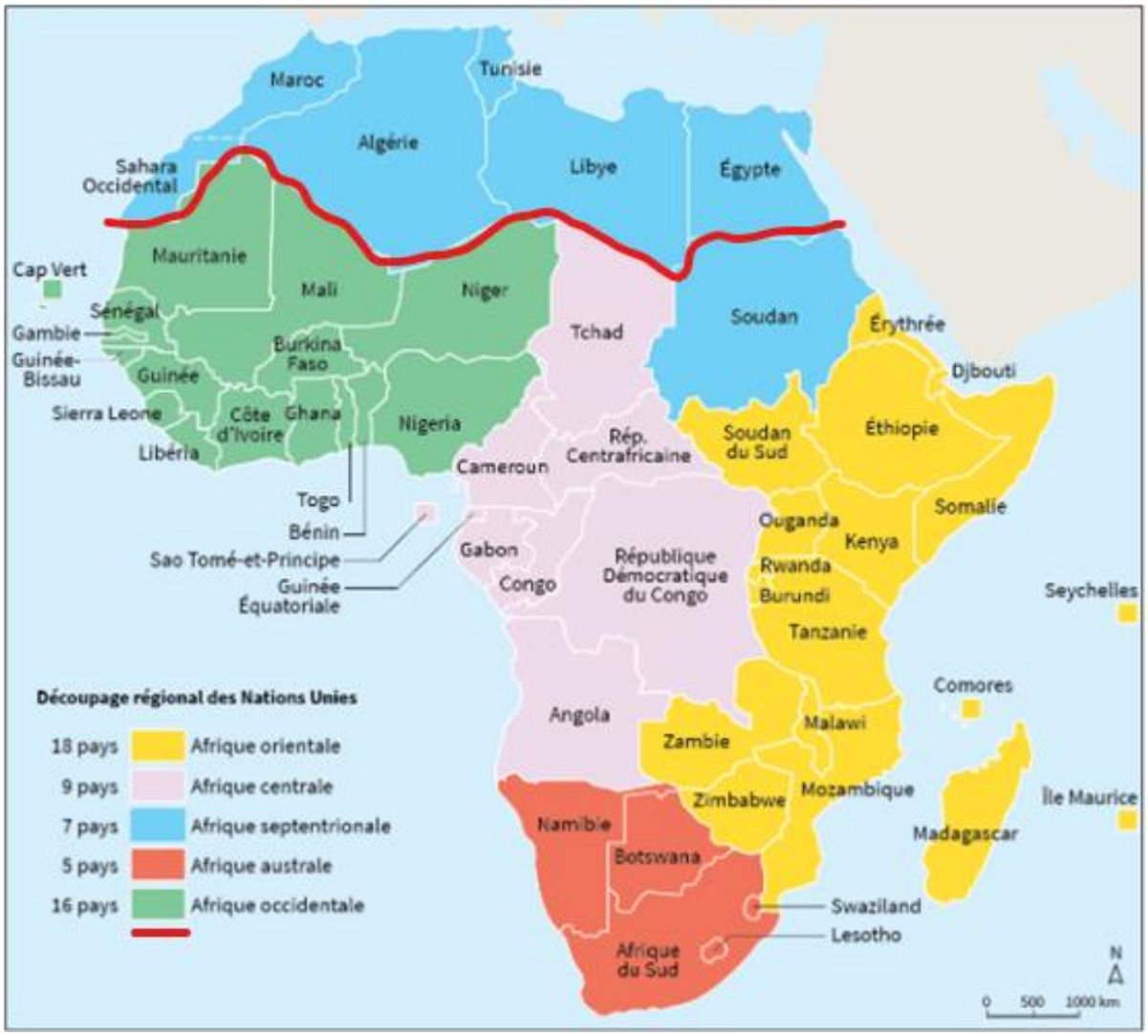
Annexe I : Diagramme de flux (PRISMA)



Annexe II : Grille de niveau de preuve HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe III : Carte Afrique. En dessous ligne rouge : tous les pays d'Afrique Subsaharienne.



Source : géoconfluences Lyon : http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/veille/parutions/doc-photo-8121/image/image_view_fullscreen

Annexe IV : Tableau d'extraction des données

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Knowledge and barriers on correct use of modified guidelines for active management of third stage of labour. Ramadhani et al 2020.	Analyser les connaissances des sages-femmes sur les nouvelles reco de la GATPA et déterminer les obstacles à l'utilisation correcte de la GATPA.	Enquête descriptive transversale réaliser dans 3 hôpitaux de référence de Dar es Salaam en Tanzanie de Janvier à Mars 2018. Critères d'inclusion : Inclusions des participants à partir d'une simple méthode d'échantillonnage ; toutes les sages-femmes infirmières qui assistent les femmes durant l'accouchement. Critères d'exclusions : Sages infirmières ayant des responsabilités administratives et ne travaillant pas dans les services de maternité (secteur prénat, pernat et postnat). Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire adressé à chaque participant. Le questionnaire utilisé pour l'étude a été établis à partir des éléments de la littérature notamment des nouvelles recos de l'ICM/FIGO et l'OMS (2012) sur la GATPA. Les données ont été analysé à l'aide du logiciel SPSS version 17 et l'association des variables à été réalisé à l'aide du test de Chi^2 avec un IC à 95%. Les résultats étaient statistiquement significatif pour une p value < à 0,05 .	Au total 160 sages-femmes infirmières ont participés à l'étude avec un taux de réponse de 100%. Globalement, bonne connaissance des directives de l'OMS sur la GATPA. 99% des SF IDE étaient consciente que l'OCT était l'utérotonique de préférence utilisé lors de la GATPA pour la prévention de l'HPP et administraient la bonne dose. 46,8% des SF IDE pratiquaient le GATPA durant la 3ème phase du travail. Pas d'association significatifs entre les variables démographiques, la formation individuelle des SF et leurs niveaux de connaissance sur la GATPA (p> à 0,05) 7 Facteurs identifiés comme obstacles à la pratique correcte de la GATPA dont la surcharge de travail, faible nombre de personnel soignant et salle d'accouchement et équipement médical inapproprié.	Utilisation d'un faible échantillon Réponses personnels aux questionnaires et non représentatives de l'ensemble des services de maternités des 3 hôpitaux.	Fort taux de réponse (100%) Questionnaire utilisé analysait les connaissances et la compréhension des sages-femmes infirmières sur les composantes de la GATPA conformément aux recos de l'OMS.	Niveau 4 Grade C	Organiser des formations professionnels continues des sages-femmes infirmières afin de mettre à jour et d'améliorer leurs connaissances Partager régulièrement les nouvelles recos clinique pour améliorer la compréhension globale et la pratique de la GATPA par les sages-femmes infirmières. Mettre en place des stratégies appropriées par les autorités compétentes pour répondre aux obstacles signalés affectant l'utilisation correcte de la GATPA. Réaliser des études observationnelles dans les établissements de santé pour analyser la pratique réelle de la GATPA par les sages-femmes infirmières. Les données obtenues sur les obstacles à la bonne pratique de la GATPA peuvent servir de bases pour améliorer sa mise en application dans les hôpitaux d'autres zones géographiques et économiques similaire à la Tanzanie.

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Knowledge and Practice towards Active Management of Third Stage of Labour, among Obstetric Care Providers Adama Town Governmental Health Facilities, Oromia, Ethiopia From September 12 to November 08 2019. Lami H., Dekissa A. 2020.	Etudier et analyser la pratique ainsi que les connaissances de la GATPA par les accoucheuses qualifiées des établissements de santé de la ville d'Adama Oromia en Ethiopie.	Type d'étude : Etude transversale menée de septembre à novembre 2017 dans les établissements de Santé de la ville d'Adama Le nombre de participant nécessaire pour l'étude a été déterminé par une formule de proportion unique. Les données ont été obtenues à partir d'un questionnaire semi-directif pour évaluer les connaissances et la pratique de la GATPA par les SBA. Le questionnaire a été établit à partir de la littérature notamment des données d'étude similaire Les données ont été vérifiées puis saisit dans le logiciel SPSS version 20.0 pour l'analyse statistique. Deux régressions logistiques ont été réalisées : bivariés et multivariés. Les variables avec une p value < à 0,05 étaient statistiquement significatives.	Au total, 117 SBA ont été incluse dans l'étude avec un taux de réponse de 100%. 61,5% des répondants travaillaient dans des centres de santé. 49,6% et 30% avaient eu une formation sur la GATPA au cours de leurs formations initiales et professionnelles respectivement. Bonne connaissances des différentes composantes de la GATPA avec 88,4% des répondants savaient les utérotoniques utilisés pour la GATPA. L'OCT était utilisé par 96,6% des répondants 65,8% des répondants connaissaient les 3 composantes de la GATPA. 28,2% des participants pratiquaient correctement et globalement l'ensemble des 3 composantes de la GATPA. L'âge (<30ans),	Etude menée dans des établissements de santé de niveau différents : centres de santé et hôpitaux, il n'est donc pas possible de déterminer si les professionnels de santé mettaient réellement en pratique leurs connaissances ?		Niveau 4 Grade C	Afin d'améliorer la qualité des soins et le respect des recos sur la GATPA il est nécessaire d'assurer la formation des agents de santé qui pratiquent quotidiennement des accouchements. Mettre en place des formations sur les compétences essentielles et sur l'organisation des établissements de santé pour améliorer les connaissances et la pratiques des prestataires de soins obstétricaux.

			le sexe (être une femme, et le type d'établissement étaient significativement associés au niveau de connaissance et à la pratique de la GATPA (p= 0,001).				

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Active management of third stage of labor practice and associated factors among skilled birth attendants in Gamo and Gofa zone, Southern, Ethiopia. Bw et al. 2019	Evaluer le niveau de pratique de la GATPA et les facteurs associés à sa mise en œuvre par les accoucheuses qualifiées dans les établissements de santé publique de la zone de Goma ET Gofa dans le sud de l'Ethiopie.	Type d'étude: Etude transversale menée dans les établissements de santé de la zone de Gofa et Goma dans le sud de l'Ethiopie. Etude réalisé dans 4 hôpitaux et 33 centres de santé sélectionnés au hasard. Population incluse dans l'étude: Tous les prestataires de soins qualifiés qui travaillent dans les établissements de santé de la zone de Gofa et Goma sélectionnés pour l'étude. La taille de l'échantillon a été déterminée et fixée à partir d'outils statistiques: Epi Infos version 7 menu stat clacl. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire semi-directif et prétesté ; ainsi que par l'utilisation d'une check-list lors des observations directe Les données ont été analysées puis stockées dans le logiciel Epi Info version 7 pour vérifier la cohérence de données. Le logiciel SPSS version 24.0 a été utilisé pour l'analyse statistique avec un intervalle de confiance à 95%. Les variables étaient statistiquement significatif pour p < à 0,05.	Au total 365 prestataires de soins obstétricaux ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 97%. 58% des participants n'avaient pas de connaissances ou n'avaient pas eu de formation sur la GATPA. Pour ceux ayant des connaissances, 32,8% ont suivi une formation continue professionnelle précédée d'une formation initiale. 94,2% des participants ont administrés de l'OCT dans un délai de 1 min après l'accouchement. 75,4% et 83,8% ont pratiqué la traction contrôlée du cordon et le massage utérin, respectivement, après l'accouchement. 48,1% ont une bonne pratique de la GATPA contre 51,9% qui ont une pratique incorrecte Le nombre d'années d'expériences, le fait d'avoir suivi une formation initiale ou professionnelle et le type d'établissement étaient significativement associés à la bonne pratique de la GATPA. .			Niveau 4 Grade C	Les organisations gouvernementales et non gouvernementales devraient : -mettre en place des programmes de formation initiale et continue intégrant la GATPA -Et construire des établissements de santé adéquat afin de mettre à disposition des SBA et des femmes, des salles de travails et d'accouchements favorable à la bonne pratique de la GATPA ;

Titre ; Auteur ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites/Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Impact of Facility Delivery Intensity on the Practice of Active Management of Third Stage of Labour and Other Labour and Delivery Interventions in Tanzania. Kanama H., Muganyizi P. 2019	Déterminer l'impact du nombre d'accouchements dans les établissements de santé sur la pratique correcte de la GATPA et d'autres interventions durant le travail et l'accouchement.	Type d'étude: Etude transversale Analytique réalisé en Février 2016 dans 4 hôpitaux publics de Dar es Salaam en Tanzanie. 2 groupes d'établissements avec chacun 1 centre de santé et un hôpital ont été sélectionnés en fonction du nombre d'accouchements par jour. Critères d'inclusions: Toutes les femmes ayant accouchées entre 8h et 14h dans les établissements sélectionnés; Toutes grossesses > à 28 semaines de gestation; Et tous les accouchements voie basse sans instruments. 3 composantes de la GATPA ont été observées et enregistrées pour l'analyse: -la durée entre la naissance et l'injection de l'OCT -la pratique de la traction contrôlée du cordon -et la pratique du massage utérin.	Au total 752 accouchements normaux ont été observés : 376 dans chacun des établissements à haute et faible fréquence d'accouchement. Globalement, la GATPA était pratiquée dans tous les établissements. L'Oxytocine était le seul utérotonique utilisés dans le cadre de la GATPA et automatiquement administrés après l'accouchement. Dans 66,3% des accouchements observés, l'OCT était administré correctement, dans la minute suivant la naissance. Différences significatives de la pratique de la GATPA et d'autres interventions essentielles de sauvetage maternel et fœtal entre les 2 groupes d'établissements étudiés: Les établissements réalisant le moins d'accouchement étaient plus susceptibles d'administrer de l'OCT et pratiquer des interventions essentielles pendant le travail et l'accouchement.	Biais d'observation Observation entre 8h et 14h qui pourraient être source de biais.	Observation et recueil direct des données sur le travail et la délivrance. Type d'établissements étudiés dans les 2 groupes était identique. Par conséquent le nombre prestataires de soins par équipe n'était pas sensiblement différent.	Niveau 4 Grade C	Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir une couverture d'administration de l'OCT à toutes les femmes qui accouchent si l'on souhaite réduire la mortalité et la morbidité maternelle dues aux hémorragies obstétricales. L'amélioration des ressources humaines et la densité des soins obstétricaux dans les établissements sont essentielles pour améliorer la qualité des soins obstétricaux qui sauvent des vies. La mise en place de protocoles pourrait éliminer ou réduire la pratique optionnelle des composantes de la GATPA en particulier dans les établissements de santé à haute fréquence d'accouchements. Des stratégies pour réduire la surcharge en nombre d'accouchements devraient être mise en place afin de réduire la mortalité maternelle.

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Improvement in the active management of the third stage of labor for the prevention of postpartum hemorrhage in Tanzania: a cross-sectional study. Bishanga et al. Juin 2018.	Comparer 2 séries d'observation réalisée en 2010 et en 2012, pour analyser en détail la qualité de la prévention de l'HPP dans les établissements de santé en Tanzanie avant et après la mise en place de programme d'amélioration de la qualité des soins.	Type d'étude : Etude transversale menée dans 12 régions de Tanzanie Les étapes de la GATPA ont été évaluées en utilisant une checklist d'observation normalisée et structurée sur la base des recos de l'OMS. Les centres de santé et dispensaires ont été inclus sur la base d'au moins 1 accouchement par jour Les données ont été analysés avec le logiciel stata 12. 0 afin de générer des statistiques descriptives. Le test de Chi^2 a été utilisé pour comparer les données sur la qualité de soins entre 2010 et 2012. Une p value < à 0,05 était considérer comme significative pour les variables analysées.	Au total 489 et 558 accouchements ont été observés en 2010 et en 2012 respectivement. Augmentation de 19% de la pratique des 3 composantes de la GATPA (p< à 0,001) : Augmentation de 47,2% dans les centres de santé et les dispensaires contre 5,2% dans les hôpitaux (p< à 0,001). Augmentation de l'utilisation d'utérotoniques (OCT) de 37,1% dans les centres de santé et les dispensaires. La disponibilité en oxytocine a augmenté de 73% à 94% dans tous les établissements de santé. Dans les 50 établissements de santé évalués en 2012, 88% et 92% avaient des protocoles sur l'accouchement normal et les SONU respectivement.	L'observateur peut influencer le comportement de la personne observée. Etude non représentative au niveau national. Les données n'ont pas été collectées en tenant compte des autres interventions qui auraient pu avoir un impact sur la qualité des soins intrapartum dans les établissements de santé. Les données collectées sur la disponibilité des utérotoniques ne reflétaient pas l'historique des ruptures de stock dans chaque établissement de santé mais plutôt l'état de stock en utérotoniques à un moment données.	Observation directe pour évaluer les prestations de soins obstétricaux par les professionnels.	Niveau 4 Grade C	Nécessité d'améliorer la qualité des soins obstétricaux et assurer régulièrement la formation ainsi que l'encadrement des prestataires de soins afin qu'ils respectent et adhèrent aux recos concernant les soins aux femmes durant le travail. Mise en place des recos nationales sur les soins de santé des femmes durant le travail et l'accouchement conformément aux recos internationales et des données scientifiques pour une pratique correcte des étapes de la GATPA. Des évaluations régulières sur la pratique correcte de la GATPA peut-être utile pour évaluer la pratique de la prévention de l'HPP dans les établissements de santé

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Practice and factors associated with active management of third stage of labor among obstetric care providers in Amhara region referral hospitals, North Ethiopia, Avril 2018: A cross sectional study. Adane et al.	Evaluer les facteurs associés et la pratique de la GATPA par les prestataires de soins obstétricaux dans les hôpitaux de références de la région d'Amhara au nord de l'Ethiopie.	Type d'étude : Etude transversale qualitative menée du 1 au 30 Avril en 2018 dans les 5 hôpitaux de références de la région d'Amhara. . Population étudiée incluse dans l'étude: Tous les prestataires de soins obstétricaux qui travaillaient et pratiquaient la GATPA durant la période d'étude. Une méthode simple d'échantillonnage a été utilisée pour déterminer le nombre et sélectionner les participants. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire prétesté, structuré et auto-administré. Les données ont été saisies dans le logiciel Epi version 3.1 puis exporté dans le logiciel SPSS version 23 pour l'analyse Des analyses de régressions bivariées et multivariées ont été réalisées pour identifier les facteurs associées. Avec un intervalle de confiance définis à 95% et p < à 0,005 pour mesurer le degré d'association et de significativité.	Au total 365 prestataires de soins obstétricaux ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 100%. 60,1% et 71,95% des répondants ont déclaré avoir suivi une formation sur la GATPA après l'obtention de leurs diplômes et pratiqués la GATPA respectivement. 81,5% des répondants ont une connaissance globale des 3 composantes de la GATPA. 61,2% déclaraient avoir une bonne pratique de la GATPA contre 38,8% qui ont déclaré avoir une mauvaise pratique de de la GATPA. Respectivement, 98% et 88,2% déclaraient administrer la bonne dose d'oxytocine et pratiquer la traction contrôlée du cordon. L'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, la disponibilité de l'OCT, l'exposition à la GATPA et les connaissances étaient significativement associés à la bonne pratique de la GATPA (p< à 0,05): -les prestataires d soins ayant une bonne connaissance sur la GATPA, ceux ayant entre 20 et 30 ans avaient 2,67 et 3,86 fois plus de probabilités de pratiquer correctement la GATPA. Ceux ayant de l'OCT disponible en salle d'accouchement avaient 5,46 fois de probabilité de l'administrer.	L'utilisation de questionnaire peut être source de biais de mémoire; surestimation possible		Niveau 4 Grade C	Nécessité d'augmenter le nombre de structures de soins et dispenser des formations afin d'améliorer les connaissances des prestataires de soins pour le maintien des bonne pratique de la GATPA.

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Assessment of Midwife Knowledge, Practice, and Associated Factors towards Active Management of the Third Stage of Labor at Governmental Health Institutions in Tigray Region, Northern Ethiopia, Wake G., Wogie G. 2018.	Evaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes, ainsi que les facteurs associés à leurs pratiques sur la GATPA dans les établissements de santé gouvernementales de la région de Tigray au Nord de l'Ethiopie.	Type d'étude : Etude transversale menée du 15 novembre 2017 au 12 Janvier 2018. Etude menée dans tous les établissements de santé gouvernementale située dans les 2 zones de la région de Tigray (Centrale et périphérique). Population incluse : Toutes les sages-femmes qui travaillaient dans les salles d'accouchement des établissements de santé étudiés. Une méthode simple d'échantillonnage a été utilisée pour déterminer le nombre de participants nécessaire pour l'étude. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire lors des entretiens et d'une checklist pendant l'observation directe. Les données ont été analysées, codées et saisies dans le logiciel Epi Info version 3.5.1. Puis téléchargées vers le logiciel SPSS version 20 pour l'analyse. Des donnés avec une p value < 0,2 dans la régression bivariées étaient ensuite retenues pour la régressions	Sur un total de 285 participants avec un taux de réponse de 97,5%, 278 étaient des sages-femmes 56,1% avaient un diplôme de sages-femmes. 55,8% n'avaient pas de formation sur la GATPA. 52,5% indiquaient qu'il n'y avait pas de protocoles sur la GATPA dans leurs établissements de santé. Des utérotoniques étaient disponible dans tous les établissements de santé (100% des répondants). 61,2% avaient une bonne connaissance de la GATPA. 82,1% connaissaient l'ensemble des composantes de la GATPA 43,5% des participants pratiquaient correctement la GATPA. L'OCT était administré par l'ensemble des sages-femmes ont IM et 97,1% l'ont administrés dans la minute suivant la naissance. La formation liée à la GATPA et le niveau d'expérience des	D'autres facteurs pouvant avoir un impact les connaissances et la pratiques des sages-femmes sur la GATPA n'ont pas été abordé.		Niveau 4 Grade C	Le niveau académique des sages-femmes doit être élevé, une mise à jour de leurs connaissances et l'amélioration de leurs compétences pour prodiguer des soins essentiels de la GATPA. doivent être entrepris. Les établissements de santé devraient mettre en place des programmes de formations des sages-femmes. Les autorités régionales devraient améliorer le niveau d'instruction des sages-femmes.

		multivariées. Des données avec une p value < à 0,05 étaient considérées statistiquement significatives.	sages-femmes étaient des facteurs associés au niveau de connaissances sur la GATPA. Le niveau de formation des SF, la réalisation de formation et le niveau de connaissance des sages-femmes sur la GATPA étaient significativement associés au niveau de pratique de la GATPA.				

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Obstetric care providers' knowledge, practice and associated factors towards active management of third stage of labor in Sidama Zone, South Ethiopia. Zelalem T et al. Dec 2017	Evaluer les connaissances, la pratique et les facteurs associés des prestataires de soins obstétricaux sur le GATPA dans la zone de de Sidima dans le Sud de l'Ethiopie.	Type d'Etude ; Etude transversale réalisée du 1er au 30 décembre 2015 dans les établissements de santé de la région de Sidima dans le sud de l'Ethiopie. Une simple technique d'échantillonnage a été utilisée pour définir la taille de l'échantillon. Critères d'inclusions : Tous les prestataires de soins obstétricaux en services depuis plus de 6 mois. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire structuré et utilisé lors des entretiens ainsi que par l'observation directe à l'aide d'une check-list d'observation. Les données ont été saisies l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.1 puis exportées vers le logiciel SPSS version 20.0 pour l'analyse. L'association entre les variables a été évaluée en utilisant l'odd ratio avec un intervalle de confiance à 97%	Au total 528 prestataires de soins obstétricaux ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 96,4%. 37,7% des participants avaient des connaissances sur la GATPA. 32,8% des participants pratiquaient la GATPA. Le type de profession et de diplôme obtenu sont des facteurs associés aux connaissances sur la GATPA. La formation initiale et professionnelle étaient associés à la pratique de la GATPA		Données collectées lors d'entretiens structurés par l'utilisation d'un questionnaire et par l'observation directe en suivant une check-list de contrôle	Niveau 4 Grade C	Des interventions appropriées comme la mise en place des programmes de formation peuvent améliorer les connaissances et la pratique de la GATPA Mettre à jour le contenu des programmes de la formation initiale sur les cours d'obstétrique dans les universités et les collèges de santé. Les établissements de santé doivent mettre en place des programmes de formations professionnelles pour améliorer les compétences des prestataires de soins obstétricaux.

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Facility factors influencing utilization of active management of third stage of labour among skilled birth attendants in Kiambu county, Kenya. Muiruru F. et al. Nov 2016.	Décrire comment les facteurs liés aux établissements de santé influencent la pratique de la GATPA par les accoucheuses qualifiées (SBA : skill birth attendant) dans le comté de Kiambu au Kenya.	Type d'étude : Etude descriptive transversale sur les facteurs, propres aux établissements de santé, influencent la pratique de la GATPA. L'étude a été réalisée dans les maternités de la ville de Kiambu situé dans le centre du Kenya. Population étudiée : accoucheuses qualifiées travaillant dans les établissements de la ville de Kiambu. Une méthode d'échantillonnage à plusieurs niveaux a été utilisée pour sélectionner les établissements de santé et déterminer le nombre de participants. Les données ont été collectées à partir d'une observation non interventionniste de la GATPA et d'entretiens menées à l'aide d'un questionnaire. Les données ont été saisi dans le logiciel STATA version 11. Le test de Chi^2 et de Fisher avec un IC à 95% ont été utilisés lors des mesures d'associations des variables.	Au total 203 sages-femmes ont été interviewées et observées. 92% des répondants étaient des Infirmières accoucheuses et 8,4% des agents cliniques de santé. 69,0% des accoucheuses qualifiées possédaient une licence, 27,6% titulaires d'un certificat professionnel et 3,4% d'un diplôme de sage-femme. 31,5% des participants pratiquaient globalement les 3 composantes de la GATPA. La traction contrôlée du cordon et le massage utérin étaient pratiqués par 96 ,5% et 33,1% des soignants respectivement. Association significative entre le type d'établissement de santé et la pratique de la GATPA p = 0,006 : pratique plus importante dans les établissements gouvernementale (37,4%) que dans les établissements privés (8,0%). Association significative entre le niveau de l'établissement de santé et la pratique de la GATPA : 49,5% des SBA travaillant dans les établissements de niveau 4 et 5 pratiquaient la GATPA contre 15,7% des SBA travaillant dans les établissements de niveau 3. Association significative entre la	Etude n'évaluant pas l'impact de la GATPA sur la morbidité et la mortalité maternelle ; Etude non généralisable à l'échelle nationale		Niveau 4 Grade C	Les autorités régionales et les agents de santés devraient mettre en place des stratégies pour accélérer la pratique en s'assurant que les facteurs favorisant sa pratique sont en place et ceux d'avantage dans les établissements privés et ceux de niveau 3 (centre de santé et dispensaire).

			pratique de la GATPA et les ruptures de stock en matériel médical (p = 0,0027). Association significative entre la pratique de la GATPA et le nombre de personnels de santé autorisés à commander du matériels médicaux (p=0,020). Association significative entre la pratique de la GATPA et la disponibilité d'un frigo dans les services de maternités : la GATPA était plus pratiqué par les SBA travaillant dans les établissements doté d'un frigo comparé à celle travaillant dans les établissements ne disposant pas d'un frigo (44,5% Vs 9,3%). Association significative entre la présence de protocoles standardisés sur la GATPA dans les services de maternité et la pratique de la GATPA (p= 0,001) : Pratique de la GATPA plus élevée par les SBA travaillant dans les maternités disposant de protocoles comparé à celles n'en possédant pas (68,0% Vs 16,0%).				

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Sierra Leone. Abirami N. et al. Janv 2016.	Evaluer la pratique actuelle de la GATPA et les déterminants de l'utilisation prophylactiques utérotoniques en Sierra Léone	Type d'étude : Etude transversale descriptive mixte sur l'utilisation des utérotoniques durant la 3ème phase du travail. Etude réalisée de Mai à Juin 2013 dans 39 établissements de santé périphériques ayant suivi la formation initiale. Des entretiens qualitatifs ont été menés pour collecter des informations sur la pratique, le comportement des prestataires et les barrières perçues par rapport à l'utilisation systématique prophylactiques des utérotoniques L'ensemble des données ont été saisies et enregistrées dans une feuille de calcul Microsoft Excel. Les tests de Fisher (Exact et Freeman Halton) et le test de Student ont été utilisés pour déterminer l'existence de différences significatives entre les variables analysées.	Au total 134 prestataires de soins obstétricaux ont été interrogées sur les 39 établissements de santé étudiés. 13 établissements ont déclarés un approvisionnement irrégulier en Oxytocine. 64% des établissements conservaient l'oxytocine à température ambiante. Le niveau des prestataires de soins obstétricaux, la formation continue des professionnels et le rôle de leadership étaient considérés comme significativement associés à l'administration prophylactique des utérotoniques ($p < à 0,005$). 62% des professionnels interrogés ont signalés administrer systématiquement des utérotoniques et particulièrement l'OCT. Les Sages-femmes étaient plus susceptibles d'administrer des utérotoniques (93%) suivi par les agents et assistants communautaires de santé (78%), les assistants de santé maternelle et infantile (56%) et les infirmiers communautaires (52%). L'administration prophylactique était	La description de l'étude. Echantillon de petite taille. Sur déclaration possible de l'utilisation des utérotoniques possible Entretien induit des biais de rappel. L'étude n'évaluait pas le moment de l'administration de l'OCT. L'observation d'accouchement dans les établissements de santé périphériques avec des faibles taux d'accouchement était un défi en matière de finances et de logistiques	Lieu de l'étude. Peu d'étude ont analysé les perceptions des prestataires de soins obstétricaux par rapport au recours aux utérotoniques	Niveau 4 Grade C	Améliorer le partage de connaissances entre les différents prestataires de soins obstétricaux aux seins des établissements de santé. Améliorer la qualité des interventions axées sur la mise en place de protocole par les responsables des établissements de santé peut avoir un impact sur l'augmentation de l'administration systématique prophylactique des utérotoniques. Des études supplémentaires pour évaluer l'efficacité de l'oxytocine conservée à température ambiante sur la prévention de l'HPP comme la place de la place des utérotoniques indépendant de la température comme le misoprostol dans les milieux à ressource limité. Les croyances des prestataires peuvent conduire à l'utilisation sporadique des utérotoniques en

			plus importante par les professionnels ayant suivi une formation continue (67%) comparé à ceux n'ayant pas eu de formation (42%) ($p < 0,01$). La présence de protocoles dans les établissements de santé, la disponibilité des utérotoniques et la perception des professionnels sur l'utilité des utérotoniques sont des facteurs favorisant l'administration prophylactiques des utérotoniques. L'approvisionnement irrégulier en utérotoniques, le manque de connaissance sur le délai d'administration des utérotoniques et l'attitude des professionnels sur l'utilité de l'administration des utérotoniques après l'accouchement ont été signalés fréquemment comme barrières à l'administration prophylactique des utérotoniques.				particulier dans un contexte de pénuries des médicaments.

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
A mixed-methods study of barriers and facilitators to the implementation of postpartum hemorrhage guidelines in Uganda. Braddick L. et al. Janv 2016.	Déterminer le niveau d'observance des recommandations de l'OMS sur l'HPP et la GATPA. Et analyser les obstacles et les facteurs facilitant la pratique des soins obstétricaux fondés sur des données scientifiques.	Etude mixte qualitative et quantitative. Etude réalisées de février à mars 2014 dans trois établissements de santé en Uganda. Etude quantitative : Evaluations de la pratique des 3 composantes clés de la GATPA et du respect des recommandations de l'OMS : Utilisation d'un utérotonique, de la dose appropriée et de la bonne voie d'administration; Pratique de la traction contrôlée du cordon ; Pratique et délais du clampage du cordon ; Pratique complète de la GATPA. Inclusion : femmes accouchant en salle de travail entre 8h30 et 20h pendant 5 jours chaque semaine. Exclusion : femmes dont l'accouchement n'a pas été observé par le chercheur. Participation de 9 sages-Femmes, une infirmière sage-femme et un médecin. Outils de calculs: SPSS version 21.0 Etude qualitative : Inclusion : tous	Etude quantitative: Au total 154 accouchements sur 157 naissances ont été observés durant la période d'étude accouchements. 60 accouchements ont été observés pour évaluer la pratique du clampage du cordon et 53 pour déterminer si les 3 composantes de la GATPA étaient pratiquées. 3 cas d'HPP ont été diagnostiqués dont une HPP sévère et 2 modérés. Dans 68,2% des accouchements, l'OCT a été utilisé comme utérotonique. La dose administrée et la voie d'administration étaient variable : 10UI dans 88,3% des cas et en IM dans 70,1% des cas) La traction contrôlée du cordon au moment de la délivrance placentaire était pratiquées dans 77,3% des accouchements. Parmi les 60 accouchements observés pour le clampage du cordon, dans 61,7% des cas, le clampage était réalisés entre 1 et	Faible nombre d'accouchement évaluant le délai du clampage du cordon (60) et les femmes ayant reçus les 3 composantes de la GATPA. Les accouchements observés ne sont pas forcément au niveau national de l'ensemble des naissances survenant dans les toutes les maternités d'Ouganda. représentatif au niveau national	Combinaison de l'observation des pratiques professionnelles et d'entretien qualitatif. .	Niveau 4 Grade C	Se mettre à jour régulièrement sur les nouvelles recommandations cliniques afin de favoriser une pratique clinique fondée sur les preuves. Mettre en place des recommandations simples, standardisées, concises et acceptables universellement pour une meilleure prévention de l'HPP notamment dans les pays à faibles ressources. Mener une recherche appropriées dans les régions à faible ressources afin d'identifier les méthodes les plus efficaces et les moins couteuses pour une meilleurs pratique de la GATPA.

		professionnels de soins obstétricaux impliqués dans la prévention et la prise en charge de l'HPP. Entretien semi-directif (en anglais) avec les professionnels de santé maternelle, sélectionnés par échantillonnage. Analyse thématique via l'utilisation Outils NVivo 10	3 min de vie. Faible pratique complète de la GATPA 18 femmes / 53 ont bénéficié d'une GATPA complète soit 34,0%. <u>Etude qualitative</u> : Au total 18 professionnels ont été interviewés. 3 thèmes principaux ont été mis en évidence : Le système de santé Les connaissances, sensibilisation et utilisations des recommandations cliniques L'attitude des professionnels pour mettre à jour leurs pratiques				

Titre ; Auteurs ; Année de publication	Objectif	Méthodologie	Principaux résultats	Limites / Biais	Forces	Niveau de preuve	Points de discussion
Facility-based active management of the third stage of labour: assessment of quality in six countries in sub-Saharan Africa. Bartlett L. et al. Nov 2015.	Evaluation de la couverture et de la qualité de la GATPA dans les établissements de santé de 6 pays d'Afrique subsaharienne. Analyse de l'approvisionnement en utérotoniques Evaluation des politiques nationales, si il y'en a, et de la disponibilité des produits nécessaires pour la prise en charge de la troisième phase du travail	Type d'étude: Etude transversale menée par une observation directe dans les maternités pour évaluer la qualité des soins lors d'un accouchement normal et la prise en charge de certaines complications, prédéfinies, durant la GATPA. Etude menée entre 2009 et 2012 en Ethiopie, au Kenya, à Madagascar, Mozambique, Rwanda et dans l'Union Républicaine de Tanzanie. Pour l'observation clinique du travail et de l'accouchement, utilisation d'une checklist, propre à chaque pays, ajustées à partir des données d'une récente étude et établie principalement à partir des recomandations sur la PEC des complications de la grossesse et de l'accouchement. Les données ont été collectées en utilisant un questionnaire (ou formulaire) personnalisé sur smartphone et ordinateur portable sauf au Kenya où les données ont été collectées sur papier. Population étudiée: toutes les femmes admises en salle de travail et d'accouchement consentante à participer à l'étude. Celle présentant des complications étaient classées prioritaires pour l'observation.	AU total 2317 sur 2689 femmes observées durant la troisième phase du travail et 390 établissements de santé dotés d'une maternité ont été inclus dans l'étude 94% des femmes ont reçu de l'oxytocine ou un autre utérotonique (6%). L'oxytocine a été administré dans la minute suivant l'accouchement chez 52% des femmes. Sur l'ensemble de femmes observées, 50 ont fait une HPP et seule 1 de ces femmes n'avaient pas reçu de l'OCT La fréquence de la traction contrôlée du cordon, du massage utérin et le moment de l'administration d'utérotonique était considérablement variable entre les pays Les utérotoniques et le matériel associé étaient généralement disponibles dans les établissements. La présence de politique nationale et/ou de recommandations variait d'un pays à l'autre. Seul 377 sur 1037 (36%) des professionnels de santé interrogés avaient reçu une formation sur la GATPA les 3 années précédentes.	Le jugement incorrect des observateurs Etude limitée uniquement à l'observation de la qualité des soins dans les maternités et ne fournit pas de données sur les accouchements à domicile.	L'observation directe des accouchements pour évaluer la qualité des soins obstétricaux.	Niveau 4 Grace C	Renforce les capacités de mener des observations directes et collecter des bases de données qui pourraient-être utilisés pour d'autres recherches Mise à jour des politiques et recommandations clinique nationales au fur et à que des mises à jour sur les recommandations internationales et de nouvelles données scientifiques sont disponibles. Le système d'information de gestion sanitaire devrait inclure l'approvisionnement des utérotoniques dans les établissements de santé afin de favoriser un suivi locale de la qualité de la GATPA. La mise en œuvre de recherche devrait donner des informations sur les meilleurs moyens pour introduire et utiliser les nouvelles recommandations au niveau des établissements de santé.

RESUME

Introduction : l'hémorragie du post-partum est la première cause de décès maternel évitable, notamment dans les pays d'Afrique Subsaharienne où les ratios de Mortalité Maternel sont les plus élevés. La Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) est recommandée pour prévenir l'hémorragie du post-partum. Cependant les recommandations sur la prévention de l'hémorragie du post-partum ont été révisées depuis 2012 par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Objectifs : réaliser un état de lieux sur la GATPA en Afrique Subsaharienne et notamment sur les modalités d'utilisations des utérotoniques par les accoucheurs qualifiés dont les sages-femmes depuis 2012.

Méthodes : nous avons réalisé une revue systématique de la littérature francophone et anglophone sur différentes bases de données. Toutes les études réalisées en Afrique Subsaharienne à partir de 2012, traitant de l'hémorragie du post-partum et de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) ont été incluses.

Résultats : 12 articles ont été sélectionnés pour l'analyse. Le niveau de connaissance et de pratique de la GATPA était variable avec une faible proportion de professionnels qualifiés pratiquant correctement la GATPA (48,1 %, 46,8 %, 43,5 %, 32,8 %, et 28,2 %). La catégorie ($p = 0,007$), le niveau d'étude ($p \leq 0,001$) des accoucheurs qualifiés et la réalisation de formation sur la GATPA sont des facteurs associés à la pratique de la GATPA et d'administration des utérotoniques. De même, l'administration de l'ocytocine était associée à la surcharge de travail, l'insuffisance de personnels soignants, des conditions de travail inappropriées et la disponibilité en oxytocine ($p < 0,001$).

Discussion : Pour atteindre l'objectif 3.1 des ODD, il semble nécessaire que les instances gouvernementales des pays d'Afrique Subsaharienne, mettent en place ou poursuivent les programmes de formations des accoucheurs qualifiés. De même, il paraît primordial de corroborer les systèmes de santé en mettant à disposition des salles de naissances appropriées, un approvisionnement réguliers en matériels médicaux et en ocytocine.

Conclusion : il est important d'étudier ce sujet compte tenu du taux important de décès maternels en Afrique Subsaharienne d'autant plus que ces décès peuvent être évités. Il serait intéressant de mener une étude supplémentaire pour évaluer l'impact des programmes de formations et le déploiement des professionnels de santé qualifiés sur la mortalité maternelle liée à l'hémorragie du post-partum.

Mots-clés : «skill birth attendant», «midwifery», «post-partum hemorrhage», «active management of the third stage of labor», «oxytocin», «Subsaharan Africa».

GNITOU MBOUMBA Grâce, Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2021.