

## Gestion active de la troisième période de l'accouchement pour la prévention de l'hémorragie du post-partum : fiche d'information pour les décideurs et gestionnaires des programmes

### QUOI ?

La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) comprend trois étapes :

1. l'administration d'un médicament utéro-tonique (l'ocytocine—injection de 10 UI—est le médicament de choix) ;
2. la traction contrôlée du cordon ombilical ;
3. le massage utérin après la délivrance.

### POURQUOI ?

14 millions de cas d'hémorragie du post-partum (HPP) ou saignement excessif après l'accouchement surviennent chaque année. L'HPP est responsable d'environ 25 % des décès maternels dans le monde entier<sup>1</sup> et de près de 60 % des décès dans certains pays.<sup>2</sup> En outre, elle entraîne une morbidité importante à long terme.<sup>3</sup> La recherche a prouvé que la GATPA est une meilleure pratique qui permet de réduire :

- l'incidence de l'HPP due à l'atonie de l'utérus (c.-à-d. la défaillance de l'utérus à se contracter après l'accouchement) de près de 60 %<sup>4</sup> ;
- la nécessité d'une transfusion sanguine (avec les risques médicaux, l'hospitalisation et les coûts associés qu'elle comporte)<sup>5</sup> ;
- et, finalement, le mauvais état de santé ou la mort causés par l'HPP.<sup>3</sup>

*La gestion active de la troisième période de l'accouchement est :*

- une intervention sûre, rentable et viable ;
- un procédé plus humain et plus éthique que la prise en charge des complications de l'HPP, surtout pour les femmes souffrant déjà d'anémie ou de malnutrition<sup>2</sup> ;
- une pratique économique pour les structures sanitaires, comme l'ont montré des études menées au Guatemala, au Vietnam et en Zambie<sup>6,7</sup> ;
- un moyen d'accroître l'efficacité et l'impact économique des programmes de santé maternelle et infantile ;
- une pratique qu'ont adoptée différents types de prestataires après des sessions de formation relativement courtes assorties d'exercices pratiques ;

- Un élément important dans la réduction de la mortalité maternelle.

### QUAND ?

La GATPA doit être offerte à chaque femme, lors de chaque accouchement, par chaque prestataire qualifié, pour les raisons suivantes :

- Bien que la grande majorité des cas d'HPP ne puissent pas être prévus,<sup>2</sup> ils peuvent être prévenus grâce à la GATPA.
- L'état de santé de nombreuses femmes étant compromis par l'anémie au moment de l'accouchement—ce qui rend dangereux le moindre saignement—la réduction du saignement lors de l'accouchement peut leur sauver la vie.

### QUE peut-on faire pour accroître l'emploi de la gestion active de la troisième période de l'accouchement ?

*Le plaidoyer :*

- Soutien des politiques en faveur de l'emploi systématique de la GATPA comme l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir l'HPP (la principale cause de décès des femmes pendant l'accouchement) et sauver la vie aux femmes.
- Introduction des résultats des recherches et des directives internationales dans le dialogue de politiques et l'élaboration des politiques nationales—par ex. la déclaration conjointe de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sur la GATPA<sup>8</sup> et les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).<sup>9</sup>
- Promotion, au niveau de la communauté et de la structure sanitaire, de l'engagement à mettre à disposition et à utiliser systématiquement la GATPA pour toutes les femmes pendant l'accouchement.
- Partenariat avec les groupes d'étude régionaux, la société civile et les associations professionnelles pour promouvoir l'engagement local.

- Collaboration avec l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ainsi que d'autres donateurs et organismes coopérateurs pour obtenir du soutien en vue d'introduire la GATPA à tous les niveaux du système de santé et l'intégrer dans les directives de prestation des services.
- Soutien aux activités intersectorielles (par ex. l'amélioration de la qualité, la prévention des infections et l'accès à un prestataire qualifié au moment de l'accouchement).
- Approvisionnement en fournitures (par ex. ocytocine, aiguilles et seringues).

### La formation :

- Inclusion de la GATPA dans les programmes et activités de formation appropriés, pour les étudiants ou les personnels médicaux exerçant déjà.
- Soutien de la formation (par ex. grâce à des documents audiovisuels, des modèles anatomiques, de la documentation, des outils auxiliaires de travail et des matériels de formation).
- Organisation du suivi et de la supervision de la formation.
- Confirmation de l'autorisation et de l'autorité légale du noyau de prestataires pouvant fournir la GATPA et les services associés, y compris les injections. (Considérer les services aux niveaux de la structure et de la communauté.)
- Intégration de la GATPA dans les programmes de formation complète en matière de maternité sans risques. (Il est possible de ne développer que les compétences en GATPA si une formation complète n'est pas possible ou qu'elle a été assurée récemment.)

### La prestation des services :

- Garantie de l'existence d'une infrastructure, d'une salle de travail/d'accouchement et de services publics adéquats (par ex. eau courante, toilettes et électricité), si possible.
- Assistance à la formation par l'utilisation d'outils auxiliaires de travail et la supervision.
- Soutien à la fonction logistique (par ex. chaîne du froid avec protection contre la lumière pour les produits médicamenteux, et conditionnement et posologies appropriés pour la prophylaxie et le traitement, notamment pour l'ocytocine et/ou l'ergométrine ou la syntométrine, qui figurent sur la Liste des médicaments essentiels).

## REFERENCES

1. World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research. 2004. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Genève. Disponible sur: [www.childinfo.org/maternal\\_mortality\\_in\\_2000.pdf](http://www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf).
2. AbouZahr, C. 1998. Antepartum and postpartum haemorrhage. Dans *Health dimensions of sex and reproduction*, éditeurs C.J.L. Murray and A.D. Lopez. Boston: Harvard University Press, pp. 165–190.
3. WHO. 1994. *Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries*. WHO/FHE/MSM/94.11. Genève.
4. Prendiville, W.J., et al. 1988. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *British Medical Journal* 297(6659): 1295–1300.
5. McCormick, M.L., et al. 2002. Averting maternal death and disability: Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(3):267–275.
6. Fogarty, L., et al. 2005. *Is active management of third stage of labor cost effective for health facilities? A case-comparison study in Guatemala and Zambia*. Baltimore, MD: JHPIEGO.
7. Tsu, V., et al. 2005. *Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: Assessing the effectiveness of active management of third-stage labor*. Hanoi/Seattle: Vietnam Ministry of Health/PATH.
8. International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2003. *Joint statement: Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage*.
9. WHO, UNFPA, UNICEF, and World Bank. 2000. *Managing complications in pregnancy and childbirth*. WHO/RHR/00.7. Genève.

