

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N.....

TITRE

CONSULTATIONS POST-NATALES ENTRE
OBSERVANCE ET VECU DANS L'AIRE DE
SANTE DE L'ASACOLA 1 ET 2 DU DISTRICT
SANTAIRE DE BAMAKO

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le ... /... /2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mme Fatimata SISSOKO

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'état)

JURY

Président : Mr Boubacar MAIGA, *Professeur*

Membre : Mr Amaguiré SAYE, *Médecin*

Co- directeur: Mr Nouhoum TELLY, *Maitre assistant*

Directeur : Mr Kassoum KAYENTAO, *Directeur de recherche*

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

DEDICACES

Au nom d'Allah le très miséricordieux, le tout miséricordieux. << Gloire à Dieu. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. C'est toi l'omniscient, le sage >>. Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail : A tous les patients souffrant de cette maladie. A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé pour la réussite de ce travail.

A mon père

Toi qui as toujours cru en moi, tout le privilège est pour moi, de t'avoir comme père. Ton amour, tes conseils et l'éducation que tu m'as donnée, m'ont servi de guide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible. Un repos éternel à ton âme

A ma mère

Adorable mère, merci pour la vie, l'amour et l'éducation que tu m'as donnée.

Merci pour tous les efforts et sacrifices consentis à mon égard. Aucun mot ne peut exprimer combien tu m'es chère. Chère mère sache que ce travail est le tien.

A mes frères et sœurs

Vos conseils, votre amour, vos prières m'ont toujours guidé. Ils ont été le fruit d'un dur sacrifice pour servir de cordon à nous unir autour de nos valeurs cardinales et cela par la grâce de Dieu.

REMERCIEMENTS

Mention spéciale à toute ma famille Comment exprimer ce que je ressens ? Où trouver les mots qu'il faut pour vous remercier ? Famille d'accueil, l'hospitalité, je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien dont j'ai bénéficié auprès de vous. C'est le moment de vous témoigner toute ma gratitude. J'espère que vous allez trouver dans ce travail, le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse Allah, vous protéger, vous procurer bonne santé, vous aider à réaliser vos vœux les plus chers.

A mes amis :

Par souci de n'oublier personne je ne citerai pas de nom ; Merci pour votre concours pendant les moments difficiles ; ce travail est le vôtre.

A tous les prestataires de l'ASACOLA 1 et 2, votre collaboration a été parfaite.

A toute la 12^{ème} promotion du numerus clausus « Pr MAMADOU DEMBELE »

➤ **Au Médecin chef du CSRéf de la CIV :**

Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre abord facile m'ont fasciné durant ma formation à vos côtés. Veuillez, trouver ici Cher Maître, l'expression de mes sincères remerciements ; Ce travail est le vôtre.

➤ **A Docteur Moulaye BERTHE et à toute l'équipe du CAT-Stat**

Vous ne serez jamais remerciés assez pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Ce travail est le vôtre. Merci pour tout.

➤ **A Dr San Junior**

Merci pour tout ! Puisse, le Tout Puissant, vous accorder la santé et longue vie. Amen !

➤ **Corps Professoral et à tout le Personnel de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS)**

Pour votre enseignement et éducation scientifique. En plus du savoir, vous m'avez appris le savoir-faire et le savoir vivre. Je suis très fier d'avoir été l'un de vos apprenants. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

J'adresse mes sincères remerciements : A Tous Mes Enseignants du 1er cycle, du Second cycle et du Lycée : Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

➤ **A mes aînés :**

Merci pour l'encadrement et les conseils d'ainé. Recevez ici toute ma profonde reconnaissance et tout mon respect. A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail et dont les noms ne sont pas cités, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

➤ **Au personnel de l'ASACOLA 1 et 2 :**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Boubacar MAIGA

- PhD en immunologie à l'université de Stockholm en Suède
- Professeur titulaire en Immunologie à la FMOS
- Chef adjoint de DER des Sciences Fondamentales de la FMOS
- Médecin-chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au département des affections parasitaires (DEAP)

Cher Maître,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous. Recevez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Dr Amaguiré SAYE

- Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako,
- Chef de service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako,
- Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO)

Cher Maître,

Votre disponibilité, votre humilité, votre courage, et surtout votre rigueur pour le travail bien fait font de vous un homme admirable. Nous sommes fiers et flattés que vous ayez accepté de juger ce travail. Soyez rassuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour nous et pour les populations.

A NOTRE MAÎTRE ET CODIRECTEUR DE THÈSE

Dr Nouhoum TELLY

- MD, MPH, PhD Epidémiologie,
- Maître-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Bamako.
- Chef de Section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).
- Secrétaire général adjoint de la société malienne d'épidémiologie (SOMEPI)

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile tout au long de cette thèse. Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillés par votre façon de travailler ; vous êtes sans doute un encadreur rigoureux, méthodique. Nous garderons de vous l'image d'un homme respectueux, courageux et modeste. Nous sommes très fiers d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Kassoum KAYENTAO

- Directeur de recherche en santé publique, option épidémiologie ;
- Enseignant-chercheur au MRTC/DEAP (Malaria Research and Training Center)
- Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse au MRTC.
- Master en Biostatistique

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations, vous nous avez donné le goût de l'urologie, votre modestie, votre dynamisme, votre goût pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre ardent désir à transmettre vos connaissances aux autres font de vous un modèle pour beaucoup d'entre nous. Veuillez trouver dans ce travail cher maître l'expression de notre profonde admiration et reconnaissance

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et Produits de Santé ;

CHU : Centre Hospitalier Universitaire ;

CPON : Consultation Post Natale ;

CPN : Consultation Prénatale ;

Cm : Centimètre ;

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ;

CSRéf : Centre de Santé de Référence ;

DS : Développement Social ;

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des urines ;

EDS : Enquête Démographique et de Santé ;

EMC: Encyclopédie Médico-Chirurgicale ;

FMOS: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;

FSH: Hormone Folliculostimulante ;

FRV : Fistule Recto-Vésicale ;

FUV : Fistule Uretro-Vaginale ;

FUV : Fistule Uretero-Vaginale ;

FVV : Fistule Vésico-Vaginale ;

GnRH : Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires ou Gonadolibérine ;

HAS : Haute Autorité de Santé ;

HTA : Hypertension Artérielle ;

INSTAT : Institut National de la Statistique ;

CPS/SS : Cellule de planification et de Statistique du Secteur Santé ;

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ;

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique ;

IVA : Inspection Visuelle à l'Acide acétique ;

IVL : Inspection Visuelle au Lugol ;

LH : Hormone Lutéinisante ;

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée ;

Mg : Milligramme ;

MICS : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples ;

MI : Millilitre ;

NG : Nanogramme ;

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;

PDF : Portable Document Format ;

PF : Promotion de la Famille ;

PH : Potentiel d'Hydrogène ;

PH : Praticiens Hospitaliers ;

PU : Praticiens Universitaires ;

PRL : Prolactine ;

RH : Releasing Hormone ;

RMM : Ratio de Mortalité Maternelle ;

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali ;

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique ;

TA : Tension Artérielle ;

TDM : Tomodensitométrie ;

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population ;

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;

T° : Température ;

% : Pourcentage.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La physiologie de l'involution utérine et de la lactation dans les suites de couches	12
Figure 2: Les exercices physiques recommandés dans les suites de couches	16
Figure 3: Complications hémorragiques et infectieuses des suites de couches	20
Figure 4: Complications de l'allaitement dans les suites de couches	22
Figure 5: Complications fébriles et thrombo-emboliques des suites de couches	25
Figure 6: Complications psychiques dans les suites de couches	28
Figure 7: Contraception dans les suites de couches	32
Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'âge	39
Figure 9 : Avez-vous eu un counseling pour la planification familiale au cours de vos CPN ?.....	43
Figure 10 : Répartition des patients en fonction de la voie d'accouchement.....	44
Figure 11 : Répartition des patientes selon le respect du nombre des Consultations post- natale recommandées	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction.....	40
Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la profession	41
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la parité	41
Tableau IV : répartition des patients en fonction du désir de la dernière grossesse.....	42
Tableau V : répartition des patients en fonction des raisons du non désir de la dernière grossesse.....	42
Raisons du non désir de la dernière grossesse.....	42
Tableau VI : Répartition de patients en fonction du déroulement de la dernière grossesse.....	43
Tableau VII : répartition des patients en fonction de la nature du risque.	43
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la première consultation 24H après l'accouchement.....	45
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la deuxième consultation (48H-72h après l'accouchement)	46
Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la troisième consultation (7ème-14ème jour du postpartum).....	47
Tableau XI : répartition des patientes en fonction de la quatrième consultation (Avant la fin de la 6ème semaine).....	48
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la réalisation de la consultation pré- natale	48
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la première consultation	49
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la deuxième consultation.....	49
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la troisième consultation.....	50
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la quatrième consultation	50
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations.....	51
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les raisons qui les empêchent de venir faire la CPoN.....	52
Raisons qui les empêchent de venir faire la CPoN	52
Tableau XIX : Répartition des femmes selon le vécu	52

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau XIX : Relation entre le niveau d'instruction et le respect du nombre des CPON recommandées	53
Tableau XX : Relation entre le désir de la dernière grossesse et le respect du nombre des CPON recommandées.....	53
Tableau XXI : Relation entre le fait d'avoir reçu un counseling pour la PF au cours des CPN et le respect du nombre des CPON recommandées	54

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
2. Objectifs	4
2.1. Objectif général	4
2.2. Objectifs spécifiques	4
3. Généralités	6
4. Méthodologie	34
4.1. Cadre d'étude :	34
4.2. Type et période de l'étude	34
4.3. Population d'étude	34
4.4. Collecte des données	35
4.5. Aspects éthiques	35
4.6. Plan d'analyse et de traitement des données	35
4.7. Système de classement	36
4.8. La procédure de l'enquête	36
5. Résultats	39
6. Commentaire et discussions	56
7. Conclusion	61
8. Recommandations	62
9. Références	64
ANNEXES	ii

INTRODUCTION

Introduction

La naissance d'un enfant est en général un évènement heureux mais le postpartum est une période souvent négligée dans les maternités. Le manque de suivi pendant cette période augmente le risque de décès maternel et néonatal.(1)

Selon les normes et procédures de la consultation post-natales du Mali, le couple mère/nouveau-né doit bénéficier de trois examens systématiques en postpartum en plus du premier effectué en salle d'accouchement et lors de la surveillance des premières 24 heures. Ces trois examens ont lieu à la sortie de l'établissement sanitaire où s'est déroulé l'accouchement entre les 48^{ème} et 72^{ème} heures ; du 7^{ème} au 14^{ème} jour après l'accouchement et vers la fin de la 6^{ème} semaine (1). Si ces recommandations sont suivies dans les pays développés, ceci n'est pas le cas dans ceux en développement tel que le Mali (1).

Les services de soins postnatals sont un élément fondamental du continuum de soins obstétricaux essentiels, lesquels comprennent également les soins prénatals et l'accouchement assisté par un personnel qualifié (2). Bien délivrés, ces soins permettent de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales dans les pays à faible/moyen revenu (2). Par rapport aux autres services de santé maternelle et infantile, la couverture des soins postnatals tend à être relativement faible. L'augmentation de cette couverture a été considérée comme une priorité (3). En citant l'exemple de la République Démocratique du Congo où au moins 93% des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals et une assistance qualifiée à l'accouchement, mais seulement 35% des femmes qui accouchent reçoivent des soins postnatals (4). Au Kenya, moins de 20 % des femmes utilisent les services de soins postnatals (5).

Les deux tiers des décès maternels et néonataux se produisent dans le postpartum (6). Une grande proportion de ces décès survient au cours des premières 24 heures après l'accouchement. Les soins postnatals précoces sont importants pour la mère et le nourrisson, pour traiter les complications de l'accouchement. (7)

En 2015, le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) a baissé dans toutes les régions, bien que l'ampleur de ce déclin varie sensiblement d'une région à l'autre. Ainsi, à l'échelle mondiale, le nombre annuel de décès maternels a reculé de 43%, passant de 532000 en 1990 à 292900 en 2015 (8). Environ 99% de ces décès enregistrés dans le monde en 2015 sont survenus dans les régions en développement.

L'Afrique subsaharienne représentant à elle seule 66% des décès (8). Au Bénin, selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2014, le RMM était de 347 décès pour 100000

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

naissances vivantes avec un taux de mortalité néonatale de 37,8 pour 1000 naissances vivantes (9).

Au Mali selon EDS VI, le taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès pour 100000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années (10).

Selon la même source les femmes qui ont eu une naissance dans les 2 ans précédant l'enquête, 58% ont eu un examen postnatal au cours des deux premiers jours après la naissance (10). Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Plus de sept femmes sur dix (76%) du milieu urbain ont reçu des soins postnatals dans les délais recommandés contre 53% en milieu rural (10). Par ailleurs, les trois quarts des femmes ayant le niveau secondaire ou supérieur ont eu un examen postnatal dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement (76%) contre une femme sur deux (52%) parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction. De même, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés augmente du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 50% à 79% (10). La consultation postnatale (CPoN) peut être effectuée par un médecin gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de grossesse normale et d'accouchement eutocique. En cas de complications obstétricales, elle est assurée par un gynécologue obstétricien (11).

L'importance d'un bon suivi postnatal dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et l'absence d'étude sur ce thème dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako, nous a amené à initier ce travail.

Hypothèses de recherche

- La majorité des parturientes accouchées n'ont pas réalisé de CPoN.
- La qualité des CPoN est faible dans l'aire santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako.

OBJECTIFS

1. Objectifs

1.1. Objectif général

Etudier la qualité du suivi des mères dans le postpartum dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako.

1.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes ayant réalisées la CPoN ;
- Déterminer la fréquence des parturientes accouchées ayant effectuée une CPoN dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako ;
- Identifier la qualification des prestataires en charge de ce suivi ;
- Apprécier le respect des normes concernant le suivi des parturientes dans le postpartum dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako ;
- Identifier les raisons de la non réalisation des quatre (04) CPoN.

GENERALITES

2. Généralités

Le postpartum est une phase très particulière de la vie d'une mère et de son nouveau-né. Il représente probablement l'événement le plus important vécu jusque-là et celui qui change le plus radicalement leur vie. Il est marqué par des émotions fortes, des modifications physiques spectaculaires, l'établissement de nouveaux liens, ainsi que par l'appropriation d'un nouveau rôle et l'ajustement à ce dernier[7]. C'est une période de transition profonde, qui exige de la part de la mère une grande résistance et une grande capacité d'adaptation. Pour une jeune fille, cette période marque une accélération parfois déconcertante du processus normal de transition vers une nouvelle identité en tant que femme et en tant que mère. Le postpartum est un événement aussi bien social que personnel, dont la signification va bien au-delà des simples événements physiologiques qui le marquent. La plupart du temps il se fait sans complication. C'est une occasion de se réjouir et porte en lui une forme d'accomplissement, même si parfois la perte d'un enfant ou la naissance d'un enfant anormal est source de chagrin et de douleur [8].

Quel que soit le nombre d'accouchements vécus par une femme, le postpartum fait partie du déroulement normal du cycle de la reproduction. Les services qui respectent ce continuum devraient en être le reflet : des soins de qualité avant la naissance et durant l'accouchement peuvent préparer à un postpartum plus facile. Il est essentiel que des liens existent entre tous les niveaux et tous les types de services de santé reproductive et de santé infantile, même s'il est important de ne pas médicaliser inutilement ce moment de la vie. Des soins du postpartum de qualité sont un investissement à long terme pour la santé future des femmes et des nouveau-nés [9].

La question des rapports sociaux homme/femme déterminent en grande partie ce qui va arriver à une femme et à son nouveau-né dans le postpartum, en particulier ce qui concerne la reprise des rapports sexuels. Malgré des différences locales et régionales considérables, le statut particulier de la patiente et de son nouveau-né est très largement reconnu par la société, l'Etat et les systèmes de santé, tout comme leur droit à être protégés et à voir leurs besoins physiologiques, psycho-sociaux et culturels/environnementaux pris en compte. Toutefois, en certains endroits, ce "statut particulier" n'est pas reconnu au nouveau-né tant qu'il n'est pas jugé suffisamment solide, ou s'il n'est pas du "sexe désiré" ou présente une anomalie [8]. De la même façon, la femme dans certaines cultures peut être considérée comme "contaminée" par la "souillure" de l'accouchement et à ce titre souffrir d'exclusion. Il faut sauvegarder les droits de l'enfant et ceux de la mère et éliminer toutes les formes de discrimination. De nombreuses pratiques traditionnelles sont bénéfiques et sans danger ; alors que quelques-unes peuvent être

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

dangereuses. Il convient de préciser leur statut ; dans ce domaine précis, car changer les habitudes est un sujet sensible et un processus de longue haleine [5].

A- Définitions Opérationnelles

-Postpartum : La période du postpartum s'étend environ sur les six à huit semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou "retour de couches", sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique des nourrices. A cette époque, l'organisme a retrouvé son équilibre de non gravidité, et généralement, le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse. Période allant de la délivrance au retour de couches [9].

-Postpartum immédiat : Il correspond à la période de deux heures suivant la délivrance [10].

-Postpartum tardif : Cette période s'étend après les deux heures qui suivent l'accouchement jusqu'à 6 à 8 semaines après celui-ci, date à laquelle le retour de couches se produit dans la majorité des cas [11].

-Normes : Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises pour chaque service offert [12].

-Les procédures : Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [13].

-Soins postnatals : Ensemble de soins prodigués à la femme et à l'enfant de 24 heures à 60 jours après l'accouchement [14].

-Infection puerpérale : c'est une infection qui survient dans les 10 premiers jours après l'accouchement, et a pour porte d'entrée les voies génitales et plus précisément la surface d'insertion placentaire [14].

-Hémorragie du postpartum immédiat : Elle se définit comme une perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (<500ml) survenant après l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent celle-ci si voie basse et (<1000ml) si césarienne [15].

-Hémorragie secondaire du postpartum : est définie comme une hémorragie survenant après les premières 24 heures et dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement et nécessitant une action thérapeutique quelle qu'elle soit [16].

B- Les objectifs de la consultation postnatale

- Affirmer le retour à un état de santé physiologique de la mère sur le plan médical et psychologique.
- Évaluer brièvement l'état de santé de l'enfant.
-
- Évaluer l'établissement du lien mère-enfant.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

- Réaliser un bilan de l'évolution clinique et paraclinique d'une ou plusieurs pathologies gravidiques ou préexistantes à la grossesse (compétence du médecin généraliste ou spécialiste). Réaliser un bilan gynécologique.
- Évaluer la nécessité d'une rééducation périnéale et si besoin la prescrire.
- Adapter la contraception aux besoins et souhaits de la patiente et/ou du couple et si besoin la prescrire.

C- Intérêts de la consultation postnatale

-La consultation postnatale apparaît comme une dernière possibilité de rencontre avec un professionnel de santé avant une éventuelle prochaine grossesse. Elle permet donc de faire un bilan à la fois médical et psychologique. En effet, le professionnel de santé va devoir au moment de l'examen postnatal aider la patiente à assumer une transition facile [17].

Ainsi, cet examen doit être l'occasion d'évoquer avec la patiente le vécu de l'accouchement et des suites de couches, ainsi que les éventuelles complications qui ont pu survenir en période postnatale.

L'état de santé du nouveau-né et la qualité de la relation mère-enfant doivent être abordés.

Le professionnel de santé doit s'attacher à vérifier l'absence de troubles psychologiques du postpartum en particulier chez la femme ayant présenté une dépression pendant la grossesse.

Un examen clinique et gynécologique permet de vérifier la physiologie des suites de couches et l'intégrité de l'organisme maternel ; dans le même temps un frottis cervico-vaginal de dépistage peut être réalisé, si cette dernière date de plus de trois ans [16].

La consultation postnatale : comprend également une recherche d'incontinence sphinctérienne et va ainsi permettre la prescription de matériel et des séances de rééducation périnéale.

Le professionnel de santé doit également aborder le sujet de la contraception en l'adaptant selon les contre-indications éventuelles et le projet ultérieur d'enfant.

Enfin, la consultation postnatale doit être avant toutes choses un moment d'écoute et d'échange destiné à répondre aux interrogations des patientes et à les conseiller.

D- L'examen médical [16,17].

❖ L'interrogatoire

L'interrogatoire doit être complet et porter sur :

- Le déroulement de la grossesse en s'assurant de l'absence de pathologie, si tel était le cas la patiente doit être orientée vers son gynécologue obstétricien ;
- Le déroulement de l'accouchement (le mode d'accouchement, péridurale, épisiotomie et poids de naissance de l'enfant) ;

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

- Le vécu des suites de couches et le retour à domicile avec d'éventuelles difficultés ;
- L'alimentation du nouveau-né (allaitement au sein ou artificiel) et l'évolution du poids ;
- La persistance de saignements et le retour de couches ;
- La reprise d'une activité sexuelle et préciser l'utilisation d'une contraception ;
- L'existence d'incontinence urinaire ou anale ou autres problèmes urinaires (dysurie) ;
- L'existence de douleurs ;
- Le sommeil, l'alimentation ;
- Toutes autres difficultés perçues par la patiente.

❖ L'examen clinique général

L'examen général comprend :

- Le poids ;
- La prise de la tension artérielle ;
- La palpation des seins à la recherche d'une complication de l'allaitement maternel ou de nodules ;
- L'examen de la paroi abdominale (persistance du diastasis des grands droits par exemple) ;
- L'examen des membres inférieurs à la recherche d'une insuffisance veineuse (varices, œdèmes persistants, troubles circulatoires).

❖ L'examen gynécologique

Il comporte :

- L'examen de la vulve pour apprécier la cicatrisation d'une déchirure ou d'une épisiotomie et son retentissement sur la vie sexuelle ;
- Le contrôle de l'intégrité des mouvements de contraction volontaire des muscles périnéaux.

On recherche ainsi un prolapsus ou une béance vulvaire à l'effort de poussée ;

- La recherche d'incontinence urinaire ou anale d'effort ;
- La recherche d'hémorroïdes ;
- L'examen au speculum pour explorer le vagin et le col à la recherche de pathologies ou de prolapsus et vérifier l'absence de pertes. Un frottis cervicovaginal de dépistage ou un dépistage IVA-IVL peut être réalisé à ce moment-là ;
- Le toucher vaginal combiné au palper abdominal pour apprécier la bonne involution du corps utérin (de taille normale et non douloureux) ainsi que l'état du col et des annexes ;
- L'appréciation du testing périnéal.

L'examen gynécologique doit se terminer en s'assurant du suivi gynécologique de la patiente et le recommander fortement.

E- Les prescriptions [18].

Le prestataire est habilité à prescrire un certain nombre de médicaments figurant sur une liste fixée par le ministère de la santé. Au moment de la consultation postnatale, il devra donc s'attacher à traiter les divers troubles consécutifs à la grossesse comme les hémorroïdes, l'anémie ou encore la constipation [18].

Il devra également aborder le sujet de la contraception en informant la patiente des différentes techniques qui peuvent lui être proposées en fonction de son désir et en tenant compte des contre-indications [16].

Enfin, il pourra également prescrire des séances de rééducation périnéale et le matériel nécessaire

F- La physiologie des suites de couches

1. Sur le plan anatomique [18]

Le corps utérin après la délivrance a immédiatement le volume d'un utérus gravide de 4 mois et demi, pèse entre 1 500 et 1 700g, et mesure de 20 à 29cm. Il involue très rapidement pendant les 2 premières semaines, puis plus lentement pour retrouver un état pré-gravide (70g) de 7 à 8cm qu'au bout de 2 mois. Le mode d'accouchement, la parité, le poids de l'enfant, n'ont pas d'influence sur cette involution. Sur le plan histologique, l'œdème interstitiel disparaît, les fibres musculaires néoformées se hyalinisent et les fibres musculaires hypertrophiées reprennent leur longueur initiale [18].

Ainsi, à la septième semaine du postpartum, la moitié interne du myomètre s'est atrophiée et la moitié externe a retrouvé son aspect normal. Le segment inférieur disparaît en 2 jours et s'incorpore dans la zone de jonction corps-col.

Le col se reconstitue en 1 semaine : il retrouve sa longueur initiale, sa consistance ferme. Il est fermé à l'orifice interne, perméable à l'orifice externe jusqu'au vingtième jour. Il n'est plus punctiforme comme chez la nullipare, mais est allongé transversalement en rapport avec les déchirures commissurales de l'accouchement. Un ectropion (éversion de la muqueuse endocervicale) est fréquemment visible et persiste pendant une durée de 6 mois à 1 an ; il ne faut en aucun cas l'électro coaguler. Dans la muqueuse utérine, on différencie classiquement deux zones : la zone placentaire dont le diamètre initial est de 9cm, de coloration rouge, surélevée de 4 à 5mm, parsemée de nombreuses saillies noirâtres dues aux thromboses vasculaires (coagulation intravasculaire localisée) qui va subir une dégénérescence fibreuse, et la zone membraneuse, plane, grise rougeâtre, qui va se régénérer à partir des culs-de-sac glandulaires restants [19].

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

Sur l'aire membraneuse, l'endomètre évolue classiquement en quatre phases [19] :

- phase de régression pendant les 5 jours suivant l'accouchement : la paroi est recouverte d'un enduit fibrineux contenant des cellules déciduales en histolyse laissant place par des culs-de-sac glandulaires restés en place dans la couche profonde de l'endomètre ;
- phase de cicatrisation du sixième au vingt-cinquième jour, non dépendante de la stimulation hormonale : l'épithélium de surface est complètement reconstitué sous l'effet d'une prolifération anarchique cicatricielle banale. Cela explique l'absence d'hémorragie à l'arrêt des estrogènes lorsqu'ils sont donnés en cure courte pour enrayer la montée laiteuse ;
- phase de prolifération du vingt-cinquième au quarante-cinquième jour sous l'effet de la stimulation œstrogénique : l'endomètre présente un aspect normal de phase folliculaire. Ce n'est qu'à partir de cette période que l'on peut prescrire, si besoin est, une contraception hormonale ;
- phase de reprise éventuelle du cycle menstruel avec, chez la femme n'allaitant pas, une hémorragie de privation après le quarante-cinquième jour. L'ovulation est possible après le quarantième jour, l'endomètre prenant ensuite un aspect sécrétoire de deuxième partie de cycle. Les deux premiers cycles sont fréquemment anovulatoires mais une ovulation précède quasi constamment la troisième menstruation. En cas d'allaitement prolongé, l'aménorrhée se prolonge fréquemment sur 4 mois, puis les menstruations peuvent réapparaître même si l'allaitement est poursuivi [20].

Sur l'aire placentaire, les couches superficielles se nécrosent du deuxième au septième jour ; les vaisseaux spiralés utéroplacentaires involuent complètement (dépôts fibrinoïdes) en 15 jours et au trentième jour après l'accouchement les artérioles spiralées reprennent leur calibre et leur structure habituels. Il se produit alors une restauration épithéliale qui n'est complète que 6 semaines après l'accouchement, date à laquelle la zone placentaire ne mesure plus que 2cm. Le vagin s'atrophie rapidement, perdant la moitié de ses couches cellulaires ; il ne reprend sa trophicité qu'à partir de la stimulation hormonale du vingt-cinquième jour (en l'absence d'allaitement). Sur le plan paraclinique, tant qu'il existe une atrophie, le pH reste élevé (supérieur à 6) et les frottis montrent une majorité de cellules parabasales (50%), intermédiaires (46%) et de très rares cellules superficielles (4%) [19].

L'hymen est toujours dilacéré par le passage du fœtus et il n'en reste que les vestiges appelés les caroncules myrtiformes.

La vulve reste béante le premier jour, puis reprend sa tonicité et perd son aspect congestif [19].

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

Le périnée, en ce qui concerne les muscles superficiels et les releveurs de l'anus, retrouve sa tonicité progressivement en fonction de la qualité de l'accouchement, de la réalisation ou non d'une épisiotomie ou de la réparation correcte des déchirures [16].

Les glandes mammaires ont subi tout au long de la grossesse une hypertrophie avec développement des canaux galactophores (estrogènes) et des acini (progestérone) ; la montée laiteuse se produit 48 heures après l'accouchement sous l'effet de la prolactine (PRL) et grâce à l'effondrement des sécrétions des stéroïdes sexuels [19].

Pour l'ensemble de l'organisme, le retour à l'état antérieur est progressif et il ne faut prévoir aucun bilan morphologique avant 3 mois.

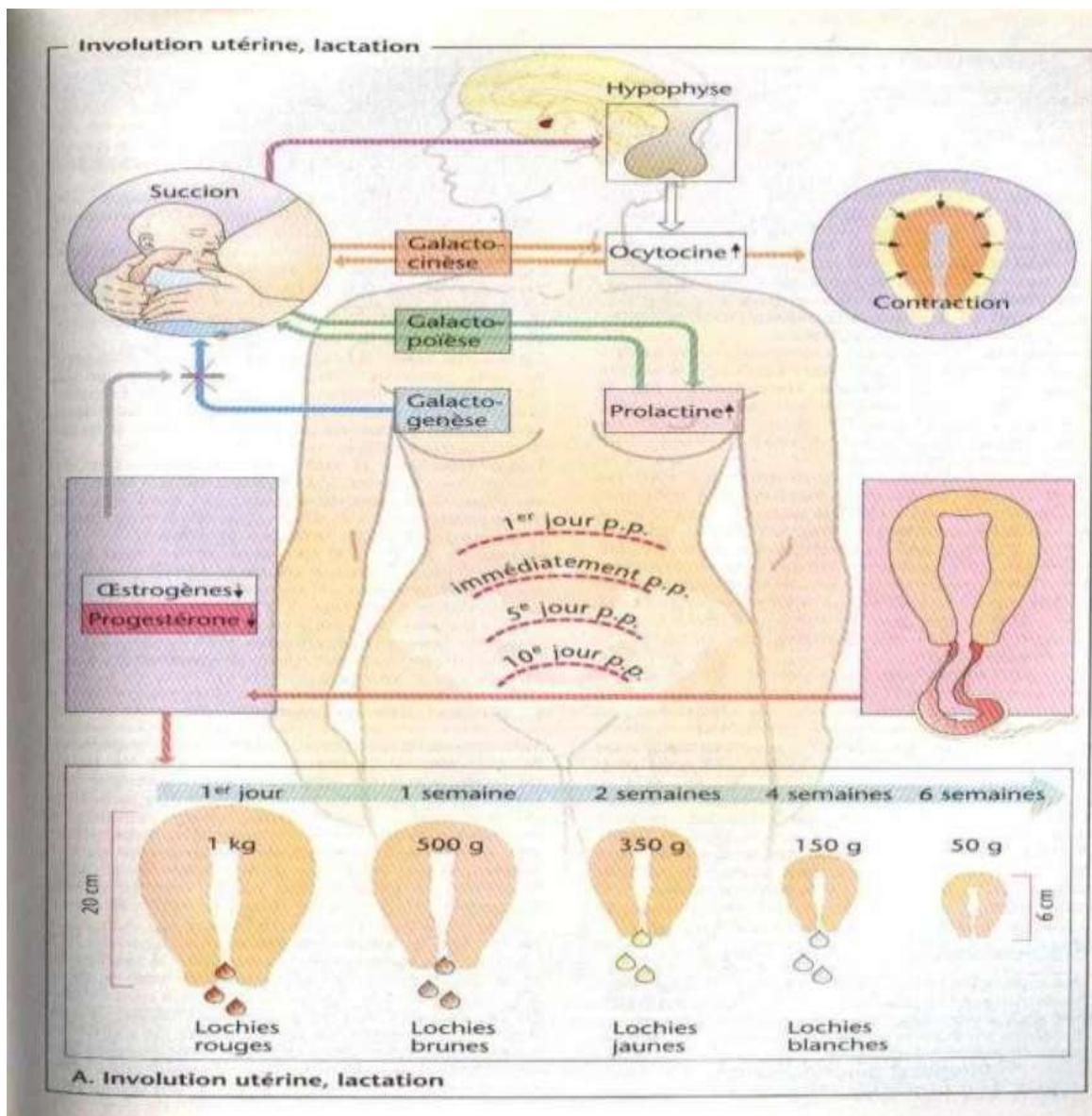


Figure 1: La physiologie de l'involution utérine et de la lactation dans les suites de couches [27].

2. Sur les plans échographique et radiologique [18]

L'involution utérine a été aussi étudiée par les techniques modernes d'imagerie médicale : échographie et analyse doppler de la vascularisation ; tomodensitométrie, résonance magnétique nucléaire. Il est utile de connaître les images normales afin d'interpréter ces examens lorsque surviennent certaines pathologies des suites de couches (particulièrement infections et thromboses).

Sur le plan radiologique, l'utérus est augmenté dans tous ses diamètres, il existe une disjonction symphysaire supérieure de 0,6cm (40%) ou des sacro-iliaques (7%), du sang est souvent présent (60%) dans la cavité, voire du gaz (20%) (surtout pendant les 3 premiers jours) ; la fréquence élevée de cette dernière image chez les femmes asymptomatiques ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'une endométrite comme l'avaient supposé les premières études, y compris lorsque ces images sont tardives, 3 semaines après l'accouchement [19,20].

Les images échographiques sont superposables aux images tomodensitométriques [21] et les dimensions de l'utérus rejoignent au vingt-huitième jour les limites supérieures de l'utérus non gravide. La ligne de vacuité utérine correspondant à une ligne hyperéchogène n'est constamment visible qu'au vingt-huitième jour. Auparavant, la cavité est dite « réelle » probablement par hématométrie (80% des cas à la deuxième semaine du postpartum) et se traduit par une zone anéchogène d'épaisseur variable, cernée de deux traits hyperéchogènes. Cette image est parfois hétérogène et limitée au tiers inférieur de la cavité utérine au début (20% pendant la première semaine du postpartum), puis s'étend à l'ensemble de la cavité [22]. Cet aspect échographique dans la cavité utérine en postpartum précoce est normal et ne doit faire l'objet d'aucun traitement chez une patiente asymptomatique [23]. Aucun signe échographique n'est susceptible d'annoncer des complications hémorragiques [23].

L'étude de la vascularisation utérine par doppler couleur montre au cours de la grossesse la disparition de l'incisure protodiastolique (notch) au plus tard à la vingt-sixième semaine d'aménorrhée, le développement d'une vascularisation à basse pulsatilité et d'un flux diastolique continu, tous ces changements étant les témoins d'un système de basses résistances périphériques. Au cours du postpartum, les résistances vasculaires évoluent en trois phases : dans les 2 jours suivant l'accouchement, le système à haute résistance vasculaire réapparaît rapidement et l'index de pulsatilité dans les artères utérines augmente significativement (passant d'une valeur moyenne de 0,7 à 1,2), le notch réapparaît (non pas tant en raison de la disparition du trophoblaste que de la diminution brutale de taille de l'utérus et des fréquentes contractions). Dans un deuxième temps, pendant la période d'involution utérine, l'index de pulsatilité utérine reste stable jusqu'à la sixième semaine du postpartum, puis dans une

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

troisième phase augmente au moins jusqu'à la quatorzième semaine du postpartum. Le flux diastolique permanent persiste encore à cette même date. Pour certains auteurs, la pathologie des suites de couches, hémorragique ou infectieuse, s'accompagnerait d'une persistance du système de résistance vasculaire basse [22].

L'hypotonie des voies urinaires et biliaires persiste pendant 3 mois et contre indique, sauf urgence, les bilans radiologiques avant cette date.

3. Sur le plan hormonal [18]

Les estrogènes s'effondrent le lendemain de l'accouchement. Leur taux va progressivement augmenter, sous l'influence de l'hormone folliculostimulante (FSH), à partir du vingt-cinquième jour si la femme n'allait pas (vers le trente-cinquième ou quarante-cinquième jour en cas de lactation).

La progestérone baisse pendant les 10 jours suivant l'accouchement et ne réapparaît au plus tôt qu'après le quarantième jour.

Les gonadotrophines hypophysaires sont basses, le test à la luteinizing hormone releasing hormone (LH-RH) est négatif pendant 25 jours après l'accouchement, puis il apparaît une remontée progressive de la FSH, précédant le pic ovulatoire de

LH (qui ne se produit jamais avant le quarantième jour après l'accouchement). La PRL augmente aussitôt après l'accouchement (entre 100 et 150ng/ml), de façon plus importante si la femme allaite (la succion provoque des pics prolactiniques dont l'amplitude décroît avec le temps), mais commence à diminuer dans tous les cas après le quinzième jour, aboutissant alors à des taux de 20 à 29ng/ml qui se normalisent en 4 à 6 semaines.

En ce qui concerne la taille de la glande pituitaire, celle-ci augmente régulièrement au cours de la grossesse (+ 120%, sans dépasser 10mm en IRM) et est à son maximum au troisième jour du postpartum (seul moment où la taille peut dépasser 10 millimètres). Ensuite, ses dimensions diminuent pour revenir à la normale en 6 mois [24].

4. Sur le plan biologique [18]

On assiste à une normalisation progressive et lente (3 mois) des principaux paramètres biologiques modifiés au cours de la grossesse : glycémie et tolérance aux hydrates de carbone, constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol, lipoprotéines).

Concernant la coagulation, il persiste pendant 2 semaines une tendance à l'hypercoagulabilité. Le fibrinogène est augmenté (multiplié par deux) et ne retrouve des valeurs normales qu'en 3 à 4 semaines. Il en est de même des autres facteurs, en particulier du complexe prothrombinique. L'activité fibrinolytique est également augmentée et se normalise en 15 jours.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

L'activine A, à son maximum à 29 semaines d'aménorrhée diminue progressivement mais reste le témoin d'un état d'hypercoagulabilité dans ces premiers 15 jours [25]. L'équilibre entre ces deux systèmes est précaire et peut donner lieu soit à une coagulation intravasculaire disséminée, soit à des phénomènes de thrombose, ce qui justifie, chez les femmes à risques, la mise en route d'une anticoagulation préventive, poursuivie au moins 6 semaines après l'accouchement.

La protéine C réactive ne permet pas une surveillance de la pathologie infectieuse des suites de couches, puisque l'on assiste à une élévation physiologique pouvant aller jusqu'à un facteur dix [26].

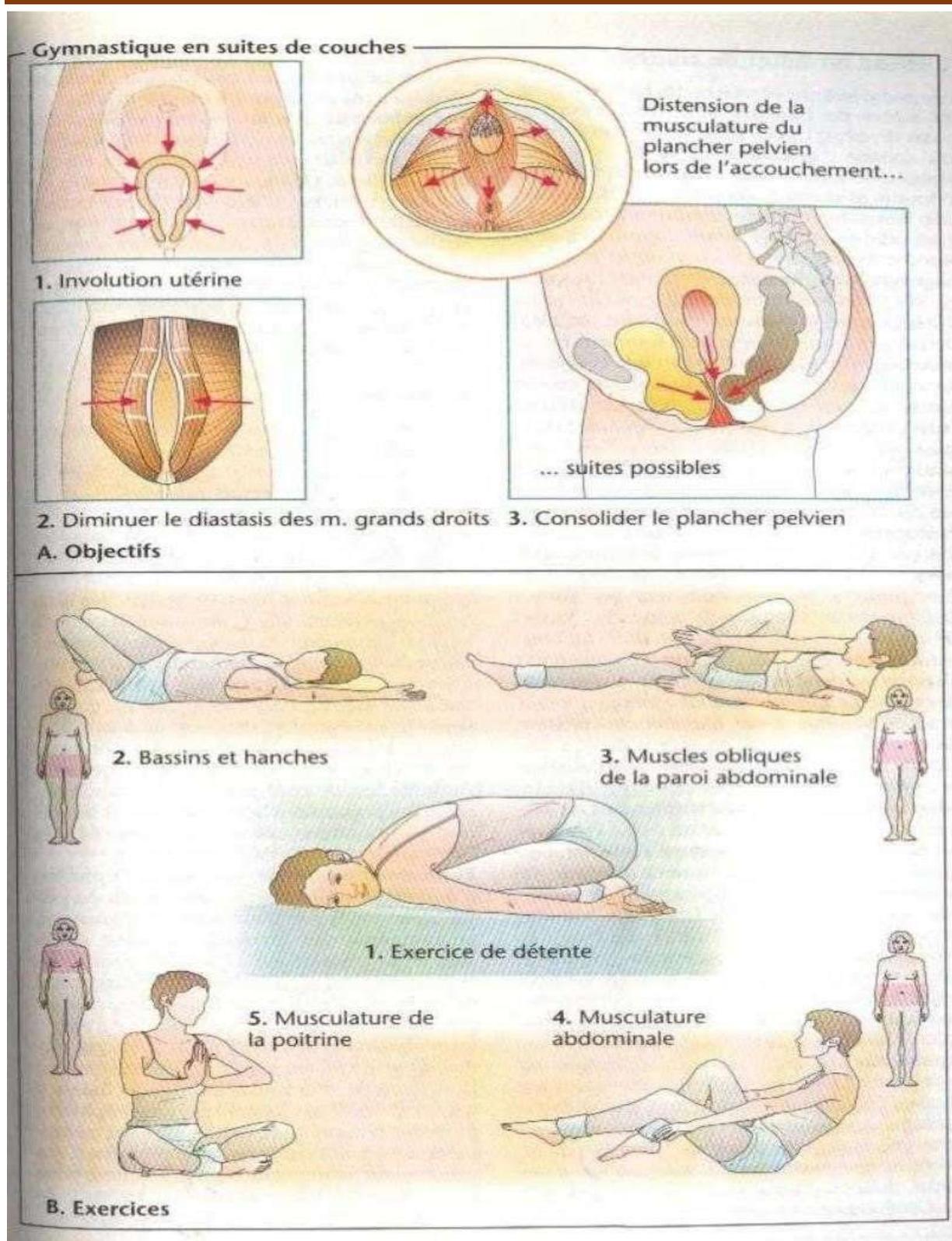


Figure 2: Les exercices physiques recommandés dans les suites de couches [27]

G- Les pathologies des suites de couches :

1-Les infections puerpérales

❖ **Endométrite**

C'est la première cause de fièvre du postpartum. Les facteurs favorisants sont : la rupture prématurée des membranes, l'accouchement dystocique, les manœuvres endo-utérines (délivrance artificielle, révision utérine). Le début est souvent précoce, 3 à 5 jours après l'accouchement. Les signes d'appel sont : une fièvre modérée à 38 °C, des douleurs pelviennes peu intenses, des lochies abondantes et malodorantes. À l'examen : l'utérus est mal involué avec une stagnation de la hauteur utérine et un col béant ; la douleur à la mobilisation utérine est présente ; les lochies sont abondantes et malodorantes. Le diagnostic est clinique. L'examen bactériologique vaginal a surtout pour but d'identifier le germe en cause pour adapter si besoin le traitement antibiotique [13].

❖ **Pelvipéritonite (abcès pelvien) :**

- Fièvre et frissons ;
- Ballonnements ;
- Douleurs abdominales basses provoquées par la palpation, ou défense ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Tuméfaction au niveau des annexes, de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas (la ponction du Douglas ramène du pus) [13].

❖ **Péritonite généralisée :**

- Fièvre et frissons ;
- Pouls filant, chute TA ;
- Maux de tête ;
- Défense ou contracture abdominale à la palpation (signes non constants) ;
- Anorexie, nausées/vomissements ;
- Anémie, fatigue ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Troubles du transit (diarrhées, arrêt des matières et des gaz etc) ;
- Choc [13].

❖ **Choc infectieux ou septicémie :**

- Fièvre ou hypothermie (refroidissement des extrémités) : Température > 38° C ou < 36° C ;
- Tachypnée > 30/mn ;

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

- Tachycardie > 120 battement par mn ;
- TA systolique < 90 mm Hg ;
- Pouls filant, respiration rapide et superficielle ;
- Agitation;
- Sueurs froides;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Ballonnement ; • Subictère.

Signes biologiques :

- Thrombopénie < 150 000 ;
- Globule blanc : inférieure à 4 000/mm³ ou supérieure à 10 000/mm³
- Na > 145 mmol/l;
- Bilirubine > 30 μmol/l [13].

❖ Lochimétrie :

La lochimétrie ou rétention des lochies est la conséquence d'une flexion anormale de l'utérus ou d'une oblitération du col, parfois même d'une rétention d'urine. La température s'élève rapidement et décrit des oscillations, le pouls et l'état général restent bons. Le diagnostic facile se base sur l'absence de tout écoulement des lochies en même temps que l'utérus est gros et mou. Le toucher intra-utérin en corrigeant la courbe permet le brusque écoulement d'un flot de sang et de caillot. A la suite de cette manœuvre le syndrome infectieux prend fin [27].

❖ La métrite parenchymateuse

Les signes précédents sont accentués ou aggravés. La courbe thermique est irrégulière avec oscillation et frissons. Le pouls rapide est parfois dissocié à la température. L'état général plus ou moins profondément altéré. Cet état peut se compliquer localement et aboutir à une gangrène utérine ou donner un abcès de l'utérus [27].

-La gangrène utérine : la malade élimine avec des lochies de lambeaux de tissus plus ou moins épais, tissus sphacelés fétides, c'est la métrite disséquante des auteurs allemands, par embolies vasculaires ou prolifération des germes anaérobies pouvant aboutir à la perforation de l'utérus par élimination d'une escarre. Un syndrome péritonéal apparaît alors rapidement et l'hystérectomie associée à un traitement général peut seul apporter la guérison [27].

-Abcès de l'utérus : Il se forme une ou plusieurs collections purulentes enkystées dans le parenchyme utérin. Le diagnostic est souvent difficile et l'affection est reconnue le plus souvent à l'intervention dans un tableau analogue à celui de la gangrène utérine [27].

❖ **Les salpingites :**

Relativement rare dans les post opératoires, les salpingites à streptocoque ont en général une symptomatologie franche : elles sont caractérisées par la perception dans un des culs de sac latéraux, plus rarement dans les deux, d'une masse annexielle mal limitée plus ou moins empâtée, douloureuse, accompagnée de fièvre et de leucocytose dans les examens biologiques. L'échographie met en évidence la masse. Le traitement est médical (les antibiotiques à large spectre), de préférence adapté à un antibiogramme [27].

2-Autres complications infectieuses

❖ **Suppuration périnéale :**

- Fièvre ;
- Douleurs périnéales ;
- Gouttes de pus à l'ablation des fils ou à la pression périnéale [13].

❖ **Infection urinaire :**

Les signes d'appel sont : une pollakiurie, des brûlures mictionnelles, des douleurs lombaires. À l'examen : les urines sont troubles, les douleurs lombaires provoquées présentes, et la bandelette urinaire positive (leucocytes, nitrites). L'ECBU confirme le diagnostic. Les principes du traitement sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse [13].

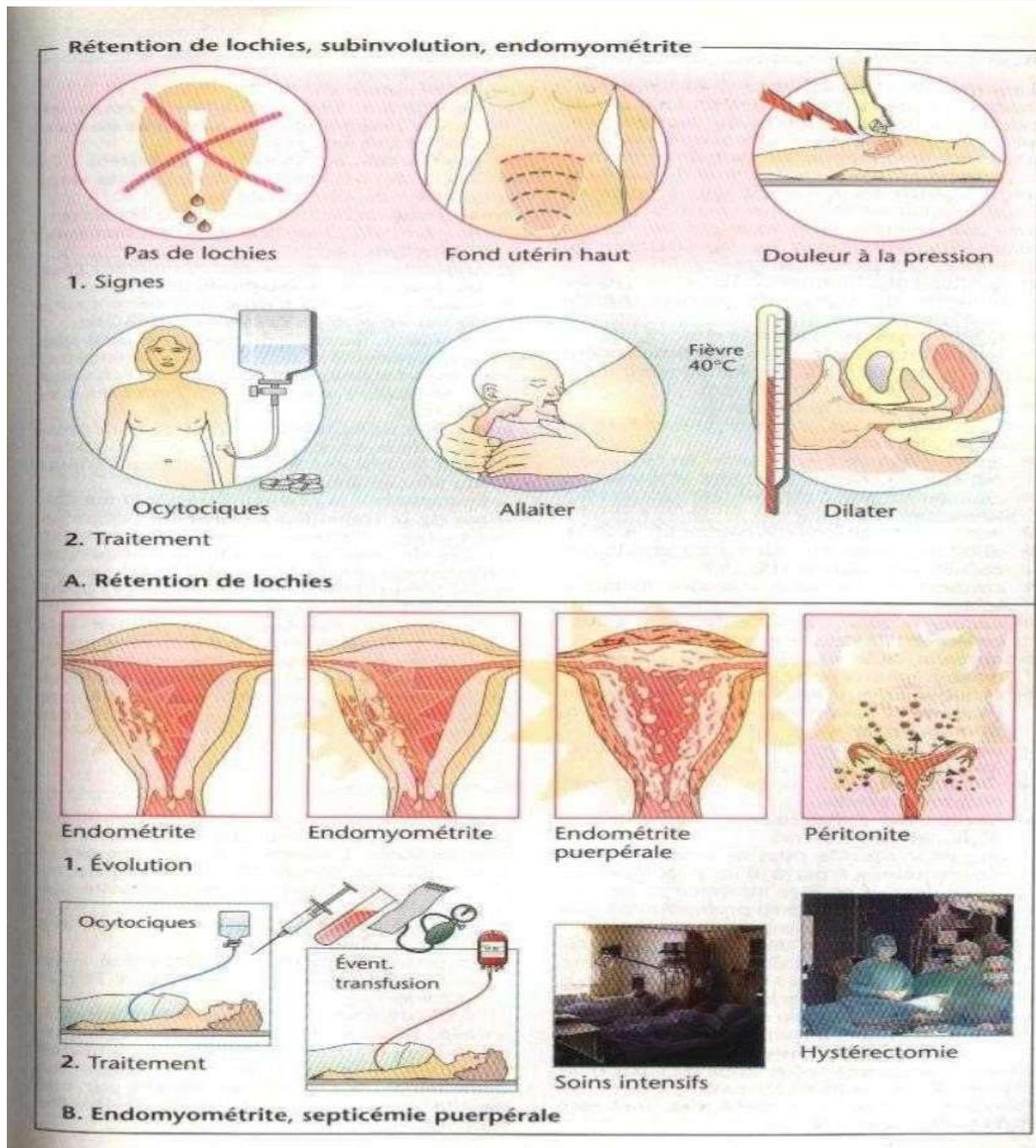


Figure 3: Complications hémorragiques et infectieuses des suites de couches [27].

❖ **Complications de l'allaitement**

Des douleurs mammaires chez une femme qui allaite orientent vers une complication de l'allaitement

○ **Engorgement mammaire**

L'événement est précoce, au 2^e-3^e jour, contemporain de la montée laiteuse. Les signes d'appel sont : une simple fébricule à 38 °C, associée à des douleurs mammaires bilatérales. À l'examen, les seins sont durs, tendus, très douloureux [13].

○ **Lymphangite**

Le début est brutal, d'un jour à l'autre, souvent 5 à 10 jours après l'accouchement, parfois plus tardif. Les signes d'appel sont : une fièvre élevée à 39-40 °C avec des frissons et des douleurs mammaires unilatérales. À l'examen, on retrouve un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse. Le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus [13].

○ **Galactophorite**

C'est un accident plus tardif, au moins 10-15 jours après l'accouchement, parfois après une lymphangite incomplètement guérie. Le début est progressif, sur plusieurs jours. Les signes d'appel sont : une fièvre modérée à 38-38,5 °C et des douleurs mammaires unilatérales. À l'examen, on retrouve des douleurs de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre. Le lait recueilli sur un coton est mélangé à du pus (signe de Budin) [13].

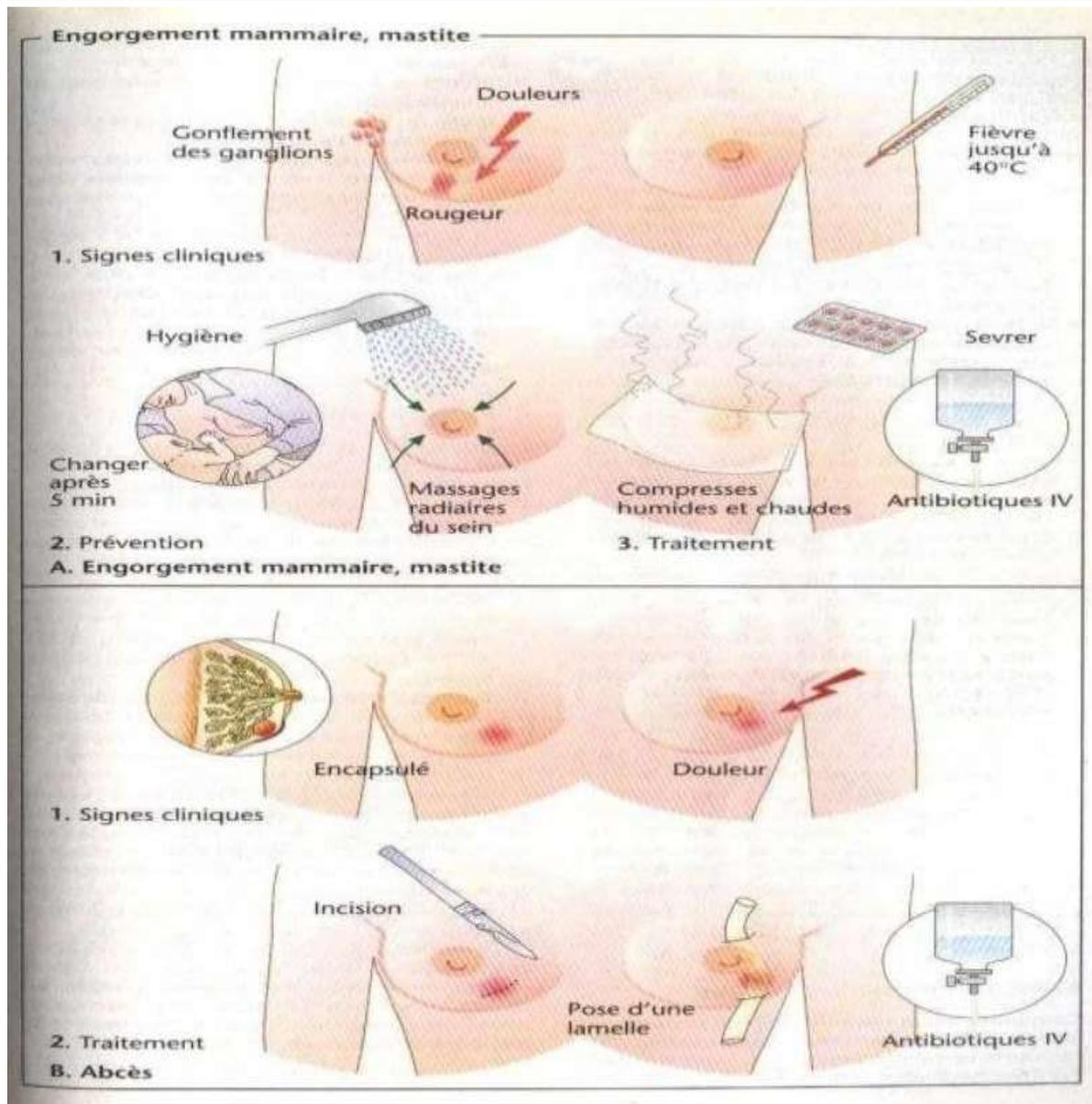


Figure 4: Complications de l'allaitement dans les suites de couches [27].

❖ **Principales causes d'hémorragie génitale pendant les suites de couches et signes cliniques d'orientation**

On distingue les hémorragies précoces, en rapport avec une inertie utérine, une endométrite ou une rétention placentaire, et les hémorragies tardives, réalisant un retour de couches hémorragiques, en rapport avec une anomalie transitoire de la réceptivité aux œstrogènes.

○ **Inertie utérine isolée**

Elle donne plutôt une hémorragie de la délivrance mais peut n'apparaître qu'après la période de la délivrance ou succéder à une hémorragie de la délivrance en apparence maîtrisée. Les facteurs favorisants sont : la multiparité, un accouchement dystocique, une sur-distension

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

utérine (grossesse multiple, macrosomie, hydramnios), une rupture prématurée des membranes. Le début est très précoce, pendant les trois premiers jours. À l'examen, l'utérus est non rétracté, mou, dépassant l'ombilic, mais sans signe d'endométrite ; la température est normale ; les lochies sont non malodorantes ; les douleurs pelviennes spontanées ou provoquées à la mobilisation utérine sont absentes. Les principes du traitement sont le massage utérin et les utéro-toniques (ocytocine ou analogues des prostaglandines en l'absence de contre-indication) [10].

o Endométrite hémorragique

Les facteurs favorisants sont : la rupture prématurée des membranes, l'accouchement dystocique, les manœuvres endo-utérines. Début plus tardif, trois jours ou plus après l'accouchement. À l'examen, l'utérus est non involué et mou ; la fièvre à 38-38,5 °C, les lochies malodorantes, les douleurs pelviennes spontanées et provoquées à la mobilisation utérine. Les principes du traitement sont les mêmes que précédemment, mais les ocytociques sont ici indispensables [10].

o Rétention placentaire

C'est une rétention partielle de débris placentaires ou de membranes. Elle peut être isolée ou entraînée une inertie utérine ou une endométrite. Il faut vérifier le compte rendu de l'examen macroscopique du placenta et des membranes, obligatoirement mentionné dans le dossier d'accouchement. Il n'y a pas de signes cliniques spécifiques. Le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne, indispensable devant une hémorragie sévère ou mal expliquée ou rebelle au traitement médical. Les principes du traitement sont la révision utérine prudente (utérus très fragile) au doigt ou à la grosse curette mousse et sous contrôle échographique. Une antibiothérapie est généralement associée, même en l'absence d'infection utérine patente [10].

o Retour de couches hémorragiques

Il réalise une hémorragie tardive survenant brutalement plusieurs semaines après l'accouchement. L'examen clinique est pauvre, avec une absence de fièvre et de douleurs pelviennes, un utérus involué, un col utérin fermé, des pertes non malodorantes. À l'échographie, l'utérus est involué et vide avec un endomètre fin. L'objectif de l'examen est surtout d'éliminer une endométrite ou une rétention placentaire, rare à ce stade mais encore possible. Les principes du traitement sont l'administration d'œstrogènes en l'absence de contre-indication [10].

❖ **Principales formes de thrombose veineuse du postpartum et signes cliniques d'orientation**

Les suites de couches sont une période à haut risque de thrombose veineuse. On distingue les thromboses veineuses superficielles, les thromboses veineuses profondes et les phlébites pelviennes. Les facteurs favorisants sont : l'âge > 40 ans, la multiparité, l'obésité, les varices, l'accouchement dystocique ou par césarienne, les affections cardiaques, les antécédents thromboemboliques. La prévention est essentielle : avec un lever précoce chez toutes les patientes, une contention veineuse en cas de mauvais état veineux, éventuellement un traitement préventif par héparine en fonction de l'importance des facteurs de risque [10].

○ **Thrombose veineuse superficielle**

Elle réalise un cordon induré et douloureux sur le trajet d'une veine superficielle. Elle est par elle-même sans danger mais peut être associée à une thrombose veineuse profonde – exploration écho-doppler systématique [10].

○ **Thrombose veineuse profonde**

Elle expose au risque d'embolie pulmonaire et engage le pronostic vital. Le début est progressif, souvent au cours de la deuxième semaine. Les signes d'appel sont : une fièvre modérée (37,5-38 °C) et inconstante, une accélération du pouls, une douleur unilatérale du mollet, du pli de l'aîne ou une sensation de jambes lourdes.

À l'examen bilatéral et comparatif, on retrouve un discret œdème (mesure du périmètre de la jambe), une chaleur du mollet, une douleur provoquée au niveau du mollet à la palpation profonde et à la dorsiflexion du pied (signe de Homans). Au moindre doute, il faut demander une étude écho-doppler des membres inférieurs.

Les principes thérapeutiques sont l'héparine et la contention veineuse, le relais par les anti vitamines K après la régression de la thrombose, la surveillance régulière du bilan de coagulation [10].

○ **Phlébite pelvienne**

Elle complique une endométrite. Il faut y penser devant une endométrite sévère et rebelle au traitement antibiotique. Les éléments du diagnostic ne sont pas spécifiques : signes urinaires (dysurie, pollakiurie, rétention d'urines), signes intestinaux (ballonnement, ténésme), douleur d'un paramètre au toucher vaginal.

C'est leur association à l'endométrite qui est évocatrice. L'échographie et la TDM permettent de contribuer au diagnostic. Les principes thérapeutiques sont héparine et antibiotiques [10].

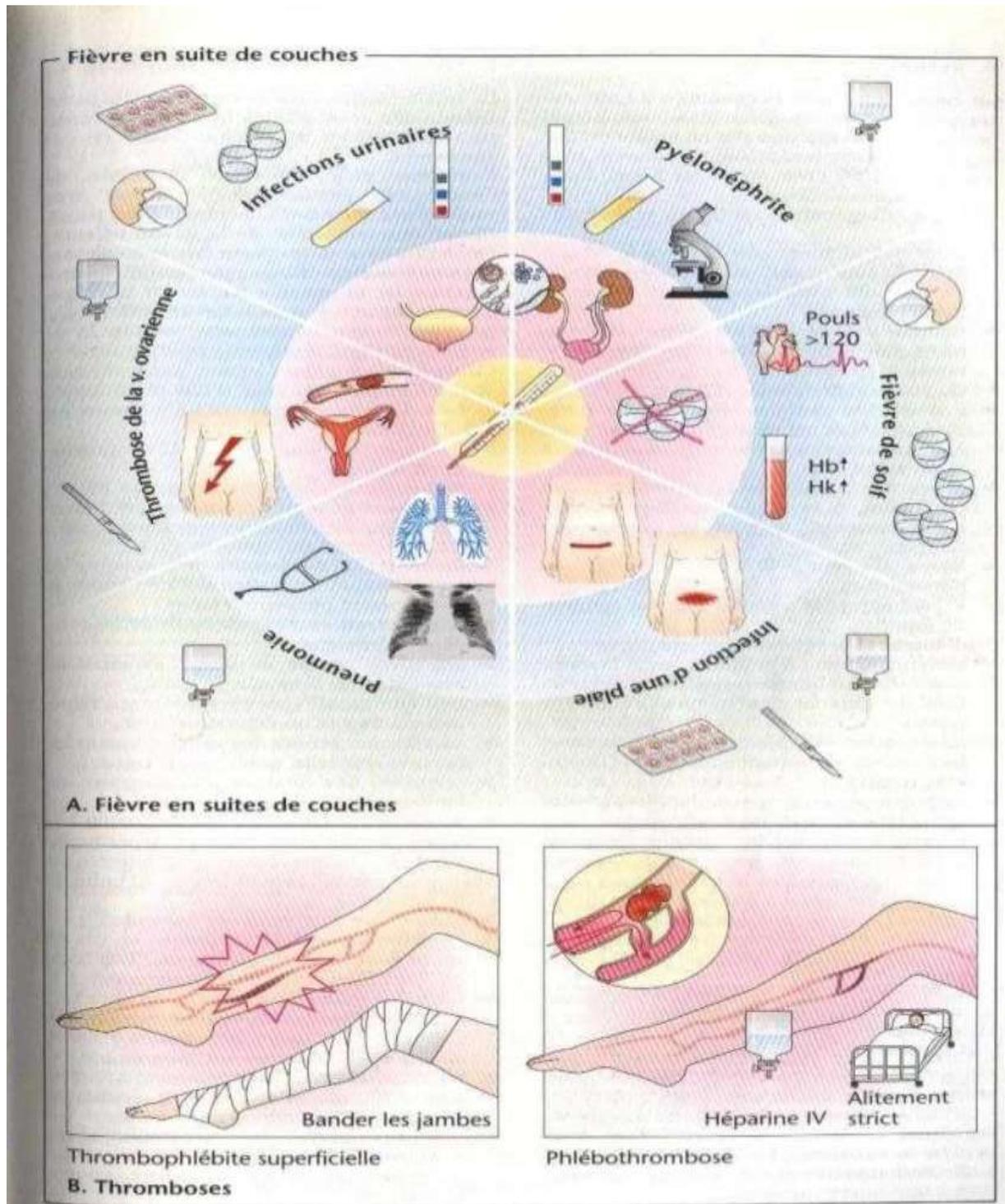


Figure 5: Complications fébriles et thrombo-emboliques des suites de couches [27].

❖ **Relâchement symphysaire :**

- Douleur au niveau de la symphyse pubienne ;
- Impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

❖ **Fistules vésico-vaginales**

Communication acquise entre les voies génitales et les voies urinaires, notamment entre :

- la vessie et le vagin (F.V.V) ;
- le vagin et le rectum (F.R.V) ;
- la vessie et l'urètre (Fistule Uretro-Vaginale : F.U.V) ;
- l'uretère et le vagin (Fistule Uretero-Vaginale : F.U.V).

Ces fistules surviennent principalement comme complication de l'accouchement dystocique.

○ **Eléments de diagnostic :**

- Incontinence urinaire par fuite permanente des urines par le vagin et/ou des selles en cas d'association de fistule recto-vaginale ;
- Disparition de l'envie d'uriner chez la femme ;
- Absence de globe vésical ;
- la patiente dégage une odeur d'ammoniac [13].

❖ **Les psychopathologies du postpartum**

Par ordre de fréquence et d'apparition, on peut observer différents types de troubles mentaux :

- ✓ Le « postpartum blues » ;
- ✓ La dépression post-natale ;
- ✓ La psychose du postpartum ou psychose puerpérale.

a) Le « postpartum blues » (PPB)

Il s'agit d'une pathologie fréquente et fugace, décrite par Yalom (1968) et Pitt (1968). Elle apparaît par définition dans les 10 premiers jours après l'accouchement avec un maximum de fréquence au 3^e et 5^e jour. Elle touche entre 20 et 80 % des femmes. Sa symptomatologie est polymorphe : crises de larmes, labilité de l'humeur et irritabilité sont au premier plan avec d'autres troubles du type altération du sommeil, de l'appétit, et des signes physiques : lassitude, fatigue, etc.

Anxiolytiques dans la majorité des cas inutiles. Le soutien de l'entourage et l'encadrement de l'équipe soignante suffit généralement [27].

b) La dépression postnatale

Fréquence : 10 à 15 %.

Début dans les 6 à 8 semaines du postpartum.

Les signes cliniques sont : la tristesse, l'anxiété, le désintérêt, le sentiment d'incapacité.

Les symptômes sont souvent cachés par la culpabilité à ne pas être dans le bonheur.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

Le traitement est celui d'un état dépressif : antidépresseurs, accompagnement psychothérapeutique et réaménagement du cadre de vie [27].

c) Les psychoses puerpérales

Fréquence : 2 cas/5000 accouchements.

Débutent dans les 2 à 3 premières semaines après l'accouchement.

Les signes cliniques sont : agitation maniaque, physique et psychique, les états mélancoliques profonds ou les bouffées délirantes.

Il existe un risque de suicide ou infanticide.

Nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique [27].

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako

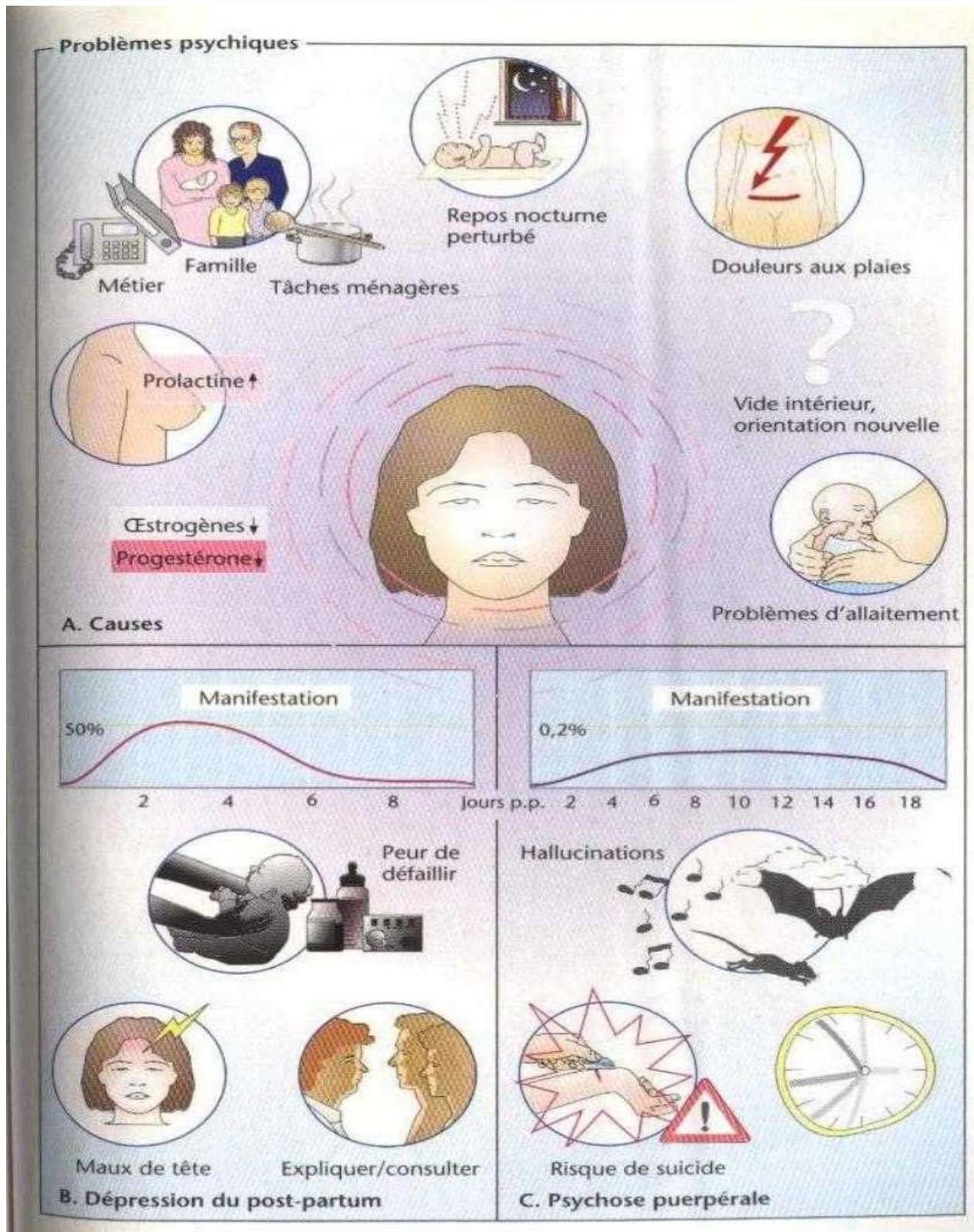


Figure 6: Complications psychiques dans les suites de couches [27].

H- La contraception du postpartum

L'établissement d'un projet contraceptif apparaît souvent dans ce contexte déplacé, parfois mal interprété. La patiente est rarement demandeuse d'une information contraceptive du fait de son manque de disponibilité à la recevoir et cela représente par conséquent une préoccupation secondaire [28].

1. Les méthodes contraceptives

❖ En cas d'allaitement maternel

L'allaitement constitue, à condition d'être exclusif, une méthode contraceptive fiable et efficace jusqu'à 6 mois : il s'agit de la méthode **MAMA** (**M**éthode d'**A**llaitement **M**aternel et de l'**A**ménorrhée) dont l'efficacité est de 98 % [29]. La difficulté de cette technique contraceptive est de dater le retour de couches, puisqu'il n'est pas prévisible. Ces deux données justifient pleinement de proposer une contraception aux femmes allaitantes.

La prise d'une contraception orale durant l'allaitement a fait l'objet de nombreux débats quant à son retentissement sur la qualité et la quantité du lait maternel.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre indique, elle aussi, la prescription d'œstroprogestatifs dans les 6 mois de postpartum en cas d'allaitement maternel.

❖ En cas d'allaitement artificiel

En l'absence de contre-indication, la contraception œstroprogestative orale ou par patch est préférable, du fait de son efficacité et de sa tolérance, et ce, à partir de j21 afin de limiter le risque thromboembolique. La contraception micro progestative peut également être prescrite sans risque dès la sortie de la maternité. Concernant l'anneau vaginal œstroprogestatif, il peut être prescrit dès j21 après une césarienne et au bout de 2 mois en cas d'accouchement par voie basse, le temps d'une récupération périnéale compétente. Cet anneau peut alors représenter une méthode de relais d'un autre moyen de contraception du postpartum immédiat en l'absence de béance vulvaire [30].

2. Autres méthodes contraceptives

❖ Les méthodes locales ou « barrières »

Le préservatif masculin n'a aucune contre-indication. En cas d'allergie au latex, il faut penser au polyuréthane. Il est particulièrement adapté durant cette période de faible fécondité avec rapports peu fréquents. Les capes cervicales, éponges, diaphragmes et préservatifs féminins représentent une alternative pertinente, efficace si l'utilisation en est rigoureuse. Ils ne sont proposés qu'à partir du deuxième mois du postpartum après un accouchement voie basse et à

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

j25 en cas de césarienne. Le préservatif féminin peut être utilisé dès j21 quel que soit le mode d'accouchement [30].

Concernant les spermicides, seul le chlorure de benzalkonium ou miristalkonium, qui ne traverse pas la barrière vaginale, est autorisé pendant l'allaitement, à partir de j21.

❖ Les macro-progestatifs

Utilisés en discontinu par voie orale, ils sont peu ou pas utilisés en postpartum (action atrophiante, métabolique et vasculaire).

Les progestatifs retardés injectés par voie intramusculaire peuvent être administrés dès la fin de la première semaine chez la femme qui n'allait pas, et dès la fin du premier mois pour les femmes qui allaitent. Cent cinquante milligrammes d'acétate de médroxyprogestérone assurent une couverture contraceptive de trois mois. Ils sont à l'origine d'une atrophie de l'endomètre occasionnant parfois la survenue d'un spotting et d'une aménorrhée. [30].

❖ La contraception d'urgence

Le lévonorgestrel (un comprimé à 1,5 mg à prendre le plus tôt possible après le rapport sexuel) constitue une méthode de rattrapage utile, à tout moment, et peut être utilisé pendant l'allaitement. Il est recommandé aux patientes d'allaiter juste avant la prise de la contraception d'urgence puis d'interrompre l'allaitement au minimum 8 heures. La fraction de grossesse prévenue varie de 95 % quand la prise a lieu avant 24 heures ; 85 % quand la prise est faite entre 24 et 48 heures, et 58 % quand le comprimé est pris entre 48 et 72 heures. Il est conseillé de parler de la contraception de secours par le lévonorgestrel en maternité et de le prescrire aux femmes qui le souhaitent car une enquête canadienne a montré que les femmes avaient plus facilement recours à la contraception d'urgence en cas de nécessité quand elles l'avaient déjà à domicile [30].

❖ La stérilisation tubaire à visée contraceptive

Il faut se méfier de principe des stérilisations du postpartum immédiat, période particulièrement riche d'affects et de changement dans la vie du couple où les demandes de dé stérilisation sont plus fréquentes. En cas d'accouchement par voie basse, elle peut être réalisée au deuxième jour par mini laparotomie ombilicale. La stérilisation par voie hystéroscopique peut s'organiser dès le quatrième mois tout comme la ligature tubaire per coelioscopique (conformément au délai de réflexion légal). Il n'est pas rare de réaliser cette stérilisation lors d'une césarienne en cas d'utérus multi-cicatriciel si les risques materno-fœtaux encourus lors d'une prochaine grossesse paraissent importants pour le chirurgien (stérilisation sur indication médicale) [30].

❖ **Le dispositif intra-utérin**

Insertion DIU intervalle : le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle dès la fin des règles: Si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

Insertion du DIU post-partum :

-Post-placentaire : Insertion effectuée dans les 10 minutes qui suivent l'expulsion du placenta, suite à un accouchement par voie basse.

-Post-partum immédiat : Insertion effectuée après la période post-placentaire, mais dans les 48 heures qui suivent l'accouchement et avant que la cliente quitte le centre de santé.

-Per-césarienne : Insertion ayant lieu après un accouchement par césarienne, avant que l'incision de l'utérus soit suturée.

-Post-abortum : Le DIU est inséré après un avortement [31].

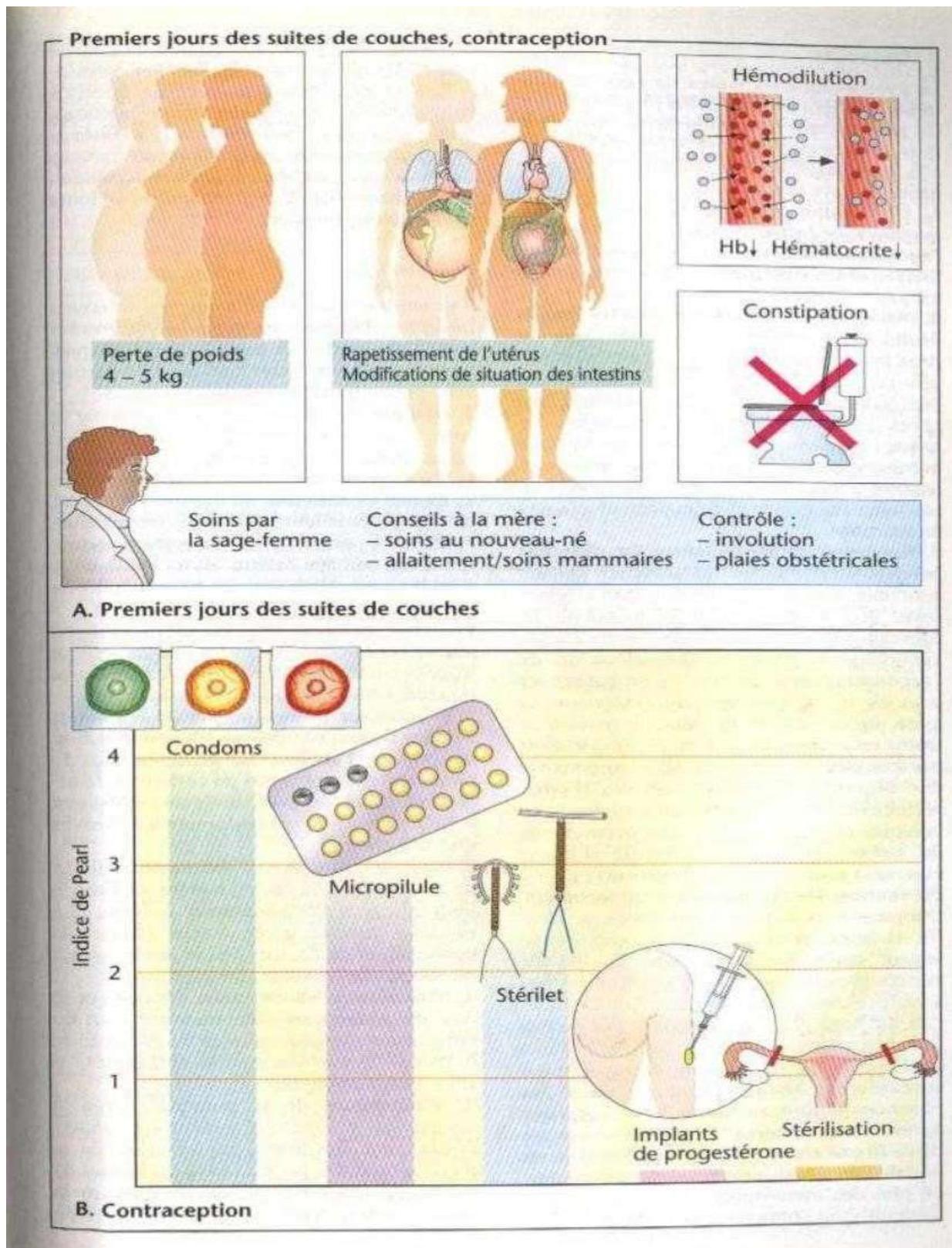


Figure 7: Contraception dans les suites de couches [27].

METHODOLOGIE

3. Méthodologie

3.1. Cadre d'étude :

L'étude a lieu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako.

3.2. Type et période de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive avec une période de collecte des données prospective sur 3 mois, allant du 1^{er} juin au 30 Aout 2022.

3.3. Population d'étude

Toutes les parturientes ayant effectuées leur suivi postnatal dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 durant notre période d'étude.

❖ Echantillonnage :

Nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude pour estimer des proportions à travers la formule de DANIEL SCHWARTZ :

$$n = z^2 \cdot \frac{P \cdot Q}{i^2}$$

n : taille de l'échantillon

P = fréquence de résultat = 0,5 pour maximiser la taille de l'échantillon (la valeur la plus conservatrice selon la littérature)

q : 1-p = 0,5

i : la précision absolue souhaitée = (+/-) 5 %

Z : valeur dépendante du risque d'erreur alpha (pour alpha=0,05 ; Z=1,96)

$$n = (1,96)^2 \frac{(0,5)(0,5)}{(0,05)^2} = 384$$

n=384

La taille minimum d'échantillon est de 384

a) Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude :

- Toutes les parturientes ayant effectuées leur suivi postnatal dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 ou 2 durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'enquête.

b) Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans cette étude :

- ✓ Les parturientes dans le postpartum ayant accouchées dans d'autres aire de santé mais venues consulter dans notre aire de santé ;
- ✓ Les parturientes ayant refusées de participer à notre étude.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

- ✓ Les parturientes reçues en dehors de la période d'étude

c) Technique de l'échantillonnage

Il s'agissait d'un recrutement systématique de toutes les parturientes qui ont bénéficié de surveillance postnatale dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako pendant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'enquête.

3.4. Collecte des données

La collecte des données a été faite sur des fiches de collecte individuelles.

La technique de collecte des données était l'observation des prestataires de services dans la tâche, l'entretien avec les patientes et l'exploitation des supports.

Variables étudiées

- + L'Age ;
- + Le niveau d'instruction ;
- + La parité ;
- + Le suivi de la grossesse ;
- + La surveillance du postpartum ;
- + Le nombre de CPON réalisé par chaque accouchée ;
- + Les paramètres recherchés au cours des différentes visites postnatales ;
- + Les facteurs limitants les patientes à fréquenter les services postnatals ;
- + La qualification des prestataires.

3.5. Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figureraient sur aucun document relatif aux résultats de cette étude. La participation volontaire a été un volet pieux de notre étude avec le consentement éclairé de toutes les participantes. Les participants étaient informés que participation à l'enquête que nous allons mener ne leurs apportera ni avantage ni inconvénient. Ce travail est purement scientifique et concerne l'évaluation de la qualité du suivi des mères dans la période postnatale.

3.6. Plan d'analyse et de traitement des données

La saisie des données, l'élaboration des tableaux ont été effectuées à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2016, Microsoft Office Excel 2016 et l'analyse statistique des données a été faite à partir du logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le Khi^2 avec un seuil significatif fixé à 5%. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les conditions du test de Khi^2 n'étaient pas vérifiées.

3.7. Système de classement

La qualité des consultations postnatales a été appréciée par une moyenne calculée à partir des scores obtenus sur les scores attendus multipliés par 100 lors de la réalisation des variables discriminatoires.

L'analyse a porté sur une échelle d'appréciation :

Les CPoN sont dites :

- ✓ De très bonne qualité si 75-100% des variables discriminatoires sont réalisées ;
- ✓ De bonne qualité si 50-74% des variables discriminatoires sont réalisées ;
- ✓ D'assez bonne qualité si 25-49% des variables discriminatoires sont réalisées ;
- ✓ De mauvaise qualité si moins de 25% des variables discriminatoires sont réalisées.

3.8. La procédure de l'enquête

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.

Un counseling et des questions relatives aux CPoN ont été effectués avant la sortie des patientes de la maternité, après avoir obtenu leur consentement verbal.

3.9. Définitions Opérationnelles

-Postpartum : La période du postpartum s'étend environ sur les six à huit semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou "retour de couches", sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique des nourrices. A cette époque, l'organisme a retrouvé son équilibre de non gravidité, et généralement, le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse. Période allant de la délivrance au retour de couches [9].

-Postpartum immédiat : Il correspond à la période de deux heures suivant la délivrance [10].

-Postpartum tardif : Cette période s'étend après les deux heures qui suivent l'accouchement jusqu'à 6 à 8 semaines après celui-ci, date à laquelle le retour de couches se produit dans la majorité des cas [11].

-Normes : Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises pour chaque service offert [12].

-Les procédures : Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [13].

-Soins postnatals : Ensemble de soins prodigués à la femme et à l'enfant de 24 heures à 60 jours après l'accouchement [14].

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

-Infection puerpérale : c'est une infection qui survient dans les 10 premiers jours après l'accouchement, et a pour porte d'entrée les voies génitales et plus précisément la surface d'insertion placentaire [14].

-Hémorragie du postpartum immédiat : Elle se définit comme une perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (<500ml) survenant après l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent celle-ci si voie basse et (<1000ml) si césarienne [15].

-Hémorragie secondaire du postpartum : est définie comme une hémorragie survenant après les premières 24 heures et dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement et nécessitant une action thérapeutique quelle qu'elle soit [16].

RESULTATS

4. Résultats

Pendant cette période nous avons recensé 400 consultations post-natales sur un total de 755 accouchements soit une fréquence de 52,98.

Parmi ceux ayant réalisé une CPoN, 100% avaient réalisé la première consultation, seulement 8,0% avaient réalisé la deuxième consultation, 94,5% avaient réalisés la troisième consultation, 89,5% avaient réalisés la quatrième consultation.

A- Caractéristiques socio- démographiques et cliniques de la femme

A-1- Caractéristiques socio- démographiques

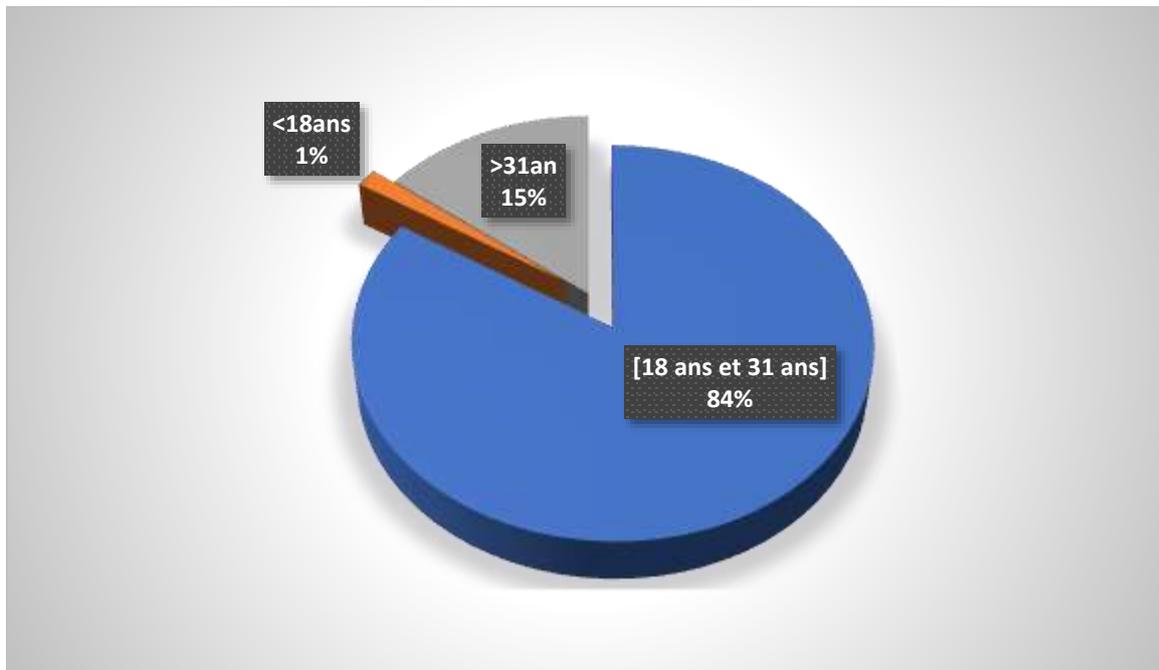


Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'âge

La tranche d'âge des femmes de 18-31 ans était la plus représentée avec 84%

L'âge moyen de nos femmes était de $25,96 \pm 4,90$ ans

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau I : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Ecole coranique	22	5,5
Non scolarisée	102	25,5
Primaire	119	29,8
Secondaire	112	28,0
Supérieur	45	11,3
Total	400	100,0

Environ 29,8% de nos patients avaient un niveau d'étude primaire.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	223	55,75
Monitrice	8	2
Coiffeuse	18	4,5
Commerçante	40	10,0
Couturière	8	2,0
Diplômée sans emploi	16	4,0
Élève	28	7,0
Enseignante	10	2,5
Étudiante	23	5,8
Teinturière	10	2,5
Autres*	16	4
Total	400	100,0

Plus de la moitié de nos patientes étaient des ménagères, soit 55,75%.

* : Agent commercial (2), Aide-soignante (2), Esthéticienne (4), Infirmière (4), Ingénieur commercial (2), Secrétaire (2)

A-2- Caractéristiques cliniques

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Grande multipare	6	1,5
Multipare	89	22,3
Pauci pare	184	46,0
Primipare	121	30,3
Total	400	100,0

Environ 46% de nos patients étaient des Pauci pares.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau IV : répartition des patients en fonction du désir de la dernière grossesse

Desire de la dernière grossesse	Fréquence	Pourcentage
Non	48	12,0
Oui	352	88,0
Total	400	100,0

La majorité de nos patients désiraient leurs dernières grossesses, soit 88% contre 12% des dernière grossesse qui étaient non désirée.

Tableau V : répartition des patients en fonction des raisons du non désir de la dernière grossesse

Raisons du non désir de la dernière grossesse	Fréquence	Pourcentage
Traditions	18	37,5
Pauvreté	14	31,11
Refus de son mari	8	16,66
Etudes	6	12,5
Pas pour le moment	2	4,16
Total	48	100,0

Chez les patients n'ayant pas le désir de la dernière grossesse, 37,5% étaient dû à la tradition.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau VI : Répartition de patients en fonction du déroulement de la dernière grossesse.

Déroulement de la dernière grossesse	Fréquence	Pourcentage
A risque	12	3,0
Normal	388	97,0
Total	400	100,0

La dernière grossesse s'est déroulée normalement chez 97% des femmes.

Tableau VII : répartition des patients en fonction de la nature du risque.

Nature du risque	Effectif	Pourcentage
HTA	4	1
Rupture précoce de la poche des eaux	3	0,75
Problème de dilatation du col	3	0,75
Gros fœtus	2	0,5

Chez les patientes à risque, l'HTA était le facteur de risque le plus représenté, soit 1%.

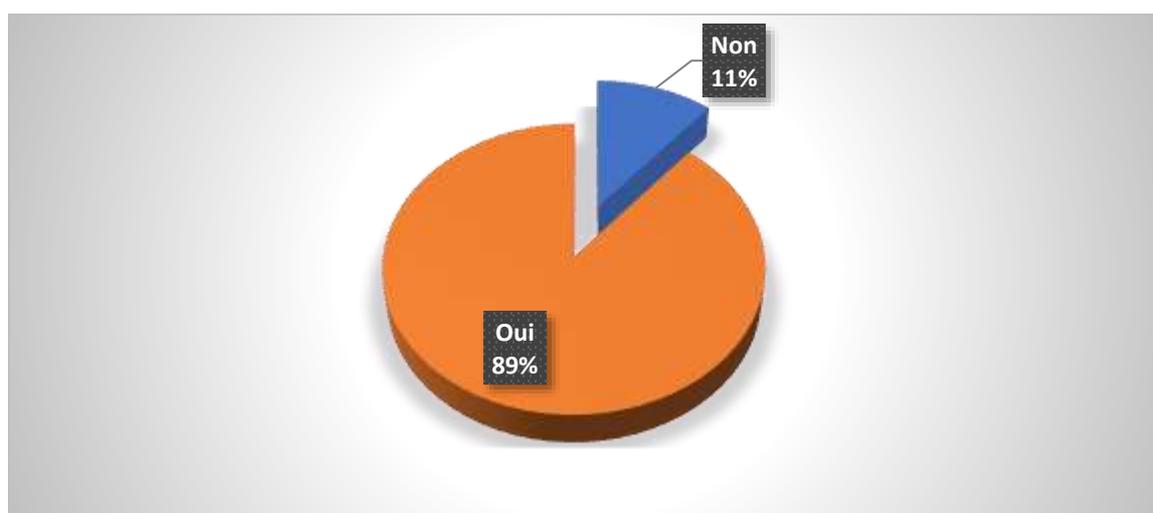


Figure 9 : Avez-vous eu un counseling pour la planification familiale au cours de vos CPN ?

La majorité de nos patients, soit 89% avaient reçu un counseling pour la planification familiale contre 11% qui n'avaient pas reçu de counseling sur la PF pendant les CPN.

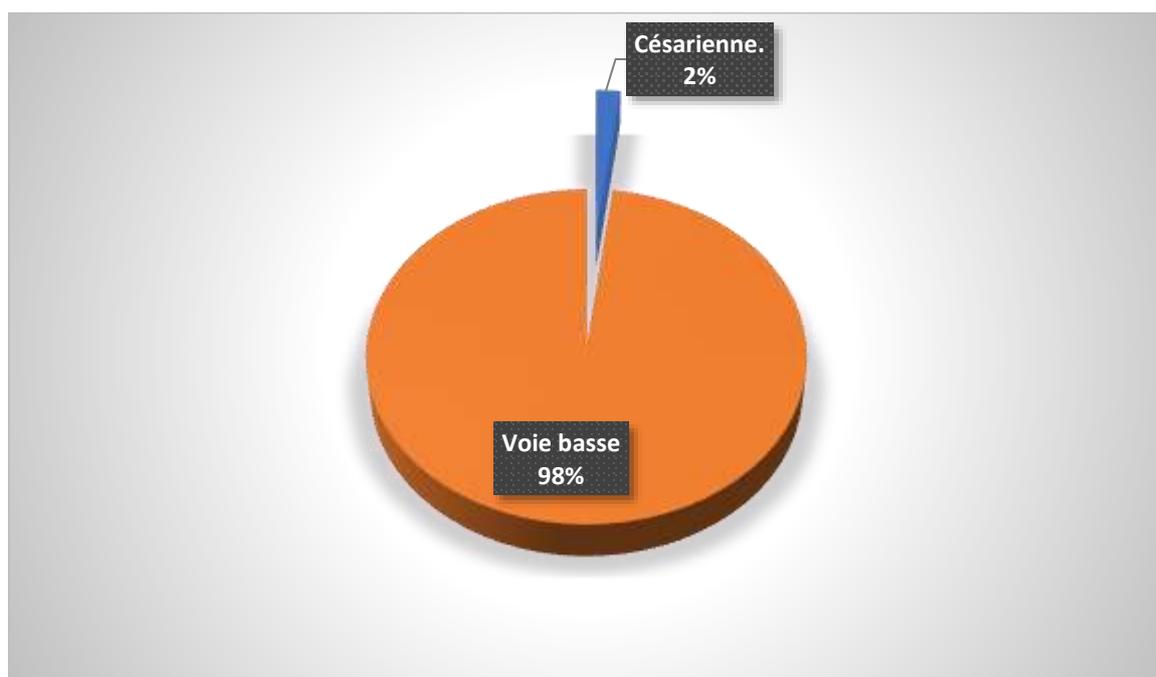


Figure 10 : Répartition des patients en fonction de la voie d'accouchement.

La majorité de nos patientes avaient accouchés par voie base soit 90% ; contre 2% qui avaient accouchés par césarienne.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

B- Fréquence des CPON

Tableau VIII : Réparation des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la première consultation 24H après l'accouchement

Première consultation 24h après accouchement	Effectif (n :400)	Pourcentage
Surveillance de la TA	400	100,0
Surveillance du pouls	398	99,5
Examen des conjonctives	400	100,0
Prise de la température	400	100,0
Évaluation de l'état de conscience	396	99,0
Evaluation de la douleur	400	100,0
Evaluation de l'état émotionnel	400	100,0
Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée	400	100,0
Donner des conseils d'hygiène à l'accouchée	400	100,0
Contrôle de l'état général d'hygiène de l'accouchée	400	100,0
Appréciation globe utérin de sécurité	400	100,0
Examen du périnée : Contrôle des lochies	400	100,0
Examen des seins	396	99,0
Examens des mollets et cuisses	396	99,0
Faire lever la patiente précocement < 24h	398	99,5
Counseling sur la planification familiale	396	99,0
Surveillance de la diurèse	398	99,5

La totalité de nos femmes avait bénéficié la 1^{ère} CPON.

La surveillance de la TA, l'examen des conjonctives, la prise de température, l'évaluation de la douleur, l'évaluation de l'état émotionnel, l'examen du périnée : contrôle des lochies, l'appréciation du globe utérine de sécurité, l'évaluation de l'autonomie de la femme accouchée, des conseils d'hygiène a la femme accouchée, avaient été réalisés chez la totalité des femmes au cour de la première consultation 24H après accouchement.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau IX : Réparation des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la deuxième consultation (48H-72h après l'accouchement)

Deuxième consultation (48H-72h après l'accouchement)	Effectif	
	(n=34)	Pourcentage
Examen de l'état général	30	88,2
Prise : TA	30	88,2
Prise : T°	30	88,2
Prise : Pouls	30	88,2
Prise : Fréquence respiratoire	30	88,2
Prise : poids	30	88,2
Prise : Taille	30	88,2
Examen des seins :	30	88,2
Involution du globe utérin (hauteur, consistance utérine)	30	88,2
Demande de la reprise ou non du transit abdominal (gaz et ou selles)	30	88,2
Examen de la plaie périnéale ou pariétale (si Épisiotomie ou Césarienne)	30	88,2
Recherche de la conservation de la diurèse (aspect, quantité)	30	88,2
Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin	30	88,2
Vérifier l'absence d'émission de selles par le vagin	30	88,2
Examen des cuisses et mollets	30	88,2
Recherche du signe de Homans	28	82,3
Les lochies (Abondance, Aspect et Odeurs) ?	30	88,2

Environ 8,5% (34/400) de nos patientes avaient réalisé une deuxième consultation (48-78H) après l'accouchement.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau X : Réparation des patientes en fonction de l'appréciation de certaines notions à la troisième consultation (7ème-14ème jour du postpartum)

Troisième consultation postnatale (7ème-14ème jour du postpartum)	Effectif (n :378)	Pourcentage
Prise de la Tension artérielle	378	100,0
Prise du pouls	378	100,0
Prise de la température	378	100,0
Prise de la fréquence respiratoire	378	100,0
Examen de l'état des muqueuses	378	100,0
Procéder à l'auscultation cardio-pulmonaire	378	100,0
Voir l'état des seins et apprécier la montée laiteuse	378	100,0
Vérifier la rétraction utérine	378	100,0
Vérifier l'abondance la coloration et l'odeur des lochies	378	100,0
Vérifier la couleur et l'abondance des urines et la fréquence de la miction	378	100,0
Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin	378	100,0
Vérifier l'absence d'émission de selles par le vagin	376	99,4
Examen des mollets	374	98,9

Presque la totalité de nos patientes, soit 94,5% (378/400) avaient réalisé une troisième consultation postnatale (7ème-14ème jour).

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau XI : répartition des patientes en fonction de la quatrième consultation (Avant la fin de la 6ème semaine)

La quatrième consultation (Avant la fin de la 6ème semaine)	Effectif (n :362)	Pourcentage
La demande du retour de couches a été effectuée	360	99,4
L'involution utérine a été vérifiée	358	98,9
La recherche de la fistule obstétricale	358	98,9
Le problème d'allaitement a été recherché	360	99,4

La majorité des participantes, soit 90% avaient réalisés une quatrième consultation (avant la fin de la 6^e semaine)

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la réalisation de la consultation pré- natale

Réalisation de la consultation post- natale	Effectif (n :400)	Pourcentage
La réalisation de la première consultation	400	100,0
La réalisation de la deuxième consultation	32	8,0
La réalisation de la troisième consultation	378	94,5
La réalisation de la quatrième consultation	358	89,5

Tous nos patients (100%) avaient réalisé la première consultation, seulement 8,0% avaient réalisé la deuxième consultation, 94,5% avaient réalisés la troisième consultation, 89,5% avaient réalisés la quatrième consultation.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

C- Qualification du prescripteur

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la première consultation

Agent de 1 ^{er} consultation	Fréquence (n :400)	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien	26	6,5
Médecin généraliste	6	1,5
Sage-femme	368	92,0
Total	400	100,0

La majorité des patientes avaient été consulté par des sages-femmes, soit 92,0% lors de la première consultation.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la deuxième consultation

Agent de 2 ^e consultation	Fréquence (n :34)	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien.	20	58,8
Médecin généraliste	2	5,8
Sage-femme	12	35,3
Total	34	100,0

Environ 58,8% des deuxièmes consultations avaient été réalisé par un Gynécologue-obstétricien.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la troisième consultation

Agent de 3 ^e consultation	Fréquence (n :378)	Pourcentage
Médecin généraliste	6	1,6
Gynécologue-obstétricien	24	6,3
Sage-femme	348	92,1
Total	378	100,0

Chez la majorité de nos patientes, soit 87,0% la troisième consultation a été réalisée par une sage-femme.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de l'agent responsable de la quatrième consultation

Agent de 4 ^e consultation	Fréquence (n :362)	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien	24	6,6
Médecin généraliste	2	0,6
Sage-femme	336	92,8
Total	362	100,0

Chez la majorité de nos patientes, soit 92,8% la quatrième consultation a été réalisée par une sage-femme.

D- Respect des normes et Qualité des CPON

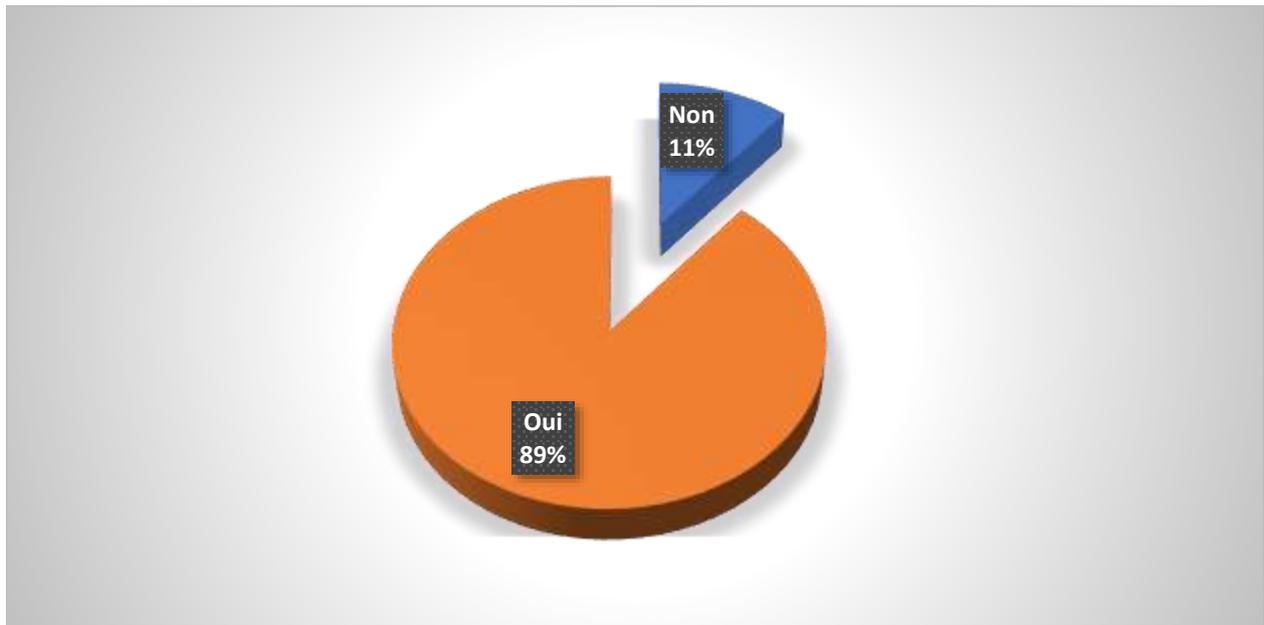


Figure 11 : Répartition des patientes selon le respect du nombre des Consultations post-natale recommandées

La majorité de nos patients avaient respecté le nombre recommandé de consultation post-natale, soit 89% contre 11% qui n'avaient pas respectés le nombre recommandé.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de la qualité des consultations

La qualité des consultations	Effectif (n :400)	Pourcentage
La qualité de la première consultation par les paramètres recherchés	396	99,0%
La qualité de la deuxième consultation par les paramètres recherchés	43	10,8%
La qualité de la troisième consultation par les paramètres recherchés	378	94,5%
La qualité de la quatrième consultation par les paramètres recherchés	360	90,0%

La qualité de la consultation par les paramètres recherchés était bonne chez 99% de nos patientes lors de la première consultation ; chez 10,8% de nos patientes lors de la deuxième consultation bonne.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

E- Raison de la non réalisation des 04 CPON

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les raisons qui les empêchent de venir faire la CPoN

Raisons qui les empêchent de venir faire la CPoN	Effectif (n :400)	Pourcentage
Négligence	200	50
Elles n'avaient rien	60	15
Peur	39	9,75
Refus du mari	2	0,5
Fatigue	17	4,25
Manque d'argent	10	2,5
Sous information	44	11
Longue distance	10	2,5
Mauvais accueil des prestataires	6	1,5

Environ la moitié des femmes n'allaient pas en consultation à cause de la négligence de celle-ci, et 5% qui n'y allaient pas par refus du mari.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon le vécu

Vécue des femmes enceintes	Effectif (n :400)	Pourcentage
Enfant toujours malade	66	16,5%
La femme est délaissée par le mari la famille ou belle famille	6	1,5%
Le mari refuse que la femme se planifie	150	37,5%
La Dépression	41	10,25%
Le marie refuse que la femme vienne faire le CPON	35	8,75%
Enfant refuse de téter	34	8,5%
Engorgement mammaire	51	12,75
Hémorragies du post partum	29	7,25%

Le mari refuse que la femme se planifie était le vécu chez 37,5% des femmes enceintes.

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

F- Etude Analytique

Tableau XIX : Relation entre le niveau d'instruction et le respect du nombre des CPON recommandées

Niveau d'instruction	Le respect du nombre des CPON recommandées		Total
	Non	Oui	
Ecole coranique	4	18	22
Non scolarisée	22	80	102
Primaire,	10	109	119
Secondaire	6	106	112
Supérieur	2	43	45
Total	44	356	400

$X^2 = 19,234$ $ddl = 4$ $P = 0,001$

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le respect du nombre des CPON recommandées ($P = 0,001$).

Tableau XX : Relation entre le désir de la dernière grossesse et le respect du nombre des CPON recommandées

Désire de la dernière grossesse	Le respect du nombre des CPON recommandées		Total
	Non	Oui	
Oui	1	351	352
Non	43	5	48
Total	44	356	400

$X^2 = 344,062$ $ddl = 1$ $P = 0,000$

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le désir de la dernière grossesse et le respect du nombre des CPON recommandées ($P = 0,000$).

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Tableau XXI : Relation entre le fait d'avoir reçu un counseling pour la PF au cours des CPN et le respect du nombre des CPON recommandées

Counseling pour la PF au cours des CPN	Le respect du nombre des CPON recommandées		Total
	Non	Oui	
Oui	2	354	356
Non	42	2	44
Total	44	356	400

$X^2 = 360,185$ $ddl = 1$ $P = 0,000$

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le fait d'avoir reçu un counseling pour la PF au cours des CPN et le respect du nombre des CPON recommandées ($P = 0,000$).

COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

5. Commentaire et discussions

1. Fréquence

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte des données prospective sur 3 mois, allant du 1^{er} juin au 30 Aout 2022. Pendant cette période nous avons recensé 400 consultations post-natales sur un total de 755 accouchements soit une fréquence de 52,98.

Parmi ceux ayant réalisé une CPoN, 100% avaient réalisé la première consultation, seulement 8,0% avaient réalisé la deuxième consultation, 94,5% avaient réalisés la troisième consultation, 89,5% avaient réalisé la quatrième consultation.

2. Caractéristiques sociodémographiques

➤ Age

Dans notre étude, la tranche d'âge des femmes de 18-31 ans était la plus représenté avec 84%. L'âge moyen de nos femmes était de 25,96±4,90ans. **Hajar Ed-Dukar [27]** à Rabat en 2018 a trouvé pour cette tranche d'âge 80,34% avec un âge moyen de 28,5ans. **Berthé MY [30]** en 2014 dans son étude a trouvé 78,5% dans la tranche de 14 à 29 ans. La prédominance de cette tranche pourrait s'expliquer par le fait qu'elle constitue la période où l'activité génitale est la plus accrue et à la période optimale de procréation. Dans notre étude, 4 femmes (1%) avaient moins de 18 ans. Dans son étude **Charles K [6]** avait retrouvé 25,4% de femmes ayant un âge inférieur à 18ans. Cette fréquence chez les femmes de moins de 18 ans pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs parmi lesquels, on peut citer le mariage précoce qui tant à pendre une forte ampleur surtout chez nous en Afrique, la non scolarisation des filles, la précocité des relations sexuelles de la jeune fille et surtout les considérations religieuses et ethniques.

➤ Niveau d'instruction

Environ 25,5% de nos patientes n'étaient pas scolarisées. Notre résultat est inférieur à celui de **Sagara JA [31]** en 2010 au Mali qui a noté 73,3% de femmes non scolarisées.

Dans l'étude de **Charles K [6]**, plus d'une patiente sur trois soit 33% n'était pas scolarisée. Le taux de femmes non scolarisées au Mali est passé de 81% en 1995-1996 à 78% en 2006 et à 66% en 2018 selon l'EDS VI [10].

Ce taux élevé d'analphabétisme et de bas niveau d'instruction de nos jours pourraient expliquer certaines difficultés auxquelles le personnel soignant est parfois confronté. Parmi ces difficultés on peut citer la méconnaissance de l'importance des CPoN, la non maîtrise de certaines informations données par les prestataires de santé pour un changement de comportement. D'où l'importance de la scolarisation des filles.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

Dans notre étude, 29,8% des patientes avaient un niveau primaire, 28,0% un niveau secondaire et 11,3% un niveau supérieur. Les taux de scolarisation selon l'EDS VI en 2018 au Mali étaient de 25,3% pour le primaire, 7,1% pour le secondaire et 2,1% pour le supérieur [10].

➤ **Profession**

Dans notre étude, plus de la moitié des patientes soit 55,75% étaient des femmes au foyer. Notre taux est proche de celui de **Berthé MY [30]** en 2014 qui a rapporté au centre de santé communautaire de Torokorobougou, 50,2% de femmes au foyer. La non scolarisation des filles et leur statut social de femmes au foyer, les prédisposent le plus souvent à une dépendance financière. Cette dernière pourrait constituer un obstacle à la réalisation des 04 CPoN.

3. Antécédents obstétricaux :

- Les paucipares étaient les plus représentées avec 46,0% des cas. Ce taux supérieur à celui trouvé par **Charles K [6]** en 2020 qui a rapporté 44,6% de paucipares. Ceci s'explique par le fait que les jeunes mamans s'impliquent à l'amélioration sur l'intérêt l'espacement des maternités (*Planning familial*).
- La majorité de nos patientes ont accouché par voie basse soit 98% contre 2% par césarienne.

4. Le respect des normes de la CPON et la qualification des prestataires :

Dans notre étude l'un de nos objectifs était de rechercher l'application des normes et procédures du Mali sur le suivi des patientes en terme de nombre de visites à faire dans le temps recommandé et les paramètres impérativement à évaluer au cours de ces visites.

- Toutes nos patientes ont bénéficié de la première consultation avant leur sortie de la maternité (100%). Elle a été réalisée par les sages-femmes dans 92,0% des cas.

Notre résultat est similaire à celui de **Charles K [6]** qui évoque aussi que toutes ses patientes ont bénéficié de la 1^{ère} CPON.

- La 2^{ème} CPoN entre 48 et 72 heures a été faite par seulement 8,5% des patientes. Ces CPoN ont été réalisées dans la plupart des cas par un gynécologue-obstétricien (58,8%).

Les raisons de la non réalisation de la 2^{ème} CPoN étaient la méconnaissance par les patientes et certains prestataires de cette CPoN, certaines considérations culturelles et traditionnelles qui suggèrent aux accouchées de ne pas sortir avant le baptême du nouveau-né mais aussi économiques (frais d'accouchement, dépenses liées au baptême).

- La troisième consultation doit se faire entre le 7^{ème} et 14^{ème} jour après l'accouchement. La majorité des patientes soit 94,5% ont effectué la troisième visite. Elle a été réalisée par une sage-femme chez 87,0% des femmes.

Les motivations des patientes à effectuer la 3^{ème} visite sont la vaccination et les déclarations de naissance en vue d'établir les actes de naissance des enfants.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

▪ La dernière consultation postnatale se fait avant la fin de la 6ème semaine après l'accouchement. Dans notre étude plus de la moitié des femmes soit 90% des cas ont effectué cette visite. Les motivations pour la réalisation de cette 4ème visite ont été dominées par le choix d'une méthode contraceptive et les questions relatives à la reprise des rapports sexuels. L'analphabétisation a été un facteur influençant le respect des normes dans notre étude. Sur les 400 patientes, la majorité avait respecté le nombre recommandé de consultation post-natale, soit 89% contre 11%. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le respect du nombre de CPoN recommandé ($P= 0,001$).

Selon les normes et procédures en république du Mali il y'a des paramètres propres à chaque consultation qu'il faut rechercher chez les patientes.

Au cours de notre étude la qualité des consultations était fonction de la qualification du prestataire et du type de consultation.

▪ Au cours de la 1ère CPoN, le counseling PF a été fait dans 99,0% des cas, les conseils d'hygiène ont été donnés dans 100% des cas ; tous les autres paramètres ont été évalués.

▪ Chez les 8,5% des patientes qui ont effectué la deuxième visite, l'examen des cuisses et des mollets a été fait dans 88,2%, le signe de Homans dans 82,3%, tous les autres paramètres ont été évalués chez les patientes.

▪ Au cours de la troisième visite, la vérification de l'absence d'émission de selles par le vagin a été évaluée dans 99,4%, l'examen des cuisses et des mollets dans 98,9% des cas. Les autres paramètres ont été tous évalués chez les patientes.

▪ Chez les 90% des patientes qui ont effectué la quatrième consultation, la demande du retour des couches été évalué chez 99,4% des cas.

Cette question n'a pas été négligée par nos prestataires car elle a une grande importance qui est de s'assurer de la reprise du cycle menstruel et le désir d'espacement des grossesses par la femme.

Dans notre étude, la première, la troisième et la quatrième consultation étaient de très bonne qualité avec la moyenne des scores respectivement 99,0%, 94,5% et 90,0%. Par contre la deuxième n'était pas de bonne qualité avec une moyenne à 10,8%.

5. Les raisons de refus de la CPoN :

Dans notre étude, la négligence (50,0%), la peur (9,75%), le refus du mari (0,5%), la fatigue (4,25%), le manque d'argent (2,5%), le manque d'information sur la CPoN (11,0%), la longue distance (2,5%) et le mauvais accueil des prestataires (1,5%), ont été évoqués par les patientes

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

comme étant les raisons de la non fréquentation des services de CPoN. Ces mêmes raisons ont été retrouvées par **Ronsmans** en 2006, **Islam MR et coll** en 2011 et par **Enas D** en 2008 [32, 33, 34].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6. Conclusion

Au terme de notre étude tous nos patients (100%) avaient réalisé la première consultation, seulement 8,0% avaient réalisé la deuxième consultation, 94,5% avaient réalisé la troisième consultation, 89,5% avaient réalisé la quatrième consultation. La majorité des patientes avaient été consultée par des sages-femmes, soit 92,0% lors de la première consultation. La majorité de nos patients avaient respecté le nombre recommandé de consultation post- natale, soit 89% contre 11% qui n'avaient pas respectés le nombre recommandé.

La qualité de la consultation par les paramètres recherchés était bonne chez 99% de nos patientes lors de la première consultation ; et chez 10,8% de nos patientes lors de la deuxième consultation. Les raisons de la non réalisation des quatre CPoN étaient la négligence dans 50% des cas, et 5% par refus du mari.

La consultation postnatale constitue un maillon essentiel de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Au Mali, elle est le plus souvent négligée par les clientes et les prestataires de santé. Un accent doit être mis sur la sensibilisation de tous les acteurs impliqués dans les soins maternels et néonataux afin de rehausser son taux de réalisation.

7. Recommandations

❖ **Aux responsables de l'ASACOLA**

- ✓ Assurer la gratuité des CPON pour les femmes ayant accouché à l'ASACOLA

❖ **Aux prestataires**

- ✓ Donner l'information aux patientes et leur conjoint sur les CPoN avant leur sortie de la maternité ;
- ✓ Informer et sensibiliser les femmes et leur conjoint sur l'existence et l'intérêt des quatre CPoN pendant les CPN, l'accouchement et avant leur sortie des maternités ;
- ✓ Rechercher tous les paramètres à évaluer lors de chaque consultation.
- ✓ Êtres accueillant et compréhensif lors des CPoN

❖ **Aux autorités sanitaires :**

- ✓ Développer des stratégies de communication pour la promotion des consultations prénatales et postnatales de qualité ;
- ✓ Former les prestataires sur les nouvelles directives en matière de suivi postnatal ;

❖ **A la population**

- ✓ Participer activement aux différentes séances de sensibilisation pour le changement de comportement ;
- ✓ Fréquenter les services de santé maternelle et infantile en l'occurrence les consultations prénatales, postnatales et planification familiale.

REFERENCES

8. Références

1. Ministère de la santé et des affaires sociales du M. Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme. Gravido-puerpuralité : Soins prénatals, soins pernatals, soins postnatals. 2019 ;3 :79.
2. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy Childbirth. 11 août 2016; 9:34.
3. 11. MA Santos IS, Silveira MF, Domingues MR, Barros AJ, Marco PL, et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients. 2015;335.
4. ANM Françoise Malonga K, Dramaix Wilmet M, Donnen P. Determinants of maternal health services utilization in urban settings of the Democratic Republic of Congo—a case study of Lubumbashi City. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;66.
5. Postpartum empowerment: an integrated approach driving demand and delivery of high quality, low-cost postnatal services in Kenya - Saving Lives at Birth [Internet]. [Cité 28 mai 2022].
6. Charles Samba KONÉ. Evaluation de la qualité de CPoN au CSRéf de la commune II de Bamako. [FMOS]: USTTB; 2020.
7. Biswas A, Rahman F, Eriksson C, Dalal K. Community Notification of Maternal, Neonatal Deaths and Still Births in Maternal and Neonatal Death Review (MNDR) System: Experiences in Bangladesh. Health (N'y). 2014 ;06(16) :2218-26.
8. Organisation mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle : 1991-2015 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2015 [cité 28 mai 2022]. Report No. : WHO/RHR/15.23.
9. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) - data.gouv.fr [Internet]. [Cité 28 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/institut-national-de-la-statistique-et-des-etudes-economiques-insee/>
10. République du Mali. Sixième enquête démographique de santé (EDS). 2018 ;643.
11. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. [Postpartum: Guidelines for clinical practice--Short text]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2015;44(10):1157-66.
12. Rayton E. Prévention des décès maternels. OMS Genève 2005, 231p.
13. Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali. Procédures en santé de la reproduction. Gravido-puerpuralité : Soins prénatals recentrés, soins prénatals et soins post-natal. Mai 2019 ; Volume 3 : 88-89.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

14. Ministère de santé et des affaires sociales du Mali. Procédures en santé de la reproduction. Mai 2019. Volume 3 : 94-97.
15. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement ; 4ème édition : 2006, 297-382.
16. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique. Les hémorragies du postpartum. 619p.
17. Sandrine F. La consultation postnatale : un créneau à rendre. Université Henri Poincaré, école de Sages-femmes de Metz. Mémoire présenté et soutenu par promotion. France 2005-2009.
18. Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuro-endocriniens). EMC (Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris), Obstétrique, 2001 ; 10-A ; 105-110.
19. Garagiola DM, Tarver RD, Gibson L. Changements anatomiques dans le bassin après un accouchement vaginal non compliqué : une étude par scanner sur 14 femmes. AJR Am J Roentgenol 2001 ; 153 :1239-1241.
20. Willmsab, Brown E, Kettritz U, Kuller J, Semelka R. Changements anatomiques dans le bassin après un accouchement vaginal non compliqué : évaluation avec une IRM en série. Radiologie 2007 ; 195 : 91-94.
21. Wachberg R, Kurtz A, Levine C. Analyse par ultrasons en temps réel de l'utérus postpartum normal : technique, variabilité et mesures. J Ultrasound Med 2004 ; 15 :215-221.
22. Mulic-lutvica A, Bekuretsion M, Bakos O, Axelsson O. Évaluations par ultrasons de l'utérus et de la cavité utérine après un accouchement vaginal normal. J Ultrasound Med 2003 ; 18 :491-498.
23. Sokol ER, Casale H, Haney I. Échographie de l'utérus postpartum : qu'est-ce qui est normal ? J Materno-foetal Néonatal Med 2004;15: 95-99.
24. Dinc H, Esen F, Demirci A, Sari A, Resit Gümel EH. Dimensions hypophysaires et mesures du volume pendant la grossesse et le postpartum. Évaluation MR. Acta Radiol 2008; 39:64-69.
25. Fowler PA, Evans LW, Groome NP, Templeton A, Knight PG. Étude longitudinale sur l'inhibine A, l'inhibine B, l'activine A, l'activine AB, le proalpha C et la follistatine sériques chez la mère. Hum Reprod 2010 ; 13 :35293529.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

26. De Meeus JB, Pourrat O, Gombert J, Magnin G. Niveaux de protéines C- réactives au début du travail et au troisième jour après l'accouchement dans une grossesse normale. Clin Exp Obstet Gynecol 2012 ;25 :9-11.
27. Hajar ed-dukar. Evaluation de la qualité de prise en charge des patientes en postpartum. Thèse de Med. Faculté de médecine et de Pharmacie de Rabat. Maroc ; 2018 ; 73p ; 404.
28. AFSSAPS. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, décembre 2014 ; 56p.
29. Shaamashah J, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. Comparatif du système intra-uterin libérant du lévonorgestrel Mirena par rapport au dispositif en cuivre T380 intra-utérin au cours de la lactation: performances de l'allaitement, de la croissance et du development du nourrisson. Contraception 2005 ; 72 :346311.
30. Berthé MY. Analyse des consultations prénatales et postnatales recentrées dans le centre de santé communautaire de Torokorobougou du district de Bamako. Mali ; Thèse méd Bamako 2014 ; 292 ;62p.
31. Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali. Procédures en santé de la reproduction. Composantes communes : Planification familiale, IST/VIH et SIDA/PTME, genre et santé, pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme. Mai 2019 ; Volume 2 :56-57.
32. Ronsmans c. Différentiels socioéconomiques des taux de césariennes dans les pays en développement : analyse rétrospective 2006 ; p368.
33. Islam M, Odland J. Déterminants des visites de soins prénatals et postnatals chez les populations autochtones du Bangladesh : une étude de la communauté Mru. Santé rurale et éloignée juin 2011: 1672-1728.
34. Enas D. Facteurs associés au manque de soins postnatals chez les femmes palestiniennes; une étude transversale de trois cliniques en Cisjordanie. Grossesse et accouchement 2008 ; 26p

ANNEXES

1. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la femme

Identité de la femme

Dossier N°...../

N° de Téléphone :.....

Q1- Quel est votre âge (années) ? / ___ / ; 1. <18ans, 2. [18 ans et 31 ans] ,3.>31an

Q2- Quel est votre niveau d'instruction ? / ___ / : 1. Non scolarisée, 2. Primaire, 3. Secondaire, 4. Supérieur, 5. Ecole coranique ;

Q3- Quelle est votre profession ? / ___ / : 1. Ménagère, 2. Teinturière, 3. Couturière, 4. Élève, 5. Étudiante, 6. Coiffeuse, 7. Commerçante, 8. Enseignante, 9. Diplômée sans emploi, 10. Autres.

Antécédents :

Obstétricaux :

Q4-Parité/___ / : 1. Primipare, 2. Pauci pare, 3. Multipare, 4. Grande multipare

II- Historique de la dernière grossesse et de l'accouchement

Q5- Votre dernière grossesse était désirée ? / ___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q6- Grossesse suivie ? / ___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q7-Si non pourquoi ? / ___ / 1= délibérer, 2= pauvreté, 3= refus de son mari, 4=traditions, 5=autres.

Q8- Comment s'est déroulée votre dernière grossesse ? / ___ / : 1. Normal, 2.A risque

Q9-S'il y avait un risque la nature / ___ / : 1=HTA, 2=Diabète, 3=hépatite, 4= Rhésus négatif, 5= autres,

Q10- Avez-vous eu un counseling pour la planification familiale au cours de vos CPN ? / ___ / 1.Oui, 2.Non

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Q11-Voie d'accouchement ? / ___ / : 1. Voie basse, 2. Césarienne.

III- Au cours des CPoN

A-Première consultation : 24h après accouchement

Q12-Surveillance de la TA? /___/: 1.Oui 2.Non ;

Q13- Surveillance du pouls ? /___/ : 1. Oui, 2. Non ;

Q14- Examen des conjonctives ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q15- Prise de la température ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q16- Évaluation de l'état de conscience ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q17- Evaluation de la douleur ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q18- Evaluation de l'état émotionnel ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q19- Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q20- Donner des conseils d'hygiène à l'accouchée ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q21- Contrôle de l'état général d'hygiène de l'accouchée ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q22- Appréciation globe utérine de sécurité ? /___ / : 1. Oui, 1. Non ;

Q23- Examen du périnée : Contrôle des lochies : quantité et odeur ? /___ / : 1.
Oui, 2. Non ;

Q24- Examen des seins ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q25- Examens des mollets et cuisses ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q26- Faire lever la patiente précocement < 24h? /___ / : 1. Oui, 2.Non ;

Q10-Counseling sur la planification familiale ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q28-Surveillance de la diurèse ? /___ / : 1. Oui, 2.Non ;

Q29-Agent qui fait la consultation ? /___ / : 1.Sage-femme, 2.Médecin généraliste,
3.Gynécologue-obstétricien.

B-Deuxième consultation (48H-72h après l'accouchement)

Les éléments à rechercher

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Q29-Examen de l'état général (conscience, mobilité, alimentation, conjonctives, aires ganglionnaires) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q30-Prise : TA ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q32-Prise : T° ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q33-Prise : Pouls ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q34-Prise : Fréquence respiratoire ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q31-Prise : poids ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q29-Prise : Taille ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q6-Examen des seins : recherche (tension, douleur, crevasses) et montée laiteuse ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q32- Involution du globe utérin (hauteur, consistance utérine) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q29- Demande de la reprise ou non du transit abdominal (gaz et ou selles) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q33- Examen de la plaie périnéale ou pariétale (si Épisiotomie ou Césarienne) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q34- Recherche de la conservation de la diurèse (aspect, quantité) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q35- Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q36- Vérifier l'absence d'émission de selles par le vagin ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q37- Examen des cuisses et mollets ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q38- Recherche du signe de Homans ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q39- Les lochies (Abondance, Aspect et Odeurs) ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q40-Agent qui fait la consultation ? /___ / : 1. Sage-femme, 2. Médecin généraliste, 3. Gynécologue-obstétricien.

C-La troisième consultation postnatale (7^{ème}-14^{ème} jour du postpartum)

Q41-Prise de la Tension artérielle ? /___ / : 1. Oui, 2. Non;

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Q42-Prise du pouls ? /___ / : 1. Oui, 2. Non;

Q50-Prise de la température ? /___ / : 1. Oui, 2. Non;

Q51-Prise de la fréquence respiratoire ? /___ / : 1. Oui, 2. Non; Q52-Examen

de l'état des muqueuses ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q53-Procéder à l'auscultation cardio-pulmonaire ? /___ / : 1. Oui, 2. Non;

Q54-Voir l'état des seins et apprécier la montée laiteuse ? /___ / : 1. Oui, 2. Non;

Q55-Vérifier la rétraction utérine ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q56-Vérifier l'abondance la coloration et l'odeur des lochies ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q57-Vérifier la couleur et l'abondance des urines et la fréquence de la miction ? /___ / : 1.

Oui, 2. Non ;

Q58-Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin ? /___ / : 1. Oui, 2.

Non ;

Q59-Vérifier l'absence d'émission de selles par le vagin ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q60-Examen des mollets ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q61-Agent qui fait la consultation ? /___ / : 1. Sage-femme, 2. Médecin généraliste,

3.Gynécologue-obstétricien.

C-La quatrième consultation (Avant la fin de la 6^{ème} semaine) :

Q62- La demande du retour de couches a été effectué ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q63-L'involution utérine a été vérifié ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q64-La présence de la fistule obstétricale ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q65-Le problème d'allaitement a été recherché ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q66-Agent qui fait la consultation ? /___ / : 1. Sage-femme, 2. Médecin généraliste,

3. Gynécologue-obstétricien ;

Q67- La réalisation de la première consultation ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q68- La réalisation de la deuxième consultation ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

Q69- La réalisation de la troisième consultation ? /___ / : 1. Oui, 2. Non ;

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

Q70- La réalisation de la quatrième consultation ? /___/ : 1. Oui, 2. Non ;

Q71- Le respect du nombre des CPON recommandées ? /___/ : 1. Oui, 2. Non ; Q72- La qualité de la première CPON par les paramètres recherchés ? /___/ : 1. Bonne, 2. Mauvaise ;

Q73- La qualité de la deuxième CPON par les paramètres recherchés ? /___/ : 1. Bonne, 2. Mauvaise ;

Q74- La qualité de la troisième CPON par les paramètres recherchés ? /___/ : 1. Bonne, 2. Mauvaise ;

Q75- La qualité de la quatrième CPON par les paramètres recherchés ? /___/ : 1. Bonne, 2. Mauvaise ;

Q76- Selon vous qu'est ce qui empêche les femmes enceintes de venir à la CPON ?

/___/ 1. Manque d'argent, 2. Sous information, 3. Longue distance,

4. Mauvais accueil des prestataires, 5. Autres.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SISSOKO

Prénom : Fatimata

Tel : 00223-66 93 48 88

Titre de thèse : Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie, Santé publique.

Résumé

Objectif : Etudier la qualité du suivi des mères dans le postpartum dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako.

Matériel et méthode : L'étude a lieu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 de Bamako. Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive à collecte des données prospective sur 3 mois, allant du 1^{er} juin au 30 Aout 2022 de toutes les parturientes ayant effectuées leur suivi postnatal dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 durant notre période d'étude
Echantillonnage

Résultats :

La tranche d'âge des femmes de 18-31 ans était la plus représentée avec 84%. L'âge moyen de nos femmes était de 25,96±4,90ans.

Environ 29,8% de nos patients avaient un niveau d'étude primaire.

La majorité de nos patients désiraient leurs dernières grossesses, soit 88% contre 12% chez qui la dernière grossesse n'était pas désirée. La majorité de nos patients, soit 89% avaient eu un counseling pour la planification familiale contre 11% qui n'avaient pas eu de counseling

La majorité de nos patientes avaient accouchés par voie basse ; contre 2% qui avaient accouchés par césarienne.

La totalité de nos femmes avait bénéficié la 1^{ère} CPON.

La surveillance de la TA, l'examen des conjonctives, la prise de température, l'évaluation de la douleur, l'évaluation de l'état émotionnel, l'examen du périnée : contrôle des lochies, l'appréciation du globe utérine de sécurité, l'évaluation de l'autonomie de la femme accouchée, des conseils d'hygiène a la femme accouchée, avaient été réalisés chez la totalité des femmes au cours de la première consultation 24H après accouchement.

Environ 8,5% (34/400) de nos patientes avaient réalisé une deuxième consultation (48-78H) après l'accouchement.

Presque la totalité de nos patientes, soit 94,5% (378/400) avaient réalisé une troisième consultation postnatale (7ème-14ème jour).

100% de nos patients avaient réalisé la première consultation, seulement 8,0% avaient réalisé la deuxième consultation, 94,5% avaient réalisés la troisième consultation, 89,5% avaient réalisés la quatrième consultation.

La majorité de nos patients avaient respecté le nombre recommandé de consultation post-natale, soit 89% contre 11% qui n'avaient pas respectés le nombre recommandé.

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

La qualité de la consultation par les paramètres recherchés était bonne chez 99% de nos patientes lors de la première consultation ; chez 10,8% de nos patientes lors de la deuxième consultation bonne.

Mots clés : Consultation post natale, vécu, et observance

Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA 1 et 2 du district de Bamako

DATA SHEET

Name: SISSOKO

First name: Fatimata

Phone: 00223-66 93 48 88

Thesis title: Postnatal consultations between observance and experience in the health area of ASACOLA 1 and 2 in the district of Bamako

Academic year: 2022-2023

Defense city: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of the University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako.

Sector of interest: Gynecology, Public health.

Summary

Objective: To study the quality of postpartum monitoring of mothers in the health area of ASACOLA 1 and 2 in Bamako.

Material and method: The study takes place in the health area of ASACOLA 1 and 2 in Bamako. We carried out a cross-sectional and descriptive study to collect prospective data over 3 months, from June 1 to August 30, 2022 of all parturients who carried out their postnatal follow-up in the ASACOLA 1 and 2 health area during our study period Sampling.

Results:

The age group of women aged 18-31 was the most represented with 84%. The average age of our women was 25.96 ± 4.90 years.

About 29.8% of our patients had a primary education level.

The majority of our patients wanted their last pregnancies, ie 88% against 12% in whom the last pregnancy was unwanted. The majority of our patients, 89% had had family planning counseling against 11% who had not had counseling

The majority of our patients had given birth by the basal route ; against 2% who had given birth by caesarean section.

All of our women had benefited from the 1st CPON.

BP monitoring, conjunctiva examination, temperature measurement, pain assessment, emotional state assessment, perineum examination: lochia control, uterine safety assessment, assessment of the autonomy of the woman in labor, hygiene advice to the woman in childbirth, were carried out in all women during the first consultation 24 hours after childbirth.

About 8.5% (34/400) of our patients had a second consultation (48-78 hours) after delivery.

Almost all of our patients, i.e. 94.5% (378/400) had completed a third postnatal consultation (7th-14th day).

100% of our patients had carried out the first consultation, only 8.0% had carried out the second consultation, 94.5% had carried out the third consultation, 89.5% had carried out the fourth consultation.

The majority of our patients had respected the recommended number of postnatal consultations, ie 89% against 11% who had not respected the recommended number.

The quality of the consultation by the parameters sought was good in 99% of our patients during the first consultation; in 10.8% of our patients during the second good consultation.

Keywords : Postnatal consultation, experience, and observance

**Consultations post-natales entre observance et vécu dans l'aire de santé de l'ASACOLA
1 et 2 du district de Bamako**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !