

MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA
CONSULTATION POSTNATALE AU
CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE
LA COMMUNE II DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Charles Samba KONÉ

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Jury

Présidente : Pr Fatimata Sambou DIABATÉ

Membres : Dr Mamadou SIMA

Dr Bintou Tine TRAORÉ

Co-directeur : Dr Seydou Z DAO

Directeur : Pr Youssouf TRAORÉ



DÉDICACES ET RÉMERCIEMENTS

1-DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que

Je dédie ce travail :

A DIEU,

Le Tout Puissant, le clément et le miséricordieux, gloire à Lui et à Mahomet que la Paix et le Salut éternel soit sur Lui et ses disciples.

Merci, de m'avoir donné la vie, la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

A mon père : Makourou

Je ne s'aurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour. Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école. Ton soutien moral, matériel, financier ne m'a jamais fait défaut. Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite. L'amour que tu as porté à tes enfants, ta dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle. Puisse Dieu t'accorde une longue vie et une bonne santé.

A ma mère : Dabouhan Diarra

Mère courageuse, optimiste, généreuse, tolérante, combattante des causes d'autrui, ce travail est le fruit de tes efforts. Tu t'es évertuée à nous apprendre à respecter la personne humaine et à aimer le travail en nous inculquant des notions telles que la persévérance, la tolérance, la modestie et le courage dans le combat pour la réussite. Ton souci premier a toujours été la réussite de tes enfants et tu y as consenti tous les sacrifices nécessaires. Trouve ici la reconnaissance de mon affectueux attachement. Que Dieu te garde longtemps parmi nous et fasse que tu sois toujours satisfait de nous.

A mes oncles Kalifa Koné, Sékou Koné et mes tantes Durcine Coulibaly, Hawa Gueye

Aucun mot ne peut traduire ce que je ressens, je ne peux que vous dire merci pour l'accueil et l'intégration dans votre famille, le respect, la compréhension, l'amour pour ma modeste personne et ma famille, que Dieu vous bénisse.

A mon épouse : Founè Koné

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse, bref je suis fier de t'avoir comme épouse. Je reste sans voix devant la grandeur de son âme, ta disponibilité, de ton soutien sans fatigue. Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance. Que Dieu te bénisse. Amen !

A mes autres tantes et oncles :

Vous m'avez toujours apporté amour et conseils. Vos sages conseils m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail.

A Mes frères et sœurs :

Tianssi Ruth, Ali, Aminata

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérez mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A mes cousines et cousins :

Merci pour vos encouragements et vos conseils.

REMERCIEMENTS

A mes chers maîtres du service de gynécologie obstétrique de la communeII

Dr Seydou Z Dao, Dr Bakary Abou Traoré, Dr Sakoba Konaté, Dr Etienne Togo.

Vous nous avez impressionnés par la qualité d'hommes de science, votre bonté et votre envie de former les autres. Votre rigueur dans le travail, votre sens d'orateurs et votre synergie dans le travail ont permis de considérablement m'améliorer. Ce travail est le fruit de votre effort éducatif. Chers maitres veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

A mes aînés du service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la communeII

Dr Sidibé Kassoum, Dr Traoré Tidiane, Dr Mariko Fatoumata, Dr Vivor Gerard, Dr Traoré Daouda, Dr Diabaté Salifou, Dr Korenzo Mohamed, Dr Konaré Alfousseyni, Dr Dembélé Bakary, Dr Sacko Momet, Dr Koné Kalidou, Dr Sarré Mamadou, Dr Dembélé Ibrahim, Dr Amadou Dembélé, Dr Mamoudou Sissoko, Dr Brehima Sangaré et Dr Youssouf Camara.

Merci pour la qualité de l'enseignement et de la disponibilité constante tout au long de ma formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité et de réussite dans toutes vos entreprises.

A mes amis:

Je n'ai jamais douté de votre amitié, j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences.

Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMOS : Mahamadou Y Traoré, Cheick Fantamady Goita, Amadou Diarra, Manassé Dembélé, Malaki Kamaté, Fatoumata Daou, Amadou Ballo, Tikanou Koné, Allassane Mallé, Mahamadou Traoré, Kadidia Diarra, Mahamadou Sanogo et Patouma Koné.

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tout.

Aux Sages-femmes du CSRéf CII

Merci pour cette période passée ensemble.

Au médecin chef du CSRéf CII

Merci de m'avoir accueilli dans votre centre et permis la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CSRéf CII.

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A tous mes collègues du CSRéf CII:

Lévi Diarra, Bakary B Koné, Amadou Boré, Mamadou Traoré, Fatoumata Kané, Ibrahima Dabo, Barthélémy Diarra, Aziz Togo, Abdoul M Poudiogo, Ténin Samaké, Oumar Camara, Oumarou Dao et Lassana Coulibaly.

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

Au Mali : pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

LES HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE JURY :

Professeur Fatimata Sambou DIABATE

- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique**
- **Ancienne consultante à l’OMS**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale/PF de l’USAID pour l’Afrique de l’ouest et du centre basé à Accra**
- **Membre fondatrice de la SOMAGO et de la SAGO**
- **Praticienne hospitalière**
- **Enseignante chercheur**

Chère Maître,

C’est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Présidente du jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous sommes profondément marqués par votre personnalité et surtout votre disponibilité constante. L’occasion nous est en fin donnée de vous témoigner toute notre gratitude.

Trouvez ici, chère maître l’expression de notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr SIMA Mamadou

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;**
- **Maitre- assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury. C'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait. Vos connaissances scientifiques ainsi que vos qualités humaines forcent le respect.

Recevez ici, cher maitre le témoignage de notre profonde gratitude. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer humblement nos vives émotions.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr MARIKO Bintou dite Tinè TRAORÉ

- **Gynécologue-obstétricienne (université de Rabat au Maroc) ;**

- **Titulaire d'un Master en santé publique à l'Institut de Médecine
Tropicale d'Anvers en Belgique ;**

- **Diplômé en échographie au CHU d'Angoulême en France ;**

- **Chargée du programme santé de la mère et de l'enfant à la direction
générale de la santé et de l'hygiène publique.**

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger dans ce jury. Votre enseignement, vos qualités humaines et professionnelles sont exemplaires. Nous sommes très touchés par la spontanéité et la grande amabilité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici, chère maitre, le témoignage de notre vive gratitude et de nos respectueux sentiments.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Dr Seydou Z DAO

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII**
- **Chargé de recherche**
- **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie
en gynécologie obstétrique de l'Université Paris Descartes.**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître,

Honorable maître, avec indulgence et gentillesse vous avez accepté de codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable.

Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis.

Veillez accepter, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur,**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre sincère reconnaissance.



LES SIGLES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

LES SIGLES, 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 ;

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 ;

LES TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: La physiologie de l’involution utérine et de la lactation dans les suites de couches [27].	41
Figure 2: Les exercices physiques recommandés dans les suites de couches [27].	42
Figure3 :complications hémorragiques et infectieuses des suites de couches [27]	47
Figure 4: Complications de l’allaitement dans les suites de couches [27].	49
Figure 5: Complications fébriles et thrombo-emboliques des suites de couches [27].	53
Figure 6: Complications psychiques dans les suites de couches [27]......	56
Figure 7: Contraception dans les suites de couches [27].	61
Figure 8: Répartition des patientes selon la voie d’accouchement	70
Figure 9: Répartition des patientes selon les raisons de la non réalisation des CPON	76

La liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	68
Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	68
Tableau III: Répartition des patientes selon la profession.....	69
Tableau IV: Répartition des patientes selon la parité	69
Tableau V: Répartition des patientes selon la qualification des prestataires en charge des consultations postnatales	70
Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de la réalisation des consultations postnatales	71
Tableau VII: Répartition des patientes selon le respect du nombre de CPON recommandée.....	71
Tableau VIII: Relation entre le niveau d'instruction et le respect du nombre de CPON recommandée.....	72
Tableau IX: Relation entre la voie d'accouchement et le respect du nombre de CPON recommandée.....	72
Tableau X: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la première CPoN.....	73
Tableau XI: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la deuxième CPoN.....	74
Tableau XII: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la troisième CPoN	75
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la quatrième CPoN	76
Tableau XIV: Relation entre le suivi de la grossesse et le respect du nombre de CPON recommandé.....	77
Tableau XV: Repartition de la qualité des consultations par CPoN	77

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

I-INTRODUCTION	23
II-OBJECTIFS	26
1-Objectif général :	26
2-Objectifs spécifiques :	26
III-GÉNÉRALITÉS	28
A-Définitions	29
B-Les objectifs de la consultation postnatale	30
C-Intérêts de la consultation postnatale	31
D- L'examen médical	32
E-Les prescriptions	33
F-La physiologie des suites de couches	34
G-Les pathologies des suites de couches :	43
H-La contraception du postpartum	57
IV-MÉTHODOLOGIE	63
1) Cadre d'étude	63
2) Type et période de l'étude	63
3) Population d'étude	63
4) Echantillonnage	64
5) Collecte des données	64
6) Variables étudiées	64
7) Limites de l'étude	65
8) Aspects éthiques	65
9) Plan d'analyse et de traitement des données	65
10) Système de classement	65
11) La procédure de l'enquête	66
V-RÉSULTATS	68
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	79
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	86

1-CONCLUSION	86
2-RECOMMANDATIONS	86
VIII. RÉFÉRENCES	88
ANNEXES	94
1-FICHE SIGNALÉTIQUE	94
2-FICHE D'ENQUÊTE	94
.....	101
SERMENT D'HIPPOCRATE	101

INTRODUCTION

I-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.

Selon les normes et procédures 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.

Les deux tiers des décès maternels et néonataux se produisent dans le postpartum [2,3]. 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.

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 [4]. 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 [4]. Au Bénin, selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2014, le RMM était de 347 décès pour 100000 naissances vivantes avec un taux de mortalité néonatale de 37,8 pour 1000 naissances vivantes [5]. 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 [6].

Selon l'EDS VI de 2018 au Mali, parmi 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. 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 [6].

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% [6]. 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 [7].

L'importance d'un bon suivi postnatal dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et l'absence d'étude sur ce thème au CSRéf de la commune II de Bamako, nous a amené à initier ce travail dont les objectifs sont :

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier la qualité du suivi des mères dans le postpartum au centre de santé de référence de la commune II de Bamako.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des patientes ayant effectuée une CPoN dans notre service ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes ;
- Identifier la qualification des prestataires en charge de ce suivi ;
- Apprécier le respect des normes concernant le suivi des patientes dans le postpartum à la maternité du CSRéf de la commune II ;
- Identifier les raisons de la non réalisation des quatre (04) CPoN.

GÉNÉRALITÉS

III-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. 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 [8].

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. 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 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 [8].

A-Définitions

-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.

- 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 le dernier date de plus de trois ans.

-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

❖ 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) ;
- 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 cervico-vaginal 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

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.

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.

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.

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'électrocoaguler. 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.

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

- 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.

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%).

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

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

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.

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.

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.

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 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.

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].

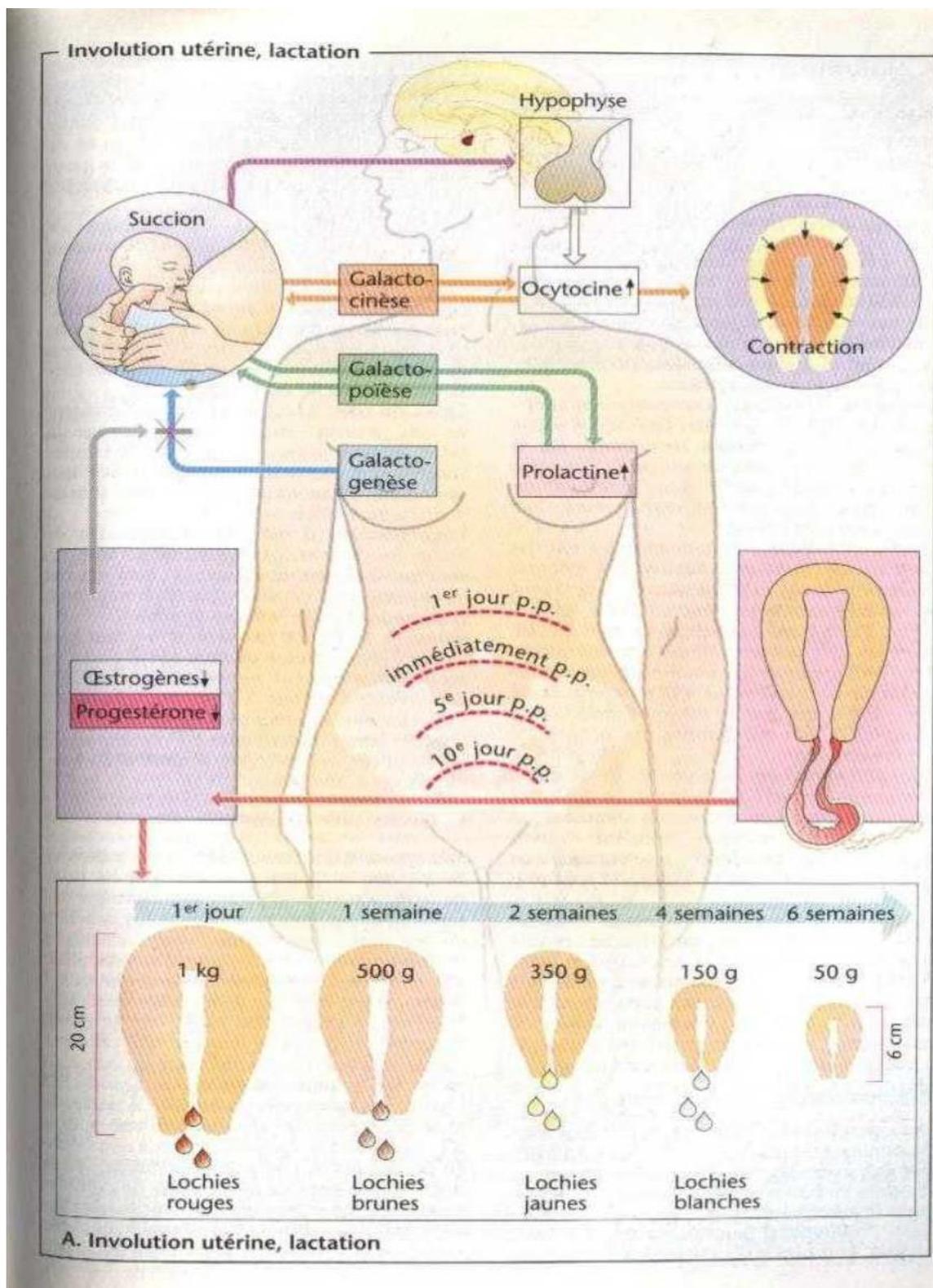


Figure 1: La physiologie de l’involution utérine et de la lactation dans les suites de couches [27].

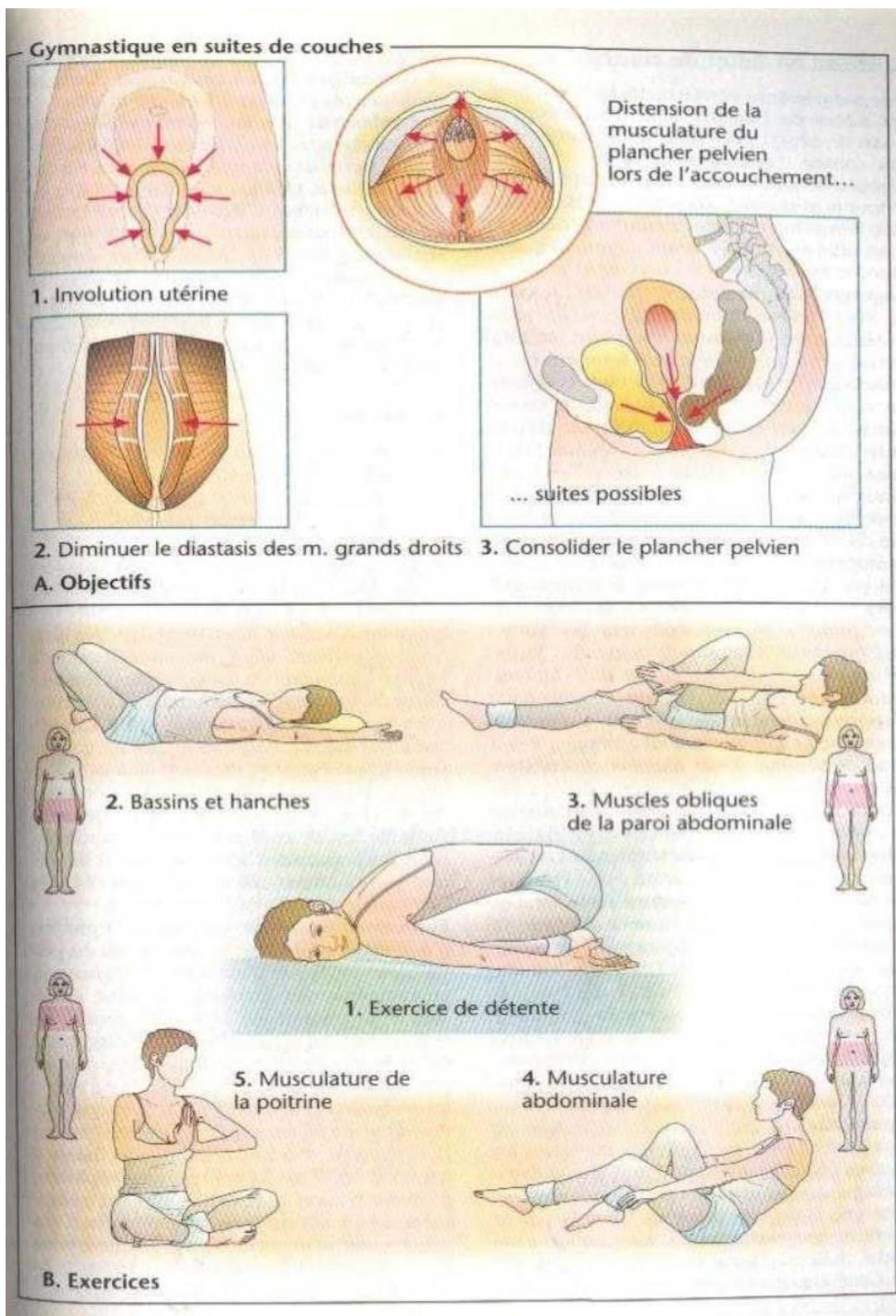


Figure 2: Les exercices physiques recommandés dans les suites de couches [27].

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 ;
 - 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].

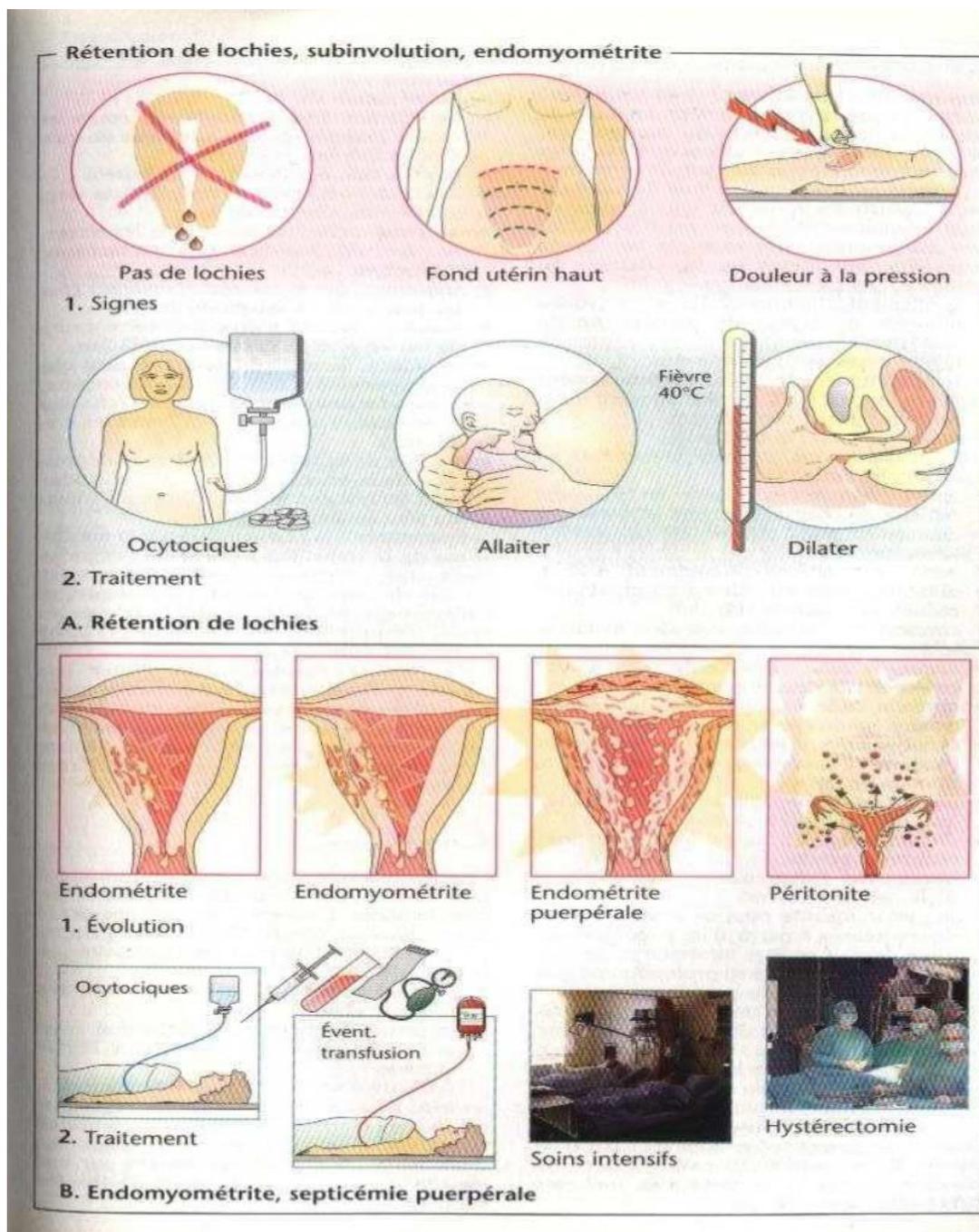


Figure 3: Complications hémorragiques et infectieuses des suites de couches [27].

➤ Complications de l'allaitement

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

1. 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].

2. 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].

3. 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].

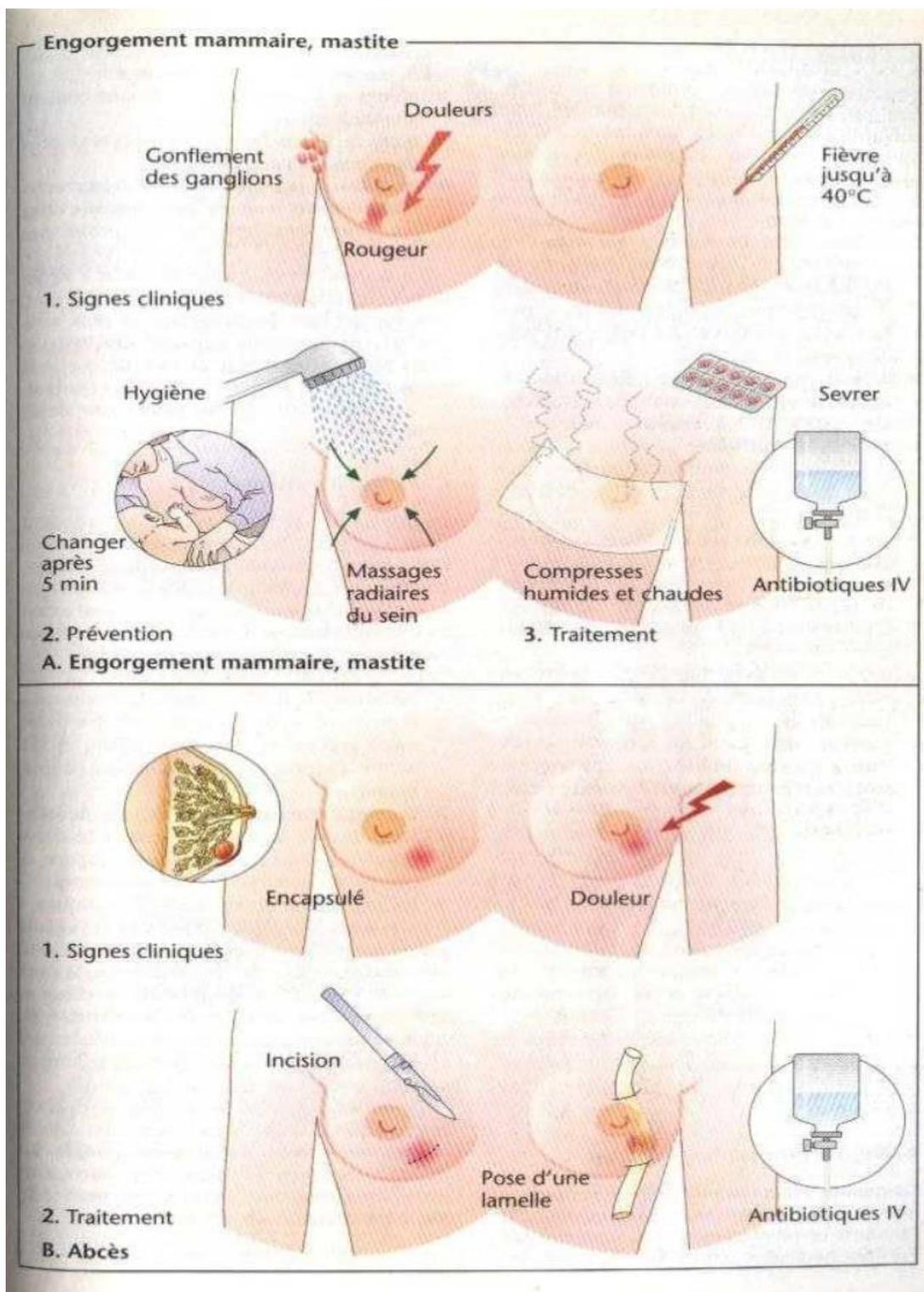


Figure 4: Complications de l'allaitement dans les suites de couches [27].

➤ **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 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].

○ **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].

○ **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].

○ **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].

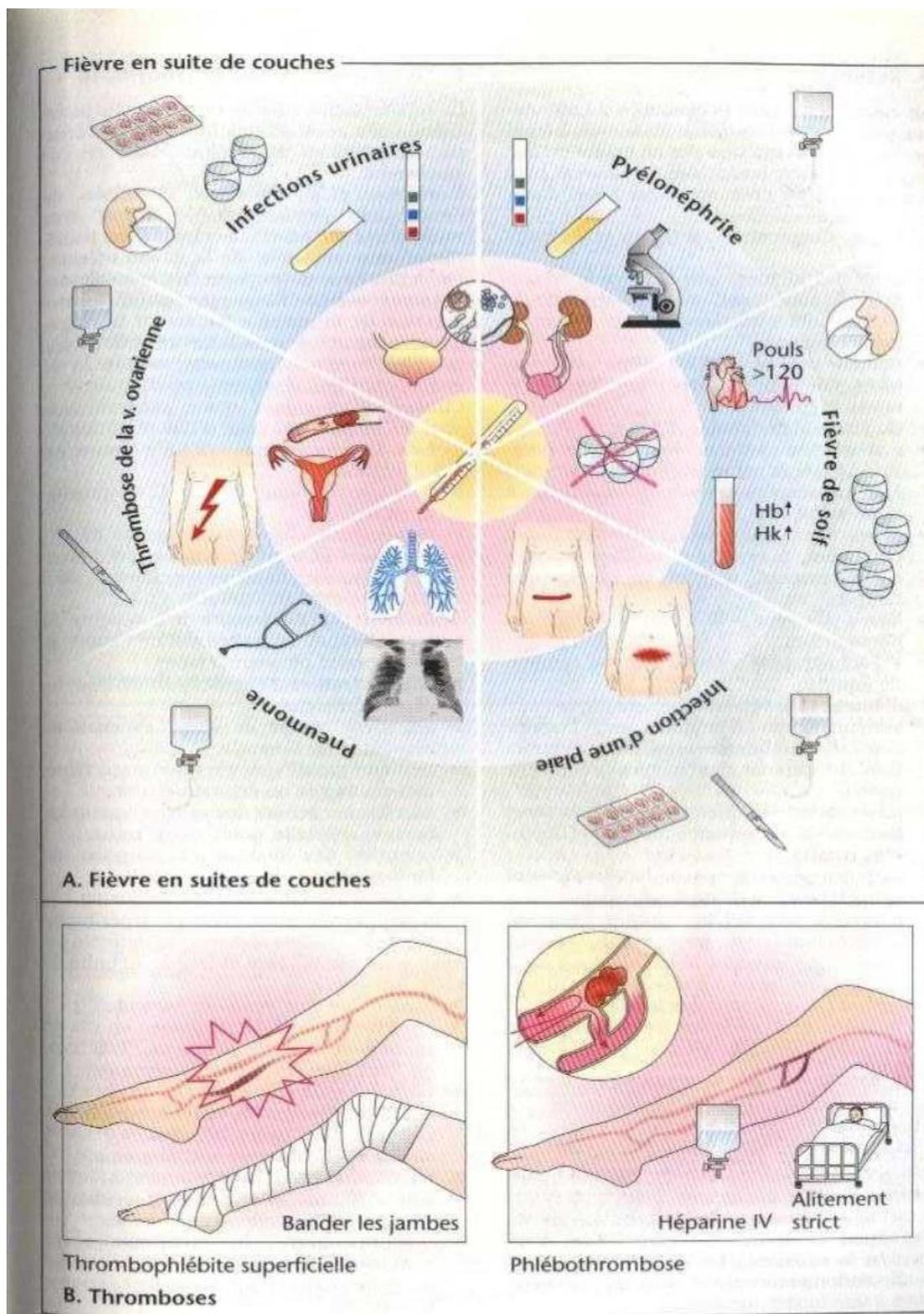


Figure 5: Complications fébriles et thrombo-emboliques des suites de couches [27].

➤ **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 %.

Débute 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.

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].

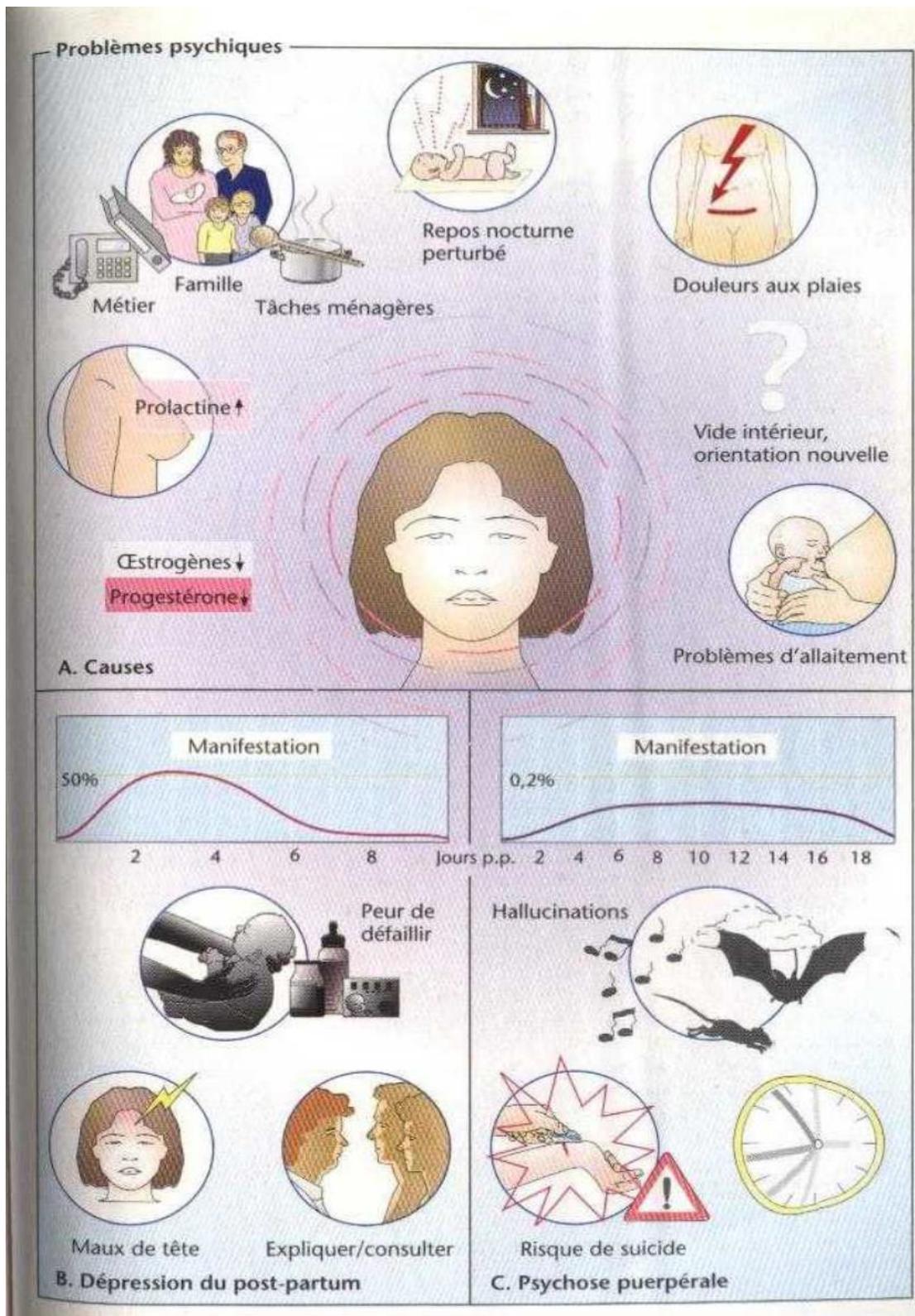


Figure 6: Complications psychiques dans les suites de couches [27].

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 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 retards 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].

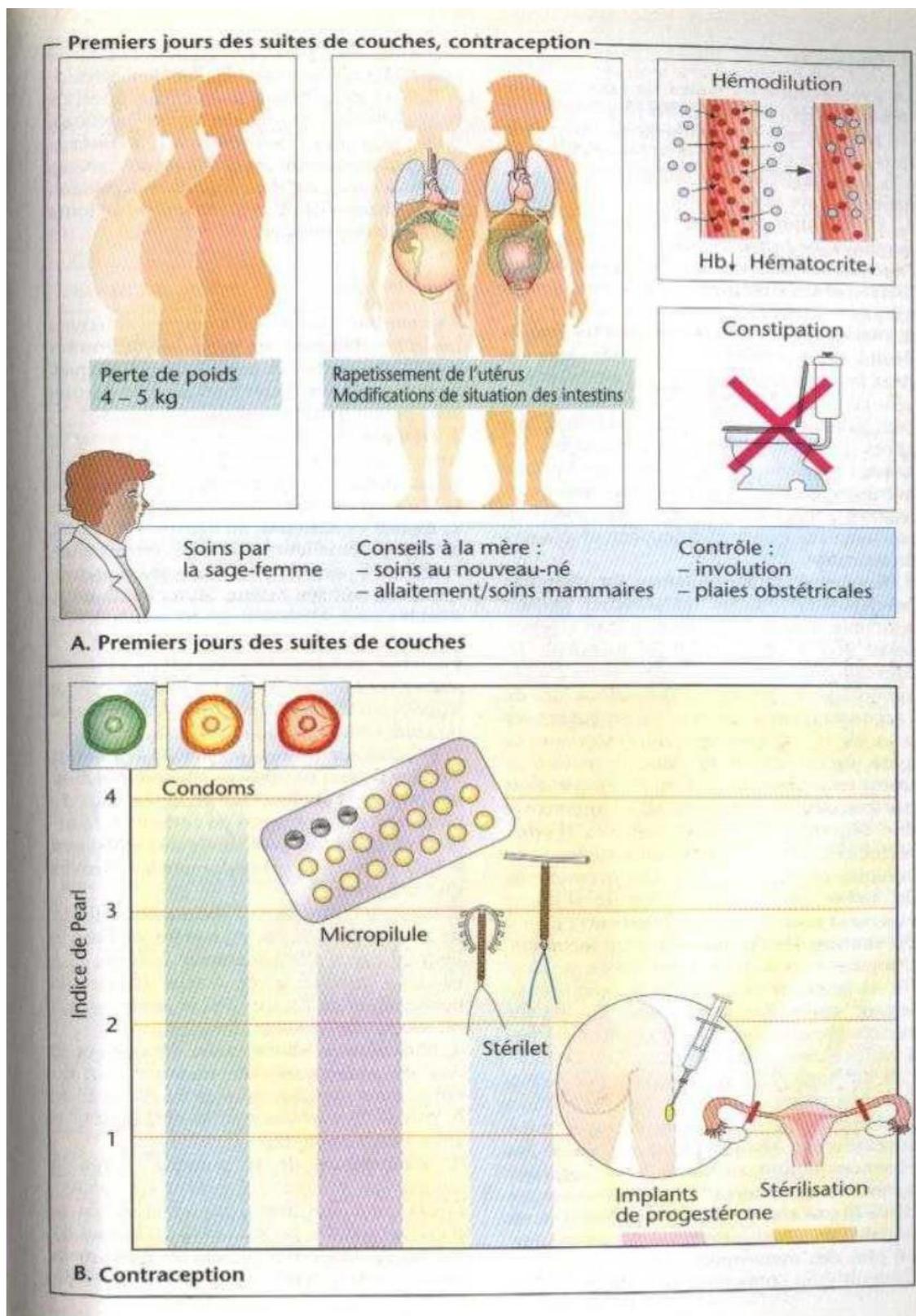


Figure 7: Contraception dans les suites de couches [27].

METHODOLOGIE

IV-MÉTHODOLOGIE

1) Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II de Bamako.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et obstétricales qui fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours par semaine (lundi au jeudi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides-soignantes.

Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux étudiants thésards, de deux sages-femmes, de deux infirmières obstétriciennes, d'un infirmier anesthésiste réanimateur, de deux manœuvres et d'un chauffeur d'ambulance.

Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente minutes où l'équipe de garde effectue le compte rendu des prestations. Ce staff est dirigé par les gynécologues obstétriciens.

2) Type et période de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale prospective descriptive sur un an du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019.

3) Population d'étude

Elle était constituée de toutes les patientes ayant accouchées dans notre service pendant la période d'étude.

4) Echantillonnage

a) Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude :

- ✓ Toutes les patientes ayant effectuées leur suivi postnatal dans notre service durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'enquête.

b) Critères de non inclusion

N'ont pas été retenues dans cette étude :

- ✓ Les patientes dans le postpartum ayant accouchées dans d'autres structures mais venues consulter dans notre service ;
- ✓ Les patientes ayant refusées de participer à notre étude.

c) Technique de l'échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les patientes qui ont bénéficié de surveillance postnatale dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf commune II de Bamako pendant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'enquête.

5) Collecte des données

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

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

Les supports des données ont été :

Les registres d'admission et de consultations postnatales ;

Les dossiers d'accouchement.

6) 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.

7) Limites de l'étude

Nous avons trouvé comme limite à l'élaboration de notre travail :

L'ignorance des quatre consultations obligatoires dans le postpartum par les clientes et les prestataires de santé;

La courte durée d'hospitalisation des patientes qui ont accouché par voie basse.

8) Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent 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. La participation des femmes à l'enquête que nous avons menée ne leurs a apporté ni avantage ni inconvénient. Ce travail est purement scientifique et concerne l'évaluation de la qualité du suivi des mères dans la période postnatale.

9) Plan d'analyse et de traitement des données

La saisie des données, l'élaboration des tableaux ont été effectués 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%.

10) 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 50-74,99% des variables discriminatoires sont réalisées ;
- ✓ D'assez bonne qualité si 25-49,99% des variables discriminatoires sont réalisées ;
- ✓ De mauvaise qualité si moins de 25% des variables discriminatoires sont réalisées.

11) 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 et en restant totalement passif. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.

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

RÉSULTATS

V-RÉSULTATS

1-Fréquence des consultations postnatales

Du 1er janvier au 31 décembre 2019, nous avons colligé 2530 consultations postnatales sur un total de 2811 accouchements effectués dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II soit une fréquence de 90%. Parmi ces 2530 patientes, 2403 patientes ont accepté de participer à notre étude soit une fréquence de 85,5%.

2-Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau I: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectifs	Fréquence (%)
<18	608	25,3
[18 - 35]	1565	65,1
>35	229	9,6
Total	2403	100,0

La tranche d'âge 18-35ans était la plus représentée avec 65,1% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquence (%)
Non scolarisées	793	33,0
Primaire	672	28,0
Supérieur	439	18,3
Secondaire	224	9,3
Ecole coranique	105	11,4
Total	2403	100,0

Plus d'une patiente sur trois, n'était pas scolarisée.

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Fréquence (%)
Femmes au foyer	1254	52,2
Couturière	317	13,2
Commerçante	138	5,7
Coiffeuse	83	3,5
Étudiante	60	2,5
Enseignante	23	1,0
Autres	341	14,2
Total	2403	100,0

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 52,2% des cas.

Tableau IV: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Primipare	647	26,9
Paucipare	1071	44,6
Multipare	420	17,5
Grande multipare	265	11,0
Total	2403	100,0

Les paucipares étaient les plus représentées avec 44,6% des cas.

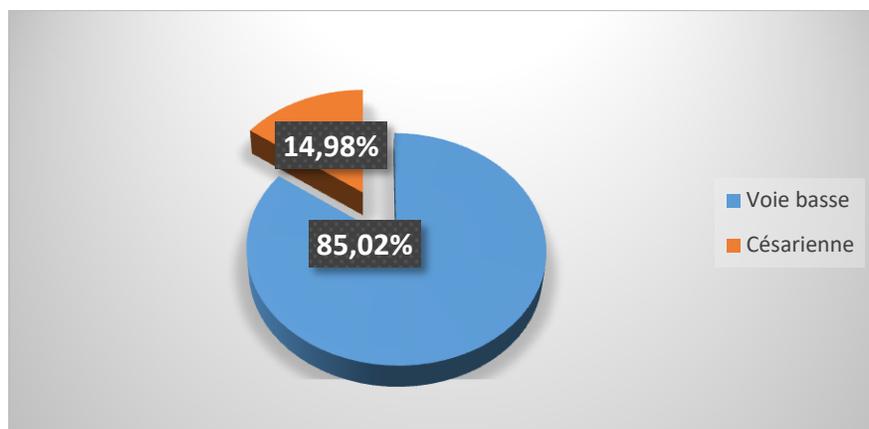


Figure 8: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Dans notre étude, 85,02% des patientes ont accouchés par voie basse contre 14,98% par césarienne.

3-Qualification des prestataires en charge des CPoN

Tableau V: Répartition des patientes selon la qualification des prestataires en charge des consultations postnatales

CPoN	Qualification des prestataires		Patientes non vues aux CPoN	Total
	Gynécologue obstétricien	Sage-femme		
1 ^{ère} CPoN	360 (14,9%)	2043 (85,1%)	0 (0%)	2403 (100%)
2 ^{ème} CPoN	360 (14,9%)	16 (0,7%)	2027 (84,4%)	2403 (100%)
3 ^{ème} CPoN	0 (0%)	2144 (89,2%)	259 (10,8%)	2403 (100%)
4 ^{ème} CPoN	0 (0%)	1041 (43,3%)	1362 (56,7%)	2403 (100%)

La 1^{ère} CPoN a été assurée dans 14,9% des cas par les gynécologues obstétriciens et dans 85,1% des cas par les sages-femmes.

La 2^{ème} a été assurée principalement par les gynécologues obstétriciens dans 14,9% des cas.

Les 3^{ème} et 4^{ème} CPoN ont été assurées par les sages-femmes soit 89,2% et 43,3% des cas.

4-Respect des normes de la CPoN

Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de la réalisation des consultations postnatales

CPoN	Réalisée		Non réalisée	
	Effectifs	Fréquence (%)	Effectifs	Fréquence (%)
1 ^{ère} CPoN	2403	100	0	0
2 ^{ème} CPoN	376	15,6	2027	84,4
3 ^{ème} CPoN	2144	89,2	259	10,8
4 ^{ème} CPoN	1041	43,3	1362	56,7

Toutes les patientes ont bénéficié de la première visite dans les 24 heures suivant l'accouchement avant la sortie soit 100%. Seulement 15,6% des patientes ont été vues à la deuxième CPoN; 89,2% ont été revues à la troisième et 43,3% des patientes ont fait la quatrième CPoN.

Tableau VII: Répartition des patientes selon le respect du nombre de CPON recommandée

Le nombre de CPON	Effectifs	Fréquence (%)
Respecté	293	15,1
Non respecté	2040	84,9
Total	2403	100,0

Les quatre (04) CPoN recommandées ont été réalisées par seulement 15,1% des patientes.

Tableau VIII: Relation entre le niveau d’instruction et le respect du nombre de CPON recommandée

Niveau d’instruction	Nombre de CPON recommandée		Total
	Respecté	Non respecté	
Non scolarisée	294(12,65%)	489(20,35%)	793(33%)
Primaire	18(0,74%)	654(10,23%)	672(10,97%)
Secondaire	8(0,33%)	216(8,99%)	224(9,32%)
Supérieur	32(1,33%)	407(16,94%)	439(18,10%)
École coranique	1(0,04%)	104(11,40%)	105(11,44%)
Total	293(15,10%)	2040(84,90%)	2403(100%)

$\text{Khi}^2= 505,293$ ddl = 4 P= 0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d’instruction et le respect du nombre de CPON recommandée.

Tableau IX: Relation entre la voie d’accouchement et le respect du nombre de CPON recommandée

Voie d’accouchement	Nombre de CPON recommandée		Total
	Respecté	Non respecté	
Voie basse	4(0,16%)	2039(84,85%)	2043(85,01%)
Césarienne	359(14,95%)	1(0,04%)	360(14,99%)
Total	293(15,11%)	2040(84,89%)	2403(100)

$\text{Khi}^2=2364,094$ ddl=1 P=0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre le respect des quatre CPoN et la voie d’accouchement. Les femmes césarisées respectaient plus le nombre de visite postnatale.

Tableau X: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la première CPoN

Paramètres	évalués	Non évalués
Tension artérielle	2403 (100%)	0 (0%)
Pouls	2403 (100%)	0 (0%)
Conjonctives	2403 (100%)	0 (0%)
Température	2403 (100%)	0 (0%)
État de conscience	2403 (100%)	0 (0%)
Douleur	2403 (100%)	0 (0%)
État émotionnel	2403 (100%)	0 (0%)
Autonomie de la patiente	2403 (100%)	0 (0%)
Conseils d'hygiène	2399 (99,8%)	4 (0,2%)
État général d'hygiène	2399 (99,8%)	4 (0,2%)
Globe de sécurité	2403 (100%)	0 (0%)
Périnée et lochies	2403 (100%)	0 (0%)
Examen des seins	2403 (100%)	0 (0%)
Cuisses et mollets	2403 (100%)	0 (0%)
Lever précoce	2403 (100%)	0 (0%)
Counseling PF	910 (37,9%)	1493 (62,1%)
Diurèse	2403 (100%)	0 (0%)

La quasi-totalité des paramètres ont été évaluée avant la sortie des patientes du centre.

Tableau XI: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la deuxième CPoN

Paramètres	Évalués	Non évalués
État général	376 (15,6%)	0 (0%)
Tension artérielle	376 (15,6%)	0 (0%)
Température	376 (15,6%)	0 (0%)
Pouls	376 (15,6%)	0 (0%)
Fréquence respiratoire	376 (15,6%)	0 (0%)
Poids	376 (15,6%)	0 (0%)
Taille	376 (15,6%)	0 (0%)
Examen des seins	376 (15,6%)	0 (0%)
Globe de sécurité	376 (15,6%)	0 (0%)
Reprise du transit	376 (15,6%)	0 (0%)
Plaie périnéale ou pariétale	376 (15,6%)	0 (0%)
Conservation de la diurèse	374 (15,5%)	2 (0,1%)
Incontinence urinaire	376 (15,6%)	0 (0%)
Fistule ano-vaginale	376 (15,6%)	0 (0%)
Cuisses et mollets	354 (14,7%)	22 (0,9%)
Signe de Homans	374 (15,5%)	2 (0,1%)
Lochies	376 (15,6%)	0 (0%)

Tous les paramètres ont été évalués chez les patientes vues à la deuxième CPoN.

Tableau XII: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la troisième CPoN

Paramètres	Évalués	Non évalués
Tension artérielle	2142 (89,1%)	2 (0,1%)
Pouls	1859 (77,3%)	285 (11,9%)
Prise de la température	2144 (89,2%)	0 (0%)
Fréquence respiratoire	0 (0%)	2144 (89,2%)
Examen des muqueuses	2144 (89,2%)	0 (0%)
Auscultation cardiopulmonaire	0 (0%)	2144 (89,2%)
Examen seins et montée laiteuse	2144 (89,2%)	0 (0%)
Rétraction utérine	2144 (89,2%)	0 (0%)
Vérification des lochies	2144 (89,2%)	0 (0%)
Urines et fréquence des mictions	0 (0%)	2144 (89,2%)
Incontinence urinaire	2144 (89,2%)	0 (0%)
Fistule ano-vaginale	2144 (89,2%)	0 (0%)
Examen des mollets	2142 (89,1%)	2 (0,1%)

Les paramètres tels que la tension artérielle a été évalué dans 89,1%, le pouls dans 77,3%, l'examen des cuisses et des mollets dans 89,1% des cas. Les autres paramètres comme la fréquence respiratoire, l'auscultation cardiopulmonaire, l'examen des urines et la fréquence des mictions n'ont pas été évalués.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les paramètres évalués au cours de la quatrième CPoN

Paramètres	Évalués	Non évalués
Demande du retour des couches	0 (0%)	1041 (43,3%)
Vérifier l'involution utérine	1041 (43,3%)	0 (0%)
L'absence de fistule obstétricale	1041 (43,3%)	0 (0%)
Rechercher problème d'allaitement	1041 (43,3%)	0 (0%)

La demande du retour des couches n'a pas été évalué chez aucune de nos patientes.

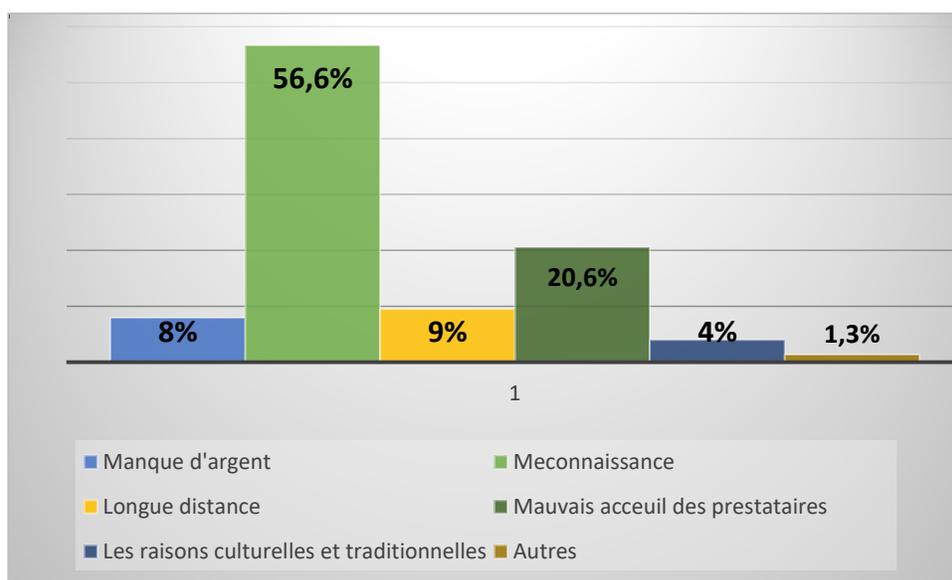


Figure 9: Répartition des patientes selon les raisons de la non réalisation des CPON

La méconnaissance avec 56,6% a été la principale raison évoquée par les patientes. Les stratégies de communication pour le changement de comportement devraient être mises en œuvre pour obtenir l'adhésion des méconnaissantes.

Tableau XIV: Relation entre le suivi de la grossesse et le respect du nombre de CPON recommandé

Suivi de la grossesse	Nombre de CPoN		Total
	Respecté	Non respecté	
Oui	87(3,62%)	1654(68,83%)	1741(72,45%)
Non	276(11,49%)	386(16,06%)	662(27,55%)
Total	363(15,11%)	2040(84,89%)	2403(100%)
$\text{Khi}^2=503,594$			$\text{ddl}=1$
			$P=0,000$

Il existe une relation statistiquement significative entre le suivi de la grossesse et le respect du nombre de CPoN.

Tableau XV: Répartition de la qualité des consultations par CPoN

CPoN	Score attendu (%)	Score obtenu (%)	Moyenne (%)
1 ^{ère} CPoN	100	96,32	96,32
2 ^{ème} CPoN	15,65	15,53	99,23
3 ^{ème} CPoN	89,22	67,68	75,86
4 ^{ème} CPoN	43,32	32,48	74,97

Les première, deuxième et troisième consultations étaient de très bonne qualité avec des scores de 96,32%, 99,23% et 75,86% ; la quatrième était de bonne qualité à 74,97%.

Les scores attendus ont été calculé sur la base des patientes vues par visite.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Fréquence

Du 1er janvier au 31 décembre 2019, nous avons colligé 2530 consultations postnatales sur un total de 2811 accouchements effectués dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II soit une fréquence de 90%. Parmi ces 2530 patientes, 2403 patientes ont accepté de participer à notre étude soit une fréquence de 85,5%. Cette fréquence est proche de celle de l'EDS VI qui stipule que les soins postnatals ont été réalisés dans les deux jours après la naissance par 80% des accouchées de Bamako [6].

2-Characteristiques sociodémographiques et cliniques

Dans notre étude, la tranche d'âge de 18 à 35 ans a été la plus représentée avec 65,1% des cas. L'âge moyen a été de 26,5 ans. **Hajar Ed-Dukar** à Rabat en 2018 a trouvé pour cette tranche d'âge 80,34% avec un âge moyen de 28,5ans [27]. **Berthé MY** en 2014 dans son étude a trouvé 78,5% dans la tranche de 14 à 29 ans [30]. 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, une patiente sur quatre (25,4%) avait moins de 18 ans. Cette fréquence élevée chez les femmes de moins de 18 ans pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs parmi lesquels, on peut citer le mariage précoce, la non scolarisation des filles, la précocité des relations sexuelles de la jeune fille et surtout les considérations religieuses et ethniques.

Plus d'une patiente sur trois soit 33% n'était pas scolarisée et près du tiers (28%) avait un niveau primaire. **Hajar Ed-Dukar** a trouvé en 2018 à Rabat 26,2% de patientes non scolarisées [27]. **Sagara JA** en 2010 au Mali a noté 73,3% de femmes non scolarisées [31]. 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 [6].

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. Dans notre étude, 28% des patientes avaient un niveau primaire, 9,3% un niveau secondaire et 18,3% 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 [6].

Dans notre étude, plus de la moitié des patientes soit 52,2% étaient des femmes au foyer. Notre taux est proche de celui de **Berthé MY** en 2014 qui a rapporté au centre de santé communautaire de Torokorobougou, 50,2% de femmes au foyer [30]. 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.

Les paucipares étaient les plus représentées avec 44,6% des cas. Ce taux est supérieur à celui trouvé par **Berthé MY** en 2014 qui a rapporté 29% de paucipares [30].

La majorité de nos patientes ont accouché par voie basse soit 85% contre 15% par césarienne.

3-Qualifications des prestataires

La structuration de notre service est faite de tel sorte qu'il y'a deux unités en charge du suivi postnatal du couple mère-enfant. Une pour la consultation postnatale proprement dite et une pour les pansements des plaies opératoires des patientes ayant subit une césarienne. Toutes ces unités sont dirigées par des sages-femmes sous la supervision des gynécologues-obstétriciens.

Toutes nos patientes ont bénéficié de la 1^{ère} CPoN. Elle a été réalisée par les sages-femmes dans 100% des accouchements effectués par voie basse. Pour les patientes ayant subi une césarienne, cette 1^{ère} CPoN a été réalisée pendant leur hospitalisation par les gynécologues obstétriciens

La 2^{ème} CPoN a été réalisée par 376 patientes soit 15,65%. Il s'agissait principalement de patientes ayant subi une césarienne ou ayant présenté des complications après un accouchement par voie basse. Elle a été effectuée par les gynécologues obstétriciens dans 14,98% des cas (95,75% des CPoN2) et les sages-femmes dans 0,67% des cas (4,25% des CPoN2).

Quant à la 3^{ème} CPoN, elle a été réalisée par 2144 patientes soit 89,2% des cas. Elles ont été toutes effectuées par les sages-femmes.

La 4^{ème} CPoN n'a été réalisée que par 1041 patientes soit 43,3% des cas. Comme la CPoN3, elles ont toutes effectués par les sages-femmes.

4-Le respect des normes de la CPON

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.

La 2^{ème} CPoN entre 48 et 72 heures a été faite par seulement 15,6% des patientes. Il s'agissait essentiellement de patientes ayant subi une césarienne. La durée d'hospitalisation moyenne après une césarienne non compliquée étant de 72 heures dans notre service ; de ce fait ces patientes bénéficient de cette consultation. Les femmes ayant accouchées par voie basse n'ont pas réalisé cette CPoN dans la plupart des cas (84,4%). Les raisons de la non réalisation de la 2^{ème} CPoN étaient la méconnaissance par les patientes et certaines 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 89,2% ont effectué la troisième visite. 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.

La dernière consultation postnatale se fait avant la fin de la 6^{ème} semaine après l'accouchement. Dans notre étude moins de la moitié des femmes soit 43,3% des cas ont effectué cette visite. Les motivations pour la réalisation de cette 4^{ème} visite ont été dominées par le choix d'une méthode contraceptive et les questions relatives à la reprise des rapports sexuels. La date de reprises des activités physiques a été aussi soulignée par les patientes césarisées.

Dans notre étude, 15,1% des patientes dont 15% de patientes césarisées et 0,1% de patientes ayant accouché par voie basse, ont effectué les quatre CPoN recommandées. La prédominance des patientes césarisées s'explique en partie par leur durée d'hospitalisation et les pansements qu'elles reçoivent après. De ce fait les patientes césarisées sont mieux suivies que celles qui ont accouché par voie basse.

L'analphabétisation a été un facteur influençant le respect des normes dans notre étude. Sur les 33% des patientes non scolarisées, seulement 12,65% ont réalisé les 04 CPoN contre 20,35% qui n'ont pas respecté ce nombre. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le respect du nombre de CPoN recommandé ($\text{Khi}^2 = 505,293$ $P = 0,000$).

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 1^{ère} CPoN, le counseling PF a été fait dans 37,9% des cas, les conseils d'hygiène ont été donnés dans 99,8% des cas ; tous les autres paramètres ont été évalués.

Au cours de la deuxième consultation, l'examen des cuisses et des mollets a été fait dans 14,7%, la conservation de la diurèse et la recherche du signe de Homans dans 15,5%, tous les autres paramètres ont été évalués chez les 15,6% de patientes. Chez les 89,2% patientes qui ont effectué la troisième visite, la tension artérielle a été évalué dans 89,1%, le pouls dans 77,3%, l'examen des cuisses et des mollets dans 89,1% des cas. Les autres paramètres comme la fréquence respiratoire, l'auscultation cardiopulmonaire, l'examen des urines et la fréquence des mictions n'ont pas été évalués. La négligence et la méconnaissance de l'importance de ces examens par certaines prestataires étaient les principales raisons.

Chez les 43,3% des patientes qui ont effectué la quatrième consultation, la demande du retour des couches n'a été évalué dans aucun cas. Cette question a été négligée par les prestataires. L'importance de cette question est de s'assurer de la reprise du cycle menstruel et son désir d'espacement des grossesses.

Dans notre étude, les trois premières consultations étaient de très bonne qualité avec la moyenne des scores 96,32%, 99,23% et 75,86%. La dernière était de bonne qualité avec une moyenne à 74,97%.

Dans notre étude, 460 patientes soit 19,1% des cas ont bénéficié de méthodes contraceptives.

5-Les raisons

Dans notre étude, le manque d'information sur la CPoN (56,6%), le mauvais accueil des prestataires (20,6%), la distance avec le centre (9,5%), le manque

d'argent (8%), les considérations culturelles et religieuses (4%) ont été évoqués par les patientes comme étant les raisons de la non fréquentation des services de CPoN. Toutes nos patientes ont bénéficié de la première CPoN parce que la surveillance du postpartum et l'examen avant la sortie de la maternité étaient obligatoires. Pour la 2^{ème} CPoN, les raisons évoquées étaient la méconnaissance, les considérations culturelles et religieuses. Au cours de la 3^{ème} CPoN, le manque d'argent, le mauvais accueil des prestataires, la distance avec le centre ont été évoqués par les patientes. Les activités quotidiennes comme les occupations ménagères, le commerce ainsi que la méconnaissance de l'importance de cette consultation ont été les raisons évoquées par certaines patientes pour leur non fréquentation.

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].

Les expériences antérieures telles que le suivi prénatal, le déroulement et le lieu d'accouchement et l'existence d'un facteur de risque sont des facteurs très influents sur le suivi postnatal. Dans notre étude, il existe une relation statistiquement significative entre le suivi de la grossesse et le respect du nombre de CPoN dans le sens négatif ($\text{Khi}^2=503,594$ ddl=1 ; $P=0,000$). Les mêmes constats ont été fait par d'autres auteurs [32, 33, 34].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION

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.

2-RECOMMANDATIONS

❖ Aux responsables du service de gynécologie et d'obstétrique

☞ Former les prestataires responsables des CPON aux CPN et CPON en précisant le nombre de chacune d'entre elle.

❖ Aux prestataires

☞ Donner l'information aux patientes sur les CPoN avant leur sortie de la maternité ;

☞ Informer et sensibiliser les femmes 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 ;

❖ Aux autorités :

☞ 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.

☞ Adhésion des CPoN à l'assurance maladie universelle.

❖ A la population

☞ Eviter le mariage précoce des jeunes filles ;

☞ Participer activement aux différentes séances de sensibilisation pour le changement de comportement ;

☞ Promouvoir la scolarisation des filles ;

☞ Fréquenter les services de santé maternelle et infantile en l'occurrence les consultations prénatales, postnatales et planification familiale.

RÉFÉRENCES

VIII. RÉFÉRENCES

1. **Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali.** Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme. Gravidité-puerpéralité : Soins prénatals, soins pernatals, soins postnatals. Mai 2019 ; Volume 3 :79p.
2. **Ronsmans C, Graham WJ.** Mortalité maternelle : qui, quand, où et pourquoi. Lancet 2006 ; 298 :1189-1200.
3. **Lawn JE, Cousins S, Zupan J.** 4 millions de décès néonataux : Quand ? Où ? Pourquoi ? Lancet 2005 ; 295 : 891-900.
4. **OMS.** Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le **Groupe de la Banque mondiale** et de la **Division de la population des Nations Unies.** Résumé d'orientation 2015 : 2-16.
5. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE),** Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), Résultats clés, Cotonou, Bénin 2015 : 4-13.
6. **République du Mali.** Sixième enquête démographique de santé (EDS) 2018. 643p.
7. **Senat M-V, Sentilhes L, Battut A al.** Postpartum, recommandations pour la pratique clinique – Texte Court. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la reproduction 2015 44(10) :1157-1166.
8. **OMS.** Soins à la mère et au nouveau-né dans le postpartum. Guide pratique. Genève 1999 ;722p.
9. **Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali.** Politique et normes des services de santé de la reproduction. Mai 2019, Volume1 : 29p.

10. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).

Conférence nationale des praticiens universitaires et hospitaliers en Gynécologie-Obstétrique. Protocole en gynécologie-obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ;2007. 208p.

11. Audrey B. Sages-femmes et consultation postnatale en Lorraine, où en sommes-nous ? Mémoire de l'Université de Lorraine ; France ; 2008.13p.

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.

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 ; 4^{ème} 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 pro-alpha C et la follistatine sériques chez la mère. *Hum Reprod* 2010 ; 13 :3529-3529.
- 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-utérin 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 développement du nourrisson. Contraception 2005 ; 72 :346-311.

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

ANNEXES

1-FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONÉ

Prénom : Charles samba

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2020

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Évaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Obstétrique et santé publique

Adresse e-mail : charlessambakon@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

Notre étude prospective transversale, descriptive et analytique, s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, sur une période de 12 mois (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019).

L'objectif général était d'évaluer la qualité du suivi des mères dans le postpartum.

La fréquence des CPoN dans notre service était de 90%. Parmi les 2403 patientes, seulement 15,1% ont réalisé les 04 CPoN recommandées. Il s'agissait de patientes âgées de 18-35 ans dans 65,1% des cas, femmes au foyer dans 52,2% des cas, des non scolarisées dans 33% des cas, des paucipares dans 44,6% des cas.

Les raisons de la non fréquentation des services postnatals évoquées par les patientes étaient entre autres le manque d'information dans 56,6% des cas, la longue distance dans 9,5% des cas, le mauvais accueil des prestataires dans 20,6% des cas, le manque d'argent dans 8% des cas, les considérations culturelles et traditionnelles dans 4% des cas, les occupations ménagères dans 1,4% des cas. Les de très bonne qualité dans 96,32%, 99,23% et 75,86% des cas ; de bonne qualité la 74,97% des cas ; d'assez bonne et de mauvaise qualité dans aucun cas.

Mots clés : Consultation postnatale, qualité, nombre.

2-FICHE D'ENQUÊTE

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

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

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;

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 ;

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.

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!