

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2021-2022

N°/..... /

**TITRE DU MEMOIRE**

***FREQUENCES DES TROUBLES PSYCHIQUES EN PERIODE DU  
POST PARTUM EN MEDECINE DE PREMIERE LIGNE, CAS DU  
CSCOM-U DE BANCONI***

Présenté et soutenu publiquement le 12 / 01 / 2023 à heures

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr Kadia TRAORE SAMAKE

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine de  
Famille/Médecine Communautaire

**JURY**

Présidente : Professeur Fatoumata DICKO

Membre : Docteur Al-Housseyni dit Guimba SISSOKO N°2.

Codirecteur : Docteur Souleymane SIDIBE

Directeur c : Professeur Souleymane Papa COULIBALY

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Au nom d'**ALLAH Soubhannah Wata Allah**

Le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

**Alhamdoulilaa Alhamdoulilaa Alhamdoulilaa**

Merci de m'avoir donné la vie et d'y veiller. Gloire à toi de m'avoir assisté de ta lumière et en toute circonstance. Tant que je vivrai je ne cesserai de te rendre grâce et de faire du bien à l'humanité toute entière car tu as dit dans le saint coran : « celui qui fait un atome de bien le verra, celui qui fait un atome de mal le verra aussi ».

Et à son Prophète **MUHAMAD EL AMIN (Paix et salut sur lui)**, le bien aimé de toutes tes créatures.

Je dédie ce travail :

♥ **A ma tendre mère Mme TRAORE Aminata N'DIAYE**

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit.

Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

Tu as consacré ta vie à prendre soin de tes enfants et à faire d'eux des Hommes droits, justes et pieux

Merci au bon DIEU d'avoir fait de toi ma maman.

Que le tout puissant Allah te garde longuement auprès de nous dans la santé, l'amour et le bonheur. Amine ! Je t'aime.

♥ **A mon père Abdoulaye TRAORE**

S'il m'avait été donné de choisir un père, je n'aurais fait meilleur choix que toi.  
Etre ta fille est une fierté.

Tu as toujours été à nos côtés pour nous soutenir et nous encourager.

Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection

Avec ton sens du devoir, très tôt tu as toujours su nous inculquer l'importance du travail bien fait, et aller au bout de nous-même. Tu as consacré ta vie à prendre soin de tes enfants et à faire d'eux des Hommes droits et justes.

L'honneur de ce travail te revient puisqu'il ne peut être qu'un de tes vœux les plus ardents.

Je prie Dieu, le tout puissant, de te protéger et de te procurer santé, bonheur et longue vie à nos côtés.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen !

**♥ A mon frère Amadou et mes sœurs bien aimées Awa, Salamata, Fatoumata, Mariam**

On ne choisit pas sa famille mais c'est un plaisir et une chance d'être votre sœur. Merci d'être devenus des « balima gnouman » intègres, responsables, pieux, intelligents et sages dans vos personnalités. Sachons toujours vivre selon les principes que papa et maman nous ont inculqués. Que Dieu veille sur chacun de vous et vous assiste dans la réalisation de tous vos projets. Amin !

Qu'Allah nous garde longtemps ensemble dans une famille unie et comblée, récompense et exauce nos souhaits les plus chers.

**♥ A mon âme sœur et mari Abdrahamane SAMAKE**

**Je dirai tout simplement que tu es un cadeau du siècle que le bon DIEU m'a offert.**

Tu as fait irruption dans ma vie quand je m'y attendais le moins et tu as su gagner mon amour et ma confiance par ton sérieux, la noblesse et la persévérance de ton amour, ta compréhension et ta générosité.

Merci d'être là pour moi et de m'aimer autant, je t'aime de tout mon cœur, sache bien que tu es ma source d'inspiration, que ce travail soit pour toi.

Qu'Allah veille sur nous et qu'il nous comble de toute sa grâce. Amin !

Qu'Allah nous garde longtemps ensemble dans une famille unie et comblée, récompense et exauce nos souhaits les plus chers.

**♥ A tous mes enfants chéris**

Reconnaissante envers vous d'avoir toujours été là pour moi, quoi que le poids de nos épreuves, je vous chérie et vous aime infiniment, sachez toujours que vous êtes ma source d'inspiration

Qu'Allah nous garde longtemps ensemble dans une famille unie et comblée, récompense et exauce nos souhaits les plus chers.

♥ **A mes tantes, oncles, cousines**

Vous avez su au même titre que mes parents biologiques me couvrir d'affection et d'attention. Trouvez en ce travail le modeste témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude à votre égard. Puisse Allah vous préserver.

♥ **A mon frère et mes deux sœurs communautaires**

Mes compagnons de classe de tous les jours (**8<sup>ème</sup> Promotion du DES de MF/MC**) : **Dr Aminata BORE, Dr KODIO Aminata, Dr Abasse DIABY**

Nous avons parcouru ensemble un long chemin semé d'embûches et nous nous sommes soutenus et accompagnés jusqu'au bout. Merci pour tous ces moments de joies et d'avoir été là chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Nous sommes une famille et je serai toujours là pour vous. Bonne chance à tous.

**REMERCIEMENTS**

Mes sincères remerciements :

**Au Professeur DEMBELE Mamadou**

Merci d'avoir accepté d'être le premier coordinateur du DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire et pour tout ce que vous avez fait pour la bonne marche du département. Merci pour la formation et l'enseignement que vous nous avez transmis. On en fera bon usage. Que Dieu vous garde aussi longtemps que possible dans la santé.

**Au Professeur Fatoumata DICKO**

Promotionnaire et amie, vous avez été ma grande fierté quand DIEU nous a encore réunie comme coordinatrice et étudiante du DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire et pour tout ce que vous avez fait pour la bonne marche du département. Ma profonde gratitude pour la formation et l'enseignement que vous nous avez transmis. Nous en ferons bon usage. Que Dieu nous garde aussi longtemps que possible dans la santé et l'affection.

**Au secrétariat du département de Médecine de Famille et Médecine Communautaire**, merci pour votre accompagnement, votre présence et tout le soutien reçu.

**A Alima la secrétaire du Doyen de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie**

Merci pour votre grande générosité du cœur.

**A toute l'équipe du Projet CLEFS à travers la personne du Professeur Mahamane MAIGA :**

Merci pour le soutien financier et matériel. Nous vous serons toujours reconnaissants de cette faveur.

**Aux Maîtres Assistants et Chargés d'encadrement clinique et de cours : Dr Issa Souleymane GOITA ; Dr Drissa Mansa SIDIBE ; Dr Souleymane SIDIBE ; Dr Boubacar NIARE ; Dr Mamadou Bayo COULIBALY ; Dr Inhissa BENGALY ; Dr Bréhima Kafougou COULIBALY ; Dr Aboubakary KONATE ; Dr Alfousseyni SISSOKO dit Guimba n°2 ; Dr Kassim BARRY ; Dr Mohamed DIABATE**

Merci pour cette formation de qualité, tous vos soutiens pour la réussite de ce travail et en souvenir des moments passés ensemble. Que le tout puissant vous accorde sa grâce.

**A Dr Intimbé TEMBINE**

Merci pour votre aide pour la réussite de ce travail. Que le tout puissant vous accorde sa grâce.

**Aux Résidents 3 de l'année universitaire 2021-2022 : Dr Koniba DIAKITE ; Dr Diahara TANGARA ; Dr Daouda Diarra ; Dr Adama Mansa DOUMBIA ; Dr COULIBALY Hassane ; Dr Salif KAMISSOKO ; Dr DIAKITE Mamadou.**

Ce mémoire est le fruit de notre bonne collaboration. Puisse Allah vous préserver dans la santé, la longévité et la prospérité.

**Aux DES de Médecine Interne notamment : Dr KONE Nouhoum ; Dr FANE Sékou ; Dr SANGARE Moussa**

Merci pour nos bons moments de collaboration.

**A mes oncles paternels et maternels**

**A mes tantes paternelles et maternelles**

**A mes cousins et cousines**

**A mes grands-parents**

Merci pour vos prières.

**A tous les maîtres du service de médecine interne du CHU point G**

**A tout le personnel des Centres de Santé Communautaire et Universitaire**

Merci pour l'enseignement reçu.

Merci pour vos prières et bénédictions.

**A tous ceux qui ont cette noble tâche de soulager les gens et de diminuer leurs souffrances.**

**A tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur**

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

### Professeur Fatoumata DICKO

- ✓ **Professeur titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;**
- ✓ **Coordinatrice du DES de Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;**
- ✓ **Chef de service de la néonatalogie de la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- ✓ **Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (SOMAPED) ;**
- ✓ **Secrétaire générale de l'association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF) ;**
- ✓ **Membres des collègues Ouest Africains des Médecins.**

**Cher Maître,**

*Ce travail est le fruit de vos efforts.*

*Votre rigueur, votre humanisme, la clarté de votre enseignement, votre souci constant pour le travail bien fait et votre intérêt pour la ponctualité imposent respect et admiration.*

*Votre amour maternel envers nous, votre dévouement pour les malades et vos qualités intellectuelles font de vous un modèle.*

*Par ailleurs, nous vous prions de bien vouloir accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à la hauteur de vos attentes.*

*C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci pour votre soutien, pour les nombreux conseils que vous nous avez prodigués et pour votre sens aigu du travail bien fait que vous nous avez transmis.*

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur Al-Housseyni dit Guimba SISSOKO N°2**

- ✓ **Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire,**
- ✓ **Charger de cours à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**

**Cher Maître,**

*Nous vous sommes très reconnaissantes de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail malgré le délai court.*

*Votre modestie et votre compétence professionnelle seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

*Veillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.*

## A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

### Docteur Souleymane Sidibé

- ✓ **Spécialiste en médecine de famille/ médecine communautaire ;**
- ✓ **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- ✓ **Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine ;**
- ✓ **Vice-président du Réseau des Médecins de Famille et Communautaires (REMEFAC) ;**
- ✓ **Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.**

### **Cher Maître,**

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous aidant à parfaire ce sujet de mémoire.*

*Calme et serein dans votre personnalité, d'esprit large, votre simplicité, votre souci à transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.*

*Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter.*

*Ce mémoire est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le sacrifice consenti pour nous et pour la confiance et le soutien que vous avez eu à notre égard. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.*

*Que le bon Dieu vous prête la santé et la paix du Cœur.*

## A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

### Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ✓ Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie ;
- ✓ Psychiatre au CHU du point G,
- ✓ Membre du Consortium Human heredity and health in Africa (H3africa) ;
- ✓ Membre de la société Africaine de santé Mentale(SAM)

### **Cher Maître,**

*C'est un honneur pour nous que vous ayez accepté de diriger ce travail.*

*Les mots nous manquent pour vous exprimer tout le bien que nous pensons de vous.*

*Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques avec votre équipe que par votre humeur et vos multiples qualités de communications durant notre passage pour nos stages dans votre service, notamment votre bienveillance à notre égard, votre sens de l'écoute, votre sincérité.*

*Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants.*

*Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profonde gratitude.*

*Que Dieu le tout puissant vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.*

**LISTES DES  
ABREVIATIONS**

## **ABREVIATIONS**

ASACO : Association de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire et Universitaire

DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e edition

DTC : Directeur Technique du Centre

EDS : Enquête Démographique et de Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

**LISTES DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des participantes selon la tranche d'âge .....	15
Tableau II: Répartition des participantes selon leur fonction .....	15
Tableau III : Répartition des participantes selon le statut matrimonial .....	16
Tableau IV: Répartition des participantes selon l'existence de coépouse .....	16
Tableau V: Répartition des conjoints selon le niveau d'instruction .....	16
Tableau VI : Répartition des participantes selon les antécédents médicaux .....	17
Tableau VII: Répartition des participantes selon les antécédents chirurgicaux .	17
Tableau VIII : Répartition des participantes selon les antécédents obstétricaux	18
Tableau IX: Répartition des participantes selon le suivi des CPN (nombre) .....	18
Tableau X: Répartition des participantes selon le mode d'accouchement .....	19
Tableau XI: Répartition des participantes selon la motivation de la grossesse ..	19
Tableau XII: Répartition selon la personne qui supporte le coût des ordonnances .....	20
Tableau XIII: Répartition des participantes selon la période du Post-partum (Durée).....	20
Tableau XIV : Les fréquences des troubles psychiques .....	21
Tableau XV: Les fréquences des troubles psychiques, période d'apparition .....	21
Tableau XVI : Les fréquences des troubles psychiques .....	22
Tableau XVII : Répartition des participantes selon leur impression par rapport à la grossesse .....	22
Tableau XVIII: Répartition des participantes selon la dépression et les facteurs de risque .....	23
Tableau XIX : Répartition des participantes selon l'anxiété et les facteurs de risque .....	26
Tableau XX: Répartition des participantes selon le stress du post traumatique et les facteurs de risque .....	28

Tableau XXI : Répartition des participantes selon la psychose post partum et les facteurs de risque.....	30
Tableau XXII: Répartition des participantes selon le post-partum blues et les facteurs de risque.....	32

## **Table des matières**

INTRODUCTION .....	2
1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	5
2 OBJECTIFS .....	6
2.1 Objectif général .....	6
2.2 Objectifs spécifiques .....	6
3 METHODOLOGIE .....	8
3.1 Cadre de l'étude .....	8
3.2 Type et Période de l'étude.....	8
3.3 Population de l'étude.....	8
3.4 Méthode d'échantillonnage .....	8
3.5 Techniques et outils de collecte .....	8
3.6 Plan d'analyse des résultats.....	9
3.7 Définitions Opérationnelles.....	10
3.8 Considérations éthiques.....	13
4 RESULTATS.....	15
4.1 Caractéristiques sociodémographiques .....	15
4.2 Antécédents .....	17
4.3 Fréquences des troubles psychiques.....	21
4.4 Facteurs de risques .....	22
5 DISCUSSION.....	35
5.1 Caractéristiques sociodémographiques .....	35
5.2 Fréquences des troubles psychiques.....	36
5.3 Facteurs de risques liés aux troubles psychiques du post-partum.....	37
CONCLUSION .....	40
RECOMMANDATIONS .....	41
REFERENCES .....	43
ANNEXES .....	46

# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents. Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux. Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important. La grossesse et le post-partum sont des périodes propices aux liens avec les professionnels de santé. Les nouveaux parents sont souvent à la recherche de soutien pour faire face aux bouleversements associés à l'arrivée du nouveau-né. Le post-partum constitue ainsi, pour les cliniciens, une occasion unique d'aborder la santé psychique, sociale et somatique de leurs patients. Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant **(1)**.

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les états psychopathologiques liés à la période de la gravidité-puerpéralité. Celle-ci s'étend de la conception à la première année de l'enfant et concerne les étapes de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du sevrage. Ces troubles psychiques sont actuellement une priorité de santé publique : d'une part ils participent aux possibles complications obstétricales, d'autre part ils concourent à d'éventuels troubles chez le bébé ; enfin, certains peuvent se compliquer de suicide et/ou d'infanticide **(2)**.

Le processus psycho-affectif qui mène à l'état d'être mère, dénommé maternalité, est favorisé par la transparence psychique qui permet à la mère d'être à l'écoute de sa propre histoire infantile : des conflits anciens émergent à sa conscience, sont réactualisés pour être réaménagés. De fille, la femme va devenir mère. C'est à ce moment de sensibilité particulière que des traumatismes et des deuils passés peuvent resurgir. C'est tout d'abord le vécu concernant l'état de grossesse qui est au premier plan avec un sentiment fréquent de plénitude et de toute puissance. Puis, progressivement, des représentations concernant l'enfant à venir se

construisent : l'enfant imaginaire est celui qui correspond à l'idéal maternel, l'enfant fantasmatique est le fruit du conflit œdipien et l'enfant réel commence à être appréhendé lors des échographies. Ces différentes représentations devront se concilier **(2, 3)**.

Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale **(3)**.

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Compte tenu de sa prévalence (environ 13 %) et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé. Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques **(1)**.

En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude Elfe **(4)**.

Ces troubles psychiques périnataux incluent notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychiques sévères (bipolarité, schizophrénie, troubles graves de la personnalité, etc.), les addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives), et les troubles de la relation précoce (parents-bébé). Il convient également de prendre en compte un risque accru de survenue et de rechute dans le cas de troubles bipolaires **(5)**.

Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non prise en charge, une étude française ayant montré que seules 25 % des femmes rapportant une détresse psychologique déclaraient avoir bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et 11% des femmes ont été mis sous traitement antipsychotique **(6)**.

Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes. Il s'agit de la persistance des symptômes sur le long terme chez les mères ; la perte de la vie chez leurs enfants et un risque psychosocial pour leur entourage.

Les suicides ont représenté 20 % des morts maternelles sur la période 2007-2009. Ils se plaçaient ainsi en tête des causes de mortalité maternelles **(7, 8)**.

Des difficultés potentielles dans l'instauration de la relation précoce entre la mère et l'enfant sont également susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant en l'exposant à un sur risque d'être victime de carences, de négligences et de maltraitance **(9)**.

## **1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

La période périnatale est marquée par des changements psychosociaux et psychodynamiques, par des transformations physiques et par de véritables bouleversements endocriniens. C'est sans doute le cumul de ces facteurs qui participe à la survenue de troubles de l'humeur ou de troubles psychiatriques pendant la grossesse et en péri-partum.

Le Mali traverse depuis 2012 une crise très profonde avec ses cortèges d'insécurité, de paupérisation et violence surtout faite aux femmes, aux filles et adolescentes. Tout ceci entrava le développement et l'épanouissent de la population en général et ceux des femmes et filles en particulier.

Les facteurs de risque de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont liés à cette crise sanitaire sans précédent et/ou aux antécédents des femmes. Dans ce contexte, les facteurs de risque des troubles mentaux doivent être repérés après l'accouchement.

Les problèmes de santé mentale constituent un problème majeur de santé publique à travers le monde entier et un enjeu majeur de santé publique au Mali. Des entretiens menés auprès de médecins maliens, généralistes expérimentés, indiquent en effet une présence importante de troubles somatiques médicalement inexpliqués, de dépression, de dépression post-partum, de troubles de développement chez les enfants, de troubles délirants et de suicide. Cependant, la prise en compte de ces problèmes pose des défis considérables, entre autres, parce qu'ils sont généralement méconnus et peuvent faire l'objet de préjugés. De plus, certains éléments socioculturels relatifs aux croyances, aux valeurs et à la spiritualité jouent un rôle important dans la reconnaissance, la compréhension et la prise en charge de ces problématiques.

Il existe au Mali très peu d'études similaires déterminant la fréquence de ces troubles psychiques et identifiant leurs facteurs de risque. C'est ce qui justifie la présente étude qui se fixe comme objectifs :

## **2 OBJECTIFS**

### **2.1 Objectif général**

Evaluer les troubles psychiques en période du post partum au CCom-U de Banconi.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

- ✓ Déterminer la fréquence des troubles psychiques en période du post partum ;
- ✓ Déterminer les pathologies psychiques rencontrées en période du post partum ;
- ✓ Identifier les facteurs de risque de troubles psychiques chez la femme en période du post partum.

**METHODOLOGIE**

### **3 METHODOLOGIE**

#### **3.1 Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé du CSCom U de Banconi, district sanitaire de la commune I de Bamako.

#### **3.2 Type et Période de l'étude**

Il s'agissait d'une étude analytique observationnelle de type cohorte portant sur les femmes en période de post-partum immédiate définie selon OMS dans l'aire de santé du CSCom U de Banconi entre 01 Mars 2022 au 31 Juillet 2022 ; soit quatre mois.

#### **3.3 Population de l'étude**

##### **3.3.1 Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude :

- ❖ Les accouchées durant la période d'étude, résidant dans l'aire de santé de Banconi et ayant accepté de participer à l'étude ;
- ❖ Les femmes n'ayant pas accouché durant la période d'étude mais se trouvant dans la période du post-partum selon OMS (6 à 8 semaines après accouchement), résidant dans l'aire de santé de Banconi et ayant accepté de participer à l'étude.

##### **3.3.2 Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus de l'étude :

- ❖ Les accouchées se trouvant au-delà de la période du post partum selon OMS (6 à 8 semaines après accouchement) ;
- ❖ Les accouchées ne consentant pas à l'étude.

#### **3.4 Méthode d'échantillonnage**

Nous avons effectué un échantillonnage par commodité ; c'est-à-dire que toutes les femmes en post-partum disponibles et consentantes durant la période de collecte de 4 mois ont été enregistrées et suivies.

#### **3.5 Techniques et outils de collecte**

##### **3.5.1 Matériel :**

La fiche d'enquête, les registres.

### **3.5.2 Collecte des données :**

Le recueil des données a été effectué auprès des mères dans le Centre de Santé Communautaire et dans les Sites des Agents de Santé Communautaire.

Les informations ont été consignées dans un questionnaire standardisé. Ce questionnaire comprenait les caractéristiques sociodémographiques et les données cliniques des participantes.

Les suivis des participantes ont été effectués soit par téléphone ou lors de leurs rendez-vous de la consultation post-natale ou de la vaccination de leurs enfants selon un rythme de deux semaines.

### **3.5.3 Outils de collecte :**

Les outils utilisés durant notre étude étaient les registres de consultation externe, de consultation post natale, des carnets de CPN dans le but de collecter et de compléter les informations recueillies auprès des femmes.

Outres ces outils nous avons utilisé une fiche d'enquête pour enregistrer les informations afin de faciliter l'analyse des données. Elle était répartie en treize items dont : Données sociodémographiques, antécédents, données socio-économiques conjoint, nature de la demande, données cliniques, concepts populaires, période de survenue, facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynécologiques et obstétricaux, facteurs psychosociaux et histoire personnelle, examen physique, examens complémentaires, prise en charge.

Dans le but d'atteindre nos objectifs, nous avons utilisé l'outil de dépistage des troubles psychique conçu par le département de médecine de famille /médecine communautaire du Mali en collaboration avec le département de la psychiatrie du Mali (10).

### **3.6 Plan d'analyse des résultats**

La collecte, traitement et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Epi Info, Excel. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2 et le Fisher exact avec un seuil de significativité  $p < 0,005$ .

### 3.7 Définitions Opérationnelles

➤ **Grossesse** : Ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel **(11)** ;

➤ **Accouchement** : l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) **(12)** ;

➤ **Post-partum** : La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse **(13)**.

➤ **Trouble psychique/ Trouble mental** : « Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mentale » **(14)**.

#### ➤ **Dépression post natale**

Survenant pendant la grossesse ou pendant le post-partum, est considéré comme le trouble psychique le plus courant chez les personnes enceintes et en post-partum **(15)**. Les recherches indiquent que la dépression du post-partum touche 10 à 15 % des personnes en post-partum **(10)**, mais ce chiffre est probablement beaucoup plus élevé. Les études sur la dépression du post-partum ne portent souvent que sur les premières semaines du post-partum, alors que la dépression du post-partum peut survenir à tout moment au cours de la première année du post-partum **(15)**.

Les personnes souffrant de dépression du post-partum peuvent avoir des problèmes de sommeil ou d'excès de sommeil, une humeur maussade, une perte d'intérêt pour des activités jusqu'à lors appréciées, une perte de poids, de l'agitation ou des mouvements lents, de la fatigue et/ou des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité **(6)**. Certaines données scientifiques indiquent que

la perte de contrôle est le sentiment prédominant de la dépression du post-partum (6). Les personnes atteintes de dépression du post-partum ont souvent l'impression de lutter pour survivre, enveloppées d'un brouillard qui les empêche de se concentrer même sur les tâches les plus simples, et de s'occuper de leur enfant (6).

➤ **Anxiété :**

Le trouble d'anxiété généralisée du post-partum (TAG) survient lorsque l'inquiétude devient excessive et incontrôlable et interfère avec la vie quotidienne ou la prise en charge d'un nourrisson (8). Les inquiétudes peuvent couvrir un large spectre, mais il est courant pour les personnes souffrant d'anxiété du post-partum de s'inquiéter de la santé de leur nouveau-né, de leur propre santé, de la santé de leur partenaire et/ou de mourir et de laisser le nouveau-né sans parent (8).

Une personne qui a des attaques de panique soudaines et inattendues après la naissance d'un enfant peut souffrir d'un trouble panique post-partum (11). Cette forme d'anxiété du post-partum peut être diagnostiquée lorsque les attaques se poursuivent pendant plus d'un mois et que la personne est constamment inquiète de subir une autre attaque (11). Le trouble panique post-partum peut donner à la personne l'impression de perdre le contrôle, de devenir folle ou même de faire une crise cardiaque (11).

Il n'existe actuellement pas beaucoup de recherches portant spécifiquement sur l'anxiété sociale du post-partum, mais une étude a révélé que les personnes qui n'allaitaient pas leur enfant étaient plus susceptibles de souffrir de phobies sociales du post-partum (12). L'anxiété sociale est associée à une peur extrême du jugement social et à l'évitement des personnes inconnues (12). Les personnes souffrant d'anxiété sociale du post-partum sont plus susceptibles de signaler des problèmes relationnels pendant la période post-natale (12).

➤ **Blues du post partum :**

Le Postpartum Blues ou baby blues, période dysphorique, survient dans les premiers jours du postpartum et pourrait se manifester chez plus de 50 % des accouchées. Il est caractérisé par des pleurs, une labilité thymique et émotionnelle, une asthénie, une irritabilité, des troubles du sommeil ; une confusion ainsi qu'une

dépersonnalisation peuvent également survenir. La symptomatologie est à son pic autour du 4ème jour du postpartum et est résolutive dans la majorité des cas vers le 10ème jour (1).

➤ **Psychose du post partum :**

La psychose puerpérale est plus rare et surviendrait chez 0,2 % des accouchées. Elle peut se manifester précocement après la naissance et jusqu'à quelques semaines postpartum. Elle s'apparente souvent à une dépression grave délirante centrée sur le bébé (6). La forme précoce débute entre le 5ème et le 30ème jour suivant l'accouchement. Elle a une présentation clinique proche la psychose délirante aiguë avec comme particularités l'absence d'antécédents, des éléments confusionnels et oniriques, des troubles de l'humeur, des fluctuations de la symptomatologie chez une même patiente dans le temps et d'une patiente à l'autre. Les thèmes du délire centrés autour de la grossesse (dénî) ou du nouveau-né (persécution). L'évolution de la forme précoce est très favorable avec un retour ad-integrum dans 70 à 80 % et une efficacité des antidépresseurs. On retrouve souvent des éléments précurseurs durant la grossesse, voire antérieurement à la grossesse, une symptomatologie clinique beaucoup plus pauvre (thèmes et mécanismes) et une évolution plus péjorative avec une décompensation ou un mode d'entrée dans un processus schizophrénique.

➤ **Stress post traumatique :**

Qu'est-ce que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) du post-partum

Le SSPT peut se déclencher lorsqu'une personne est confrontée à un événement au cours duquel elle a le sentiment que sa vie ou sa sécurité est menacée (14). Les personnes touchées peuvent avoir l'impression de revivre l'événement et éviter les personnes ou les lieux qui rappellent cet événement (14).

Les personnes ayant vécu une grossesse qui se passe mal ou un accouchement traumatisant peuvent être sujettes au SSPT du post-partum (14). Une personne souffrant de SSPT du post-partum peut décider de ne pas avoir d'autres enfants, de retarder la conception d'autres enfants ou de choisir une césarienne lors de son prochain accouchement en raison de son expérience traumatique (14). Le SSPT

du post-partum touche souvent les personnes qui souffrent aussi de dépression du post-partum (14).

### **3.8 Considérations éthiques**

Le consentement verbal individuel a été obtenu de chaque participante de l'étude. L'étude s'est déroulée sans aucun risque pour les participantes incluses, les noms et prénoms des participantes n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification codé a été utilisé pour identifier les participantes.

## **RESULTATS**

## 4 RESULTATS

### 4.1 Caractéristiques sociodémographiques

- L'âge

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

Durée de l'union	Effectif	Pourcentage
15-18	26	13
19-25	96	48
26-35	67	33
36-44	13	6
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de **19 à 25 ans** était la plus représentée soit **48%** ; l'âge moyen était de 24,92 ans  $\pm$  6,11 avec des extrêmes de 15 et 42 ans.

- La profession

Tableau II: Répartition des participantes selon leur fonction

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	116	56,86
Vendeuse/Commerçante	43	9,95
Fonctionnaire	32	15,69
Etudiant/Elève	8	3,48
Couturière	4	1,96
Aide-ménagère	1	0,49
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Les ménagères étaient majoritaires avec 56,86% des cas.

- **Le statut matrimonial**

**Tableau III : Répartition des participantes selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	5	2,45
<b>Mariée</b>	<b>196</b>	<b>96,08</b>
Veuve	1	0,49
Divorcée	2	0,98
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,00</b>

Durant notre étude les femmes mariées ont représenté 96%.

**Tableau IV: Répartition des participantes selon l'existence de coépouse**

Existence de coépouse	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	40	19,61
<b>Non</b>	164	80,39
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 19,6% des participantes vivaient dans un régime polygamique

- **Le niveau d'instruction**

**Tableau V: Répartition des conjoints selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction des conjoints	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	35	26,92
Primaire	28	21,54
Secondaire	45	34,62
Supérieur	22	16,92
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Les conjoints étaient majoritairement secondaires à 34,62 % des cas

## 4.2 Antécédents

- Les antécédents médicaux

**Tableau VI : Répartition des participantes selon les antécédents médicaux**

Médicaux	Effectif	Pourcentage
Sans antécédent	179	87,75
HTA	13	6,37
Drépanocytose	1	0,49
Autres	11	5,39
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Les autres antécédents médicaux regroupaient l'anémie et les UGD.

Un antécédent de pathologie médicale chronique était retrouvé chez 12,25% des participantes dont l'HTA seul était majoritaire à 6,37%.

- Les antécédents chirurgicaux

**Tableau VII: Répartition des participantes selon les antécédents chirurgicaux**

Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Sans antécédent	195	95,59
Césarienne	7	3,43
Myomectomie	1	0,49
Autre	1	0,49
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

L'antécédent de césarienne était présent chez 3.43 % des participantes.

- Les antécédents obstétricaux

**Tableau VIII : Répartition des participantes selon les antécédents obstétricaux**

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
<b>Gestité</b>	Primigeste	44	21,57
	Paucigeste	79	38,73
	Multigeste	76	37,25
<b>Parité</b>	Primipare	47	23,04
	Paucipare	111	54,42
	Multipare	46	22,54
<b>Avortement</b>	Spontané	18	8,82
	Provoqué	4	1,96
<b>Accouchement</b>	Décès d'enfant	26	12,74
	Prématurité	6	2,94

L'antécédent d'avortement était présent chez 10.78 %

L'antécédent de gestité était dominé par les multigestes soit 37,25%

L'antécédent de parité était dominé par les paucipares soit 54,42%

- Le suivi des CPN

**Tableau IX: Répartition des participantes selon le suivi des CPN (nombre)**

Nombre de CPN	Frequence	Pourcentage
<b>4 et Plus</b>	<b>139</b>	<b>68,14</b>
Moins de 4	63	30,88
Pas de CPN	2	0,98
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Les participantes ayant fait 4 consultations prénatales et plus représentaient 68.14%.

- **Le mode d'accouchement**

**Tableau X: Répartition des participantes selon le mode d'accouchement**

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Frequence</b>	<b>Pourcentage</b>
Eutocique	151	74,02
Dystocique	48	23,53
Césarienne	5	2,45
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

L'accouchement a été dystocique à 23,53 % des cas.

- **La motivation de la grossesse**

**Tableau XI: Répartition des participantes selon la motivation de la grossesse**

<b>Motivation de la grossesse</b>	<b>Frequence</b>	<b>Pourcentage</b>
Grossesse désirée non planifiée	180	88.24
Grossesse désirée planifiée	16	7.84
Sans avis	4	1.96
Grossesse non désirée	4	1.96
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

La motivation de la grossesse était désireuse mais non planifiée dans 88.24%| des cas.

- La période du Post-partum au moment de l'inclusion de la participante

**Tableau XII: Répartition selon la personne qui supporte le coût des ordonnances**

<b>Coût des ordonnances supporté par</b>	<b>Frequence</b>	<b>Pourcentage</b>
Conjoint	191	93.63
quelqu'un de la belle- famille	3	1.47
Elle-même	4	1.96
Quelqu'un de ma famille	6	2.94
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Le coût des ordonnances était supporté par les conjoints dans 93.63 % des cas.

**Tableau XIII: Répartition des participantes selon la période du Post-partum (Durée)**

<b>Période de selection</b>	<b>Frequence</b>	<b>Pourcentage</b>
1 à 4 semaines	186	91,18
5 à 6 semaines	18	8.82
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Les participantes ont été enregistrées au cours des premières semaines (1 à 4) du post-partum 91,18% des cas.

### 4.3 Fréquences des troubles psychiques

**Tableau XIV : Les fréquences des troubles psychiques**

Trouble psychique	Fréquences		Total
	Oui	Non	
Depression n (%)	16 (7.84)	188 (92.15)	204
Anxiété n (%)	13 (6.37)	191 (93.63)	204
Psychose puerpéralité n (%)	10 (4.90)	194 (95.10)	204
Post-partum blue n (%)	3 (1.47)	201 (98.53)	204
Stress post traumatisme n(%)	2 (0,98)	202 (99,02)	204
<b>Total</b>	<b>44 (21.56)</b>	<b>160 (78.43)</b>	<b>204</b>

La fréquence globale des troubles psychiques était de 21.56%.

L'ensemble de ces troubles psychiques étaient respectivement de la Dépression (36.36%) ; de l'Anxiété (29.54%) ; de la psychose puerpérale (22.72%) du post-partum Blues (6.81%) ; du stress post traumatique (4.54%)

**Tableau XV: Les fréquences des troubles psychiques, période d'apparition**

TROUBLES PSYCHIQUES	PERIODE D'APPARUTION EN POST PARTUM	
	1 à 3 SEMAINES	3 à 6 SEMAINES
Dépression du post partum	16 (7,88%)	3 (18,75 %)
Post partum Blue	3 (1.47)	0(0%)
Anxiété	13 (6.37)	0(0%)
Psychose puerpérale	10 (4.90)	0(0%)
Stress du post partum	2 (0,98)	0(0%)
<b>Total</b>	<b>44 (21.56)</b>	<b>3 (6,81%)</b>

21,56% des troubles psychiques sont apparues entre 1<sup>e</sup> à 3 semaines après l'accouchement

**Tableau XVI : Les fréquences des troubles psychiques**

TROUBLES PSYCHIQUES	DUREE D'EVOLUTION		
	1 à 3 SEMAINES	3 à 6 SEMAINES	Supérieur à 6 SEMAINES
Dépression du post partum	16(7.84)	3 (18,75 %)	0(0 %)
Post partum Blue	3(1,47 %)	0(0%)	0(0%)
Anxiété	13 (6,37%)	0(0%)	0(0%)
Psychose puerpérale	10 (100%)	0(0%)	0(0%)
Stress du post partum	2(100%)	0(0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>44 (21,56 %)</b>	<b>3 (18,75%)</b>	<b>0(0, %)</b>

18,75% des cas de dépression ont évolué dans la période de 3 à 6 semaines d'évolution parmi les troubles psychiques.

#### 4.4 Facteurs de risques

- L'impression par rapport à la grossesse

**Tableau XVII : Répartition des participantes selon leur impression par rapport à la grossesse**

Impression par rapport à la grossesse	Effectif	Pourcentage
Enthousiaste	115	56,37
Désireux	74	36,27
Mécontent	2	0,98
Indifférent	7	3,43
Sans avis	6	2,94
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 56.37 % des couples étaient enthousiastes suite à la découverte de leur grossesse

Le mécontentement (0.98%) a été considéré comme une grossesse non désirée dans l'étude.

**Tableau XVIII: Répartition des participantes selon la dépression et les facteurs de risque**

		Dépression		P value	R R	IC
		OUI	NON			
<b>Facteurs liés à une vulnérabilité psychique</b>						
ATCD de carences affectives n(%)	OUI	0 (0.00)	38 (100.00)	2.776	1.107	[1,053-1,164]
	NON	16 (9.70)	149 (90.30)			
ATCD de maltraitance n (%)	OUI	0 (0.00)	5(100.00)	0.00	1.087	[1,043-1,133]
	NON	16 (8.08)	182 (91.92)			
<b>Facteurs biologiques</b>						
Multiparité n (%)	OUI	14(8.97)	142 (91.03)	0.236	0.950	[0,879-1,027]
	NON	2(4.16)	46(95,83)			
Maladie chronique n (%)	OUI	2(11.11)	16 (88.89)	0.005	0.961	[0,812-1,138]
	NON	14(7.44)	172 (91.48)			
<b>Facteurs gynécologiques et obstétricaux</b>						
Primiparité n (%)	OUI	5 (8.93)	51 (91.07)	0.465	0.984	[0,896-1,081]
	NON	11 (7.43)	137 (92.56)			

		Dépression		P value	R R	IC
		OUI	NON			
<b>Facteurs psychosociaux et histoire personnelle</b>						
Grossesse non désirée n (%)	<b>OUI</b>	1 (25.00)	3 (75.00)	0.119	0,811	[0,46-1,430]
	<b>NON</b>	15 (7.54)	184 (92.46)			
Age jeune n (%)	<b>OUI</b>	0 (0.00)	9 (100.00)	0.070	1,089	[1,044-1,136]
	<b>NON</b>	16 (8.25)	178 (91.75)			
Mère célibataire n (%)	<b>OUI</b>	1 (33.33)	2 (66.67)	0.323	0,72	[0,323-1,605]
	<b>NON</b>	15 (7.50)	185 (92.50)			
Décès d'un enfant n (%)	<b>OUI</b>	1(5.88)	16 (94.12)	0.000	1.023	[0,902-1,161]
	<b>NON</b>	15(8.06)	171 (91.94)			
Evénements de vie stressants pendant la grossesse n (%)	<b>OUI</b>	2 (7.41)	25 (92.59)	0.000	1,005	[0,896-1,128]
	<b>NON</b>	14 (7.95)	162 (92.05)			

**NB : P Value représente le test de Yates dans les cas où P est inférieur à 0,05.**

Il existait un lien statistiquement significatif entre la dépression et les facteurs de vulnérabilité psychique (ATCD de maltraitance), les facteurs biologiques (maladies chronique), les facteurs psychosociaux (décès d'enfant, évènement de vie stressant pendant la grossesse) avec un test de Yates variant de 0.00 à 0.05 +++++.

		Dépression		P value	RR	IC
		OUI	NON			
<b>Données Sociaux Démographiques</b>						
<b>Coexistence d'une coépouse n (%)</b>	<b>OUI</b>	3 (7.69)	36 (92.31)	0.610	1,005	[0,908-1,113]
<b>Profession Ménagère</b>	<b>OUI</b>	10(8.62)	106 (91.38)	0.470	1,089	[1,044-1,136]
<b>Profession Commerçante</b>	<b>Vendeuse, OUI</b>	3 (7.14)	39 (92.86)			

Il n'y a pas de lien significatif entre la dépression et les données sociaux démographiques.

**Tableau XIX : Répartition des participantes selon l'anxiété et les facteurs de risque**

		<b>Anxiété</b>		<b>P value</b>	<b>R R</b>	<b>IC</b>
		<b>OUI</b>	<b>NON</b>			
<b>Facteurs liés à une vulnérabilité psychique</b>						
ATCD de carences affectives n(%)		<b>OUI</b> 1 (2.63)	37 (97.37)	0,263	1,05	[0,981-1,122]
		<b>NON</b> 12 (7.23)	154 (92.77)			
ATCD de maltraitance n (%)		<b>OUI</b> 0 (0.00)	5 (100.00)	0	1,07	[1,031-1,109]
		<b>NON</b> 13 (6.53)	186 (93.47)			
<b>Facteurs biologiques</b>						
Multiparité n (%)		<b>OUI</b> 10 (6.37)	147 (93.63)	0.611	1.000	[0,918-1,089]
		<b>NON</b> 3(6.38)	44 (93.62)			
Maladie chronique n (%)		<b>OUI</b> 1 (5.56)	17 (94.44)	0.000	1.009	[0,897-1,136]
		<b>NON</b> 12 (6.45)	174 (93.55)			
<b>Facteurs gynécologiques et obstétricaux</b>						
Primiparité n (%)		<b>OUI</b> 4 (7.14)	52 (92.86)	0.499	0.988	[0,909-1,074]
		<b>NON</b> 9 (6.08)	139 (93.92)			

		<b>Anxiété</b>		<b>P value</b>	<b>R R</b>	<b>IC</b>
		<b>OUI</b>	<b>NON</b>			
<b>Facteurs psychosociaux et histoire personnelle</b>						
Grossesse non désirée n (%)	<b>OUI</b>	1 (25.00)	3 (75.00)	0.256	1,8	[0,452-1,406]
	<b>NON</b>	12 (6.00)	188 (94.00)			
Age jeune n (%)	<b>OUI</b>	0 (0.00)	9 (100.00)	0.546	1,07	[1,032-1,112]
	<b>NON</b>	13 (6.67)	182 (93.33)			
Mère célibataire n (%)	<b>OUI</b>	1 (33.33)	2 (66.67)	0.540	0,71	[0,318-1,579]
	<b>NON</b>	12 (5.97)	189 (94.03)			
Décès d'un enfant n (%)	<b>OUI</b>	1 (5.88)	16 (94.12)	0	1,01	[0,887-1,139]
	<b>NON</b>	12 (6.42)	175 (93.58)			
Evénements de vie stressants pendant la grossesse n (%)	<b>OUI</b>	0 (0.00)	27 (100.00)	1.065	1,08	[1,035-1,125]
	<b>NON</b>	13 (7.34)	164 (92.66)			

Il existait un lien statistiquement significatif entre l'anxiété et les facteurs de vulnérabilité psychique (ATCD de maltraitance), facteurs biologiques (maladies chronique), facteurs psychosociaux (Décès d'enfant) avec un risque ratio RR variant de 1,009 / 1,01 / 1,07.

**Tableau XX: Répartition des participantes selon le stress du post traumatique et les facteurs de risque**

		Stress post-traumatique				
		OUI	NON	P value	R R	IC
<b>Facteurs liés à une vulnérabilité psychique</b>						
ATCD de carences affectives n(%)	OUI	0(0)	10 (100.00)	0,95	0,994	[0,984-1,005]
	NON	1(0.52)	190 (99.48)			
ATCD de maltraitance n (%)	OUI	0(0)	8 (100.00)	0,96	0,994	[0,984-1,005]
	NON	1(0.52)	192 (99.48)			
<b>Facteurs biologiques</b>						
Multiparité n (%)	OUI	1(1.43)	69 (98.57)	0.348	1.014	[0,986-1,043]
	NON	0 (0)	131 (100.00)			
Maladie chronique n (%)	OUI	0(0)	6 (100.00)	0,97	0,994	[0,984-1,005]
	NON	1(0.51)	194 (99.49)			
<b>Facteurs gynécologiques et obstétricaux</b>						
Primiparité n (%)	OUI	0 (0)	53 (100.00)	0.736	0.993	[0,980-1,006]
	NON	1(0.68)	147 (99.32)			
<b>Facteurs psychosociaux et histoire personnelle</b>						
Grossesse non désirée n (%)	OUI	0 (0)	3 (100.00)	0.985	0,994	[0,985-1,005]
	NON	1 (0.51)	197 (99.49)			
Age jeune n (%)	OUI	0 (0)	7 (100.00)	0.965	0,994	[0,985-1,005]
	NON	1 (0.52)	193 (99.48)			
Mère célibataire n (%)	OUI	0 (0)	3 (100.00)	0.985	0,994	[0,985-1,005]
	NON	1(0.51)	197 (99.49)			
Décès d'un enfant n (%)	OUI	0 (0)	9 (100.00)	0,955	0,994	

			<b>NON</b>	1(0.52)	191 (99.48)				[0,985- 1,005]
Evénements de vie stressants pendant la grossesse n (%)			<b>OUI</b>	1(33.33)	2 (66.67)				[0,673- 3,338]
			<b>NON</b>	0 (0)	198 (100.00)	0.014	1,5		

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le stress post traumatique et les facteurs étudiés.

**Tableau XXI : Répartition des participantes selon la psychose post partum et les facteurs de risque**

	Psychose post-partum		P value	R R	IC
	OUI	NON			
<b>Facteurs liés à une vulnérabilité psychique</b>					
ATCD de carences affectives n(%)	OUI 0(0)	10 (100.00)	0,95	0,994	[0,984- 1,005]
	NON 1(0.52)	190 (99.48)			
ATCD de maltraitance n (%)	OUI 0(0)	8 (100.00)	0,96	0,994	[0,984- 1,005]
	NON 1(0.52)	192 (99.48)			
<b>Facteurs biologiques</b>					
Multiparité n (%)	OUI 0(0)	10 (100.00)	0.651	0.992	[0,977- 1,007]
	NON 1(0.52)	190 (99.48)			
Maladie chronique n (%)	OUI 0(0)	8 (100.00)	0,97	0,994	[0,984- 1,005]
	NON 1(0.52)	192 (99.48)			
<b>Facteurs gynécologiques et obstétricaux</b>					
Primiparité n (%)	OUI 1(1.89)	52 (98.11)	0,263	1.019	[0,981- 1,058]
	NON 0(0)	148 (100.00)			

		Psychose post-partum				
		OUI	NON	P value	R R	IC
<b>Facteurs psychosociaux et histoire personnelle</b>						
Grossesse non désirée n (%)	<b>OUI</b>	0 (0)	3 (100.00)	0.985	0,994	[0,985- 1,005]
	<b>NON</b>	1(0.51)	197 (99.49)			
Age jeune n (%)	<b>OUI</b>	0 (0)	7 (100.00)	0.965	0,994	[0,985- 1,005]
	<b>NON</b>	1(0.52)	193 (99.48)			
Mère célibataire n (%)	<b>OUI</b>	0 (0)	3 (100.00)	0.985	0,994	[0,985- 1,005]
	<b>NON</b>	1(0.51)	197 (99.49)			
Décès d'un enfant n (%)	<b>OUI</b>	0 (0)	9 (100.00)	0,955	0,994	[0,985- 1,005]
	<b>NON</b>	1(0.52)	191 (99.48)			
Evénements de vie stressants pendant la grossesse n (%)	<b>OUI</b>	0 (0)	3 (100.00)	0.985	0,994	[0,985- 1,005]
	<b>NON</b>	1(0.51)	197 (99.49)			

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la psychose du post partum et les facteurs étudiés.

**Tableau XXII: Répartition des participantes selon le post-partum blues et les facteurs de risque**

	Post-partum blues		P value	R R	IC	
	OUI	NON				
<b>Facteurs liés à une vulnérabilité psychique</b>						
ATCD de carences affectives n(%)	OUI	1 (2.63)	37 (97.37)	0	0,985	[0,932- 1,041]
	NON	2 (1.20)	164 (98.80)			
ATCD de maltraitance n (%)	OUI	0 (0.00)	5 (100.00)	0,927	1,015	[0,998- 1,032]
	NON	3 (1.51)	196 (98.49)			
<b>Facteurs biologiques</b>						
Multiparité n (%)	OUI	3(1.91)	154 (98.09)	0.069	0.980	[0,959- 1,002]
	NON	1 (5.56)	17 (94.44)			
Maladie chronique n (%)	OUI	1 (5.56)	17 (94.44)	0.232	0.954	[0,852- 1,069]
	NON	2 (1.08)	184 (98.92)			
<b>Facteurs gynécologiques et obstétricaux</b>						
Primiparité n (%)	OUI	0 (0.00)	56 (100.00)	0.177	1.020	[0,997- 1,044]
	NON	3 (2.03)	145 (97.97)			

		Post-partum blues		P value	RR	IC
		OUI	NON			
<b>Facteurs psychosociaux et histoire personnelle</b>						
Grossesse non désirée n (%)	<b>OUI</b>	1(25.00)	3 (75.00)	3.425	0,757	[0,430- 1,334]
	<b>NON</b>	2(1.00)	198 (99.00)			
Age jeune n (%)	<b>OUI</b>	0 (0.00)	9 (100.00)	0.000	1,015	[0,998- 1,033]
	<b>NON</b>	3(1.54)	192 (98.46)			
Mère célibataire n (%)	<b>OUI</b>	1 (33.33)	2 (66.67)	4.852	0.673	[0,302- 1,499]
	<b>NON</b>	2 (1.00)	199 (99.00)			
Décès d'un enfant n (%)	<b>OUI</b>	0 (0.00)	17(100.00)	0	1,016	[0,997- 1,035]
	<b>NON</b>	3 (1.60)	184 (98.40)			
Evénements de vie stressants pendant la grossesse n (%)	<b>OUI</b>	1 (3.70)	26 (96.30)	0.031	0,974	[0,903- 1,050]
	<b>NON</b>	2 (1.13)	175 (98.87)			

Il existait un lien statistique significatif entre le Blue du post-partum et les **facteurs psychosociaux et histoire personnelle** (l'âge jeune, le décès d'enfant, les évènements de vie sociaux pendant la grossesse) avec un test de Yates avec RR de **0,031/ 1,016/ 1,15**.

**COMMENTAIRES ET  
DISCUSSION**

## 5 DISCUSSION

Notre étude s'est intéressée à l'évaluation des troubles psychiatriques en période du post-partum en médecine de première ligne dans l'aire de santé de Banconi, pendant la période allant du 04 Mars au 31 juillet 2022, soit une durée de quatre (04) mois et portait sur 204 femmes en période du post-partum immédiate. Nous avons mené une étude analytique observationnelle de type cohorte.

Au cours de ce travail, nous avons été confrontés à des difficultés telles que l'absence des carnets de CPN au moment du recrutement et de contact téléphonique. Cependant, ce travail a le mérite de produire : une fréquence des troubles psychique chez les femmes en période du post-partum en médecine de première ligne sur une période de 4 mois de suivi.

### 5.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de  $24.92 \pm 5.95$  ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans.

Les participantes âgées de 15 à 25 ans représentaient 60.40 % et la tranche d'âge 20-35 était la tranche d'âge majoritaire soit 70%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population au Mali est généralement jeune (75%) (15). Ce résultat était comparable à celui de Diarra S. au Mali qui avait trouvé 62,1% (16). Par contre TLJI A. au Maroc (17) avait signalé une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 35 ans avec 48 %. Et Togola H. avait eu 47.7% pour la tranche d'âge de 21 à 30 ans (18). Cette différence pourrait être expliquée par la variation des limites des tranches d'âges selon les études.

Durant notre étude les femmes mariées ont représenté 96%. Ce résultat était similaire à ceux de Diarra S et Togola H et qui ont retrouvé respectivement 87.9% et 88.1% (16, 18). Ces résultats pourraient être expliqués par l'âge précoce d'entrée en union des femmes au Mali ; selon EDS(VI) 53 % des femmes étaient déjà en union avant 18 ans exacts (15).

La polygamie demeure une pratique assez répandue au Mali puisqu'elle concerne 37 % (15). Au cours de notre étude 20% des participantes vivaient dans un régime polygamique avec existence des coépouses. Ce résultat était légèrement différent de celui retrouvé par Togola H soit 8.3% ; ceux-ci pourraient s'expliquer par la

réalité des contextes environnementaux, sociaux, la différence de méthodologie et le type d'échantillonnage (18). La durée de l'union inférieure à Cinq (5) ans était la plus fréquente soit 44.28% des cas.

Au Mali 2/3 des femmes soit 66% n'ont aucun niveau d'instruction (15). Parmi les participantes enquêtées durant notre étude, 56,86% étaient ménagères. Ces résultats étaient comparables à ceux de Togola H qui a retrouvé respectivement 58.4% et 83.9%(18).

Le lieu d'accouchement privilégié par les participantes était une structure de santé soit le CSCom U de Banconi avec 99,51%. Cela pourrait être expliqué par le renforcement des activités de sensibilisation menée par le CSCom U de Banconi dans le cadre de la promotion de la santé de la reproduction.

Dans notre étude, 58,82% provenaient directement de la maison, cela explique la présence de nombreuse autre structure (CSréf CII, cliniques, cabinets) dans l'aire du CSCom U de Banconi. Selon Togola H, les patientes ayant accouchée dans une structure de santé étaient les plus représentées avec 98.5% et les patientes venant de la maison étaient les plus représentées avec 77.2%(18).

## **5.2 Fréquences des troubles psychiques**

Le temps de la grossesse et de la périnatalité constitue pour le père et la mère une étape de réorganisation psychique qui favorise une vulnérabilité pouvant être à l'origine de la survenue ou de la décompensation d'une pathologie psychiatrique (19).

Durant notre étude, l'outil du dépistage nous a permis de diagnostiquer les troubles psychiques à l'image de ceux décrits dans la littérature notamment : la psychose puerpérale, le stress post traumatique, le blues du post-partum, l'anxiété et la dépression avec des fréquences variant de 0.98 à 7.88 %.

### **➤ La dépression du post-partum :**

La fréquence de la dépression postnatale durant notre étude a été de **7,88 %**. Ce résultat est inférieur à l'étude réalisée par Bydlowski S (1) et Dr H. Keïta - Dr C. Dubertret (2) qui ont retrouvé respectivement 13% des cas de dépression du post partum. Cette différence pourrait être expliquée par la méthodologie utilisée par

les précédents auteurs. Dans notre étude on n'avait pas retrouvé de cas de dépression majeure.

Dans notre étude 21,56% des troubles psychiques sont apparues entre la 1<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup> semaine après l'accouchement parmi lesquels 18,75% des cas de dépression ont évolué dans la période de 3 à 6 semaines d'évolution. Ceci pourrait être expliqué par le fait que cette période constituait la période propice à l'apparition des troubles attribués au post partum.

➤ **L'anxiété :**

Elle concernait 6,37 % de cas chez nos accouchées. Selon la littérature, les troubles anxieux du post-partum sont fréquents environ 17,5% des naissances (3) et de nature diverse. Ils sont très souvent associés aux troubles dépressifs ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum.

➤ **Le post-partum blues :**

Le post-partum blues survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement est transitoire et spontanément résolutif. Il concernait 1.47 % des participantes. Ce résultat était inférieur à ceux décrits dans la littérature de Dr H. Keïta - Dr C. Dubertret (2) qui avaient eu (50 %).

➤ **Par ailleurs le stress post traumatique et la psychose du postpartum** ont été retrouvés respectivement chez **0.98 % à 4.90 %** des participantes.

### **5.3 Facteurs de risques liés aux troubles psychiques du post-partum**

La période périnatale est également une période au cours de laquelle peut survenir un premier épisode psychiatrique. Le dépistage des femmes à risque de déclencher un trouble psychiatrique en période périnatale parmi les patientes indemnes de toute pathologie psychiatrique antérieure est donc essentiel (21).

Les facteurs de risque dépistés au cours de notre étude étaient : les facteurs liés à une vulnérabilité psychique (7.46%), les facteurs biologiques (38.31%), les facteurs gynéco-obstétriques (28.36%) et les facteurs psychosociaux et liés à l'histoire personnelle (10.45%).

- **Facteurs de risque de blues du postpartum**

Durant notre étude, nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le blues du postpartum et les facteurs psychosociaux et l'histoire naturelle notamment l'âge jeune ( $p= 0.000$  et  $RR = 1.015$ ), le décès d'enfant ( $p= 0.000$  et  $RR = 1.016$ ), les évènements de vie sociaux pendant la grossesse ( $p= 0.031$  et  $RR = 0.974$ ) et des facteurs liés à la vulnérabilité psychique notamment les antécédents de carence affectives ( $p= 0.000$  et  $RR = 0.985$ ).

Par contre, l'impact des facteurs liés à la vulnérabilité psychique notamment l'ATCD de Maltraitance ( $P=0,923$  et  $RR= 1,015$ ), des facteurs biologiques et gynéco obstétrique notamment la Multiparité ( $P= 0,69$  et  $RR = 0,80$ ), la Primiparité ( $P= 0,177$  et  $RR = 1,020$ ) n'étaient pas significatifs.

- **Facteurs de risque d'anxiété**

Les facteurs de risque qui avaient un lien statistique significatif avec l'anxiété étaient les facteurs de vulnérabilité psychique, ATCD de maltraitance ( $P=0.000$ ,  $RR= 1,07$ ), facteurs biologiques, maladies chronique ( $P=0.000$ ,  $RR= 1,009$ ) facteurs psychosociaux, Décès d'enfant ( $P=0.000$ ,  $RR=1,01$ ).

- **Facteurs de risque de dépression et psychose du postpartum**

Il existait un lien statistique significatif entre la dépression et les facteurs de vulnérabilité psychique, ATCD de maltraitance ( $P=0,000$   $RR= 1,087$ ), facteurs biologiques, maladies chronique ( $P= 0,005$   $RR= 0,961$ ) facteurs psychosociaux, Décès d'enfant ( $P= 0,000$   $RR=1,016$ ), évènement de vie stressant pendant la grossesse ( $P= 0,000$   $RR= 1,005$ ).

NB : P Value représente le test de Yates dans les cas où P est inférieur à 0,05.

L'étude n'a pas permis de retrouver de lien statistique significatif entre les facteurs de risque rapportés dans la littérature et la psychose du postpartum.

**CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION**

Les troubles psychiques du postpartum sont fréquents dans notre contexte et constituent un problème de santé non négligeable. Ils sont variés et comprennent principalement : l'anxiété, la dépression, le blues du post partum, la psychose du post partum.

De nombreux facteurs de risque conduisent à ces pathologies. Leur recherche systématique par les agents de santé est essentielle pour la prévention voir le dépistage précoce des troupes psychiques permettant ainsi une prise en charge optimale.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Aux femmes enceintes et en période post partum et à leurs familles**

- Le suivi correcte des CPN et CPON pour permettre la prévention et le dépistage précoce des troubles psychiques ;
- Consulter devant l'apparition de tout trouble psychique provoqué par la grossesse ou l'accouchement

### **Aux agents de santé**

- Sensibiliser la population sur la réalité des troubles psychiques provoqués par la grossesse ou l'accouchement et le comportement à adopter
- Recherche systématique des femmes à risque de trouble psychique lors des CPN et des CPON.

### **Aux autorités**

- La formation du personnel de santé impliqué dans le suivi des femmes enceintes et au post partum dans le dépistage des femmes à risque de troubles psychiques.
- La mise en place de protocoles de prévention et de dépistage de ces troubles psychiques

**REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES

1. **Haute Autorité de Santé.** Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf)
2. **Bydlowski S.** Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : Recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015; 44: 1152-1156.
3. **Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B.** The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health 2014; 43p.
4. **Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H et al.** Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. Eur Psychiatry 2015; 30(2):322-8.
5. **National Institute for Health and Care Excellence.** Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. London : NICE ; 2019. Programme pluriannuel et Psychiatrie et santé mentale 2018-2023.
6. **Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H et al.** Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. Eur Psychiatry 2015 ; 30(2) :322-8.
7. **Comité national d'experts sur la mortalité maternelle.** Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du CNEMM sur la mortalité maternelle 2007–2009, Inserm, 2013.
8. The WHO application of ICD-10 codes to deaths during pregnancy, childbirth and the postpartum period. 2012.
9. **Rousseau D, Riquin E, Rozé M, Duverger P, Saulnier P.** Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance Revue Française des Affaires Sociales 2016 ; 1 : 343-74.
10. **J Achim, M. Benoit et M.M** Adaptation du Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. OMS, DSM-5, 2014.
11. **Merger R, Lévy J, J Melchior.** Précis d'obstétrique. 6e édition, Masson, Paris, 2001, ISBN : 9782294008979, 624p.

12. **Dictionnaire de français Larousse.** Consulté le 02/03/2022  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395#:~:text=1.,la%20f%C3%A9condation%20et%20l'accouchement.&text=2..d%C3%A9veloppe%20dans%20l'ut%C3%A9rus%20maternel>
13. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).** Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone, Support de Cours (Version PDF) 2010-2011.
14. **Crocq M A, Guelfi J D.** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5, 5<sup>e</sup> édition, 2015. Consulté le 02/03/2022  
<https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
15. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
16. **DIARRA S.** les psychoses puerpérales en milieu psychiatrique à Bamako : à propos de 124 cas. Thèse de Méd, FMPOS, 2003, n°58, 80p.
17. **TLIJI A.** Psychoses puerpérales : étude rétrospective étalée sur 10 ans au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès au Maroc.
18. **Togola H.** Etude épidémiologique-clinique des psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du CHU du Point G. Thèse Méd, FMOS, 2015, 88p.
19. **MASSOUBRE C, DESFONDS E, BENDJEDDOU M.** Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. Urgences psychiatriques, CHU de Saint-Étienne, Hôpital Nord, Chapitre 24, 2014, 12p.
20. **Riquin E, Faure K, Legras M, Chocard A S, Gillard P, Descamps P et al.** Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. La revue du praticien 2015 ; 65 (19) : 701-708.
21. **Lescarret M R.** Prévention et pathologies mentales en période périnatale. Thèse med, Université Bordeaux, France, 2016, n°3038, 167p.

**ANNEXES**

## 6 ANNEXES

### Annexe 1

#### I. CHRONOGRAMME : (Diagramme de GANTT) :

Activités	Chronogramme																Res pon sabl e
	MOIS 1				MOIS 2				MOIS 3				MOIS 4				
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	
Prise de contact avec l'équipe du CSCom U Explication des raisons de cette étude																	
Collecte des données																	
Analyse des données collectées																	
Restitution du résultat de l'évaluation avec les acteurs impliqués																	
Réalisation des documents du mémoire																	

## Annexe 2

### Fiche d'enquête

#### A) **Données sociodémographiques :**

Q1 : **Numéro du dossier** : ...../Tel : .....

Q2 : **Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Numéro D'identification** : .....

Q3 : **Age** :

Q4 : **Statut matrimonial** : /-----/

1 : Célibataire    3 : Veuve    5 : Séparée  
2 : Mariée    4 : Divorcée    6 : Autres

Q5 : **Régime (existence de Coépouse)** /-----/

1 : Oui    3 : Non

Q6 : **Durée de l'union** : .....

Q7 : **Niveau de scolarité** : /...../

1 : Non scolarisée    3 : Secondaire  
2 : Primaire    4 : Supérieur

Q8 : **Profession** : /-----/

1 : Ménagère    2 : Vendeuse/Commerçante    3 : Fonctionnaire  
4 : Etudiant/Elève    5 : Aide-ménagère    6 : Autres

Q9 : **Résidence** : .....

Q10 : **Provenance** : .....

1 : Maison    3 : Autres structures de santé  
2 : Accoucheuse traditionnelle    4 : Marabout    5 : Autre à préciser

Q11 : **Lieu d'accouchement** : .....

1 : A Domicile    2 : Dans une structure de santé

#### **B) Les antécédents**

Q12 : **Médicaux** : .....

1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Drépanocytose ou autres hémopathies, 4 : Cardiopathie  
5 : Tuberculose, 6 : Anémie    7 : Autre à préciser ..... 8 : RAS

Q13 : **Chirurgicaux** /...../

1 : Césarienne, 2 : GEU, 3 : Myomectomie, 4 : Curetage, 5 : Laparotomie pour  
6 : Appendicectomie, 7 : Autres à préciser..... 8 : RAS

Q14 : **Obstétricaux (nombre)**

1 : G..... 2 : P..... 3 : V..... 4 : D.....  
5 : A..... 6 : MNé.....

Q 15 : **Avortements (nombre)**

- 1 : Spontanés .....2 : Provoqués .....
- Q 16 : **Accouchements prématurés (nombre)** .....
- Q17 : **Age Gestationnel** : .....
- 1 : grossesse à terme 2 : grossesse non à terme
- Q18 : **Suivi des CPN (nombre)**.....
- 1 : Moins de 4, 2 : 4 et Plus, 3 : Pas de CPN
- Q19 : **Mode d'accouchement** : .....
- 1 : Eutocique 2 : Dystocique 3 : Césarienne 4 : Dystocie + Césarienne

Q 22 : **Motivation de la grossesse** : Grossesse désirée planifiée/-----/ ;  
Grossesse désirée non planifiée /-----/; grossesse non désirée/-----/  
Sans avis /-----/

C) **Données socio-économique conjoint** :

Q 23 : **Profession du conjoint** : .....

Q 24 : **Age Conjoint** : .....

Q 25 : **Niveau d'instruction du Conjoint** : /-----/

1 : Supérieur 2 : Secondaire

3 : Primaire 4 Non scolarisé

Q 26 : **Impression par rapport à la grossesse** /-----/

1 : Désireux 2 : Enthousiaste  
3 : Mécontent 4 : Indifférent 5 : Sans avis

Q 27 : **Qui est ce qui supporte le coût des ordonnances** : /-----/

1 : Conjoint 2 : Moi-même 3 : quelqu'un de la belle-famille :

4 : Quelqu'un de ma famille 4 : Tierce personne

Q 28 : **Qui vous a accompagné pour l'accouchement** : /-----/

1 : Parents de la belle-famille 2 : Mes propres parents

3 : Veilles du quartier 4 : Une amie 5 : Personne

D) **Origine de la demande** : /-----/

1 : Elle-même 2 : Par une tierce personne 3 : Demande non exprimée/découverte fortuite

4 : lors CPON 5 : PEV 6 : Autre à préciser

E) **Données cliniques :**  
Q 29

- Dépression postnatale
- DEP1 : Humeur dépressive, tristesse persistante
- DEP2 : Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes
- DEP3 : Perte d'énergie ou fatigue
- DEP4 : Problèmes de sommeil
- DEP5 : Problèmes d'appétit
- DEP6 : Agitation ou ralentissement psychomoteur
- DEP7 : Difficultés de concentration ou d'exécution des activités habituelles
- DEP8 : Pensées récurrentes concernant la mort ou désir de mourir
- DEP9 : Autres symptômes (p. ex., retrait social, symptômes somatiques). SVP précisez
- DEPP 10 : Désintérêt à l'égard du bébé
- DEPP 11 : Rumination pessimiste à l'égard du rôle de mère
- 
- Trouble bipolaire
- TB1 : Alternance de symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, flot de paroles excessif, irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportements imprudents récurrents) et de symptômes dépressifs
- Psychose (la présence des critères PSY2 ou PSY3 ou PSY4 est nécessaire)
- . SVP précisez : \_\_\_\_\_
- Psychose postnatale
- PSYP 1 : Les symptômes de psychose doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement
- PSY2 : Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée)
- PSY3 : Délires (croyances erronées fermement soutenues, divergeant de la norme et non-fondées culturellement)
- PSY4 : Hallucinations (perceptions sensorielles de choses qui n'existent pas –par ex : voix, vision- qui n'ont pas d'explication culturelle)
- PSY5 : Catatonie (immobilité pouvant alterner avec une agitation excessive sans but apparent, résistance active aux tentatives de mobilisation, mutisme)

- PSY6 : Dysfonctionnement marqué au plan social ou des activités, perte de volonté
- PSY7 : Autres symptômes (p. ex., agressivité verbale ou physique inhabituelle).

- Troubles liés à la consommation d'alcool (la présence du critère TCA 1 est nécessaire)

- TCA1 : Personne sous l'influence de l'alcool (p. ex., odeur d'alcool, difficultés d'élocution, difficultés de coordination motrice, comportements agressifs) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres

- TCA2 : Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool : insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées

- TCA3 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

- Troubles liés à la consommation de drogues (la présence du critère TCD 1 est nécessaire)

- TCD1 : Personne sous l'effet d'une drogue (p. ex., manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres

- TCD2 : Signes indiquant l'utilisation de drogues (p. ex., marques d'injections, infections cutanées, apparence peu soignée)

- TCD3 : Demandes répétées de prescription de médicaments sédatifs (p. ex., somnifères, opioïdes)

- TCD4 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

□

- Stress post-traumatique (la présence du critère SPT 1 est nécessaire ainsi qu'au moins un autre critère)

- SPT 1 : Réactions à un (ou plusieurs) événement(s) *passé(s)* ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison d'une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes

- SPT2 : Événements constamment revécus : souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars, flashbacks (revivre la scène comme si on y était encore), détresse importante liée à des indices évoquant l'événement passé

- SPT 3 : Dissociation : sentiment d'être absent à soi ou à l'extérieur de soi et détaché des autres

- SPT4 : Tentative d'évitement persistant de tout ce qui peut rappeler l'événement passé et/ou incapacité de s'en rappeler

- SPT5 : Difficultés de sommeil, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, hyper vigilance et sursauts exagérés

- SPT6 : Sentiment de ne plus avoir de rêves ou d'aspirations ou de ne plus pouvoir faire de projets pour l'avenir

- SPT 7 : Autres symptômes (p. ex., croyances négatives persistantes liées

au mauvais sort, esprits).

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Anxiété (la présence du critère ANX 1 ou de ANX 2 est nécessaire)
- ANX 1 : Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes (distinguer du stress post-traumatique où la menace est *passée*)
- ANX2 : Symptômes physiques possibles : Tension musculaire, sensation de boule dans la gorge, tremblements, accélération du rythme cardiaque, nervosité
- ANX3 : Difficultés de sommeil
- ANX4 : Difficultés de concentration

#### Blues du post-partum

- Survenue dans les jours qui suivent immédiatement la naissance
- Labilité de l'humeur
- Hypersensibilité
- Irritabilité
- Spontanément résolutif et sans gravité

#### Difficultés d'adaptation liées à l'histoire ou contexte de vie

- DAD 1 : Précisez et rapportez dans le registre (p. ex., problèmes familiaux ou de couple, violence conjugale, abus sexuel ou physique, problèmes de santé, pauvreté extrême, rejet ou exclusion sociale, conflit socio-politique) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

©Adaptation du *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terradas (2014). Cette adaptation tient compte des critères du American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.).

Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R  
(2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorde

**F) Les concepts populaires :**

Q30 : **Diagnostic traditionnel envisagé par les parents :** ...../

- 1: Djinè bana                      2 : Hakili bana  
3: Kounafen                      4: Djoliyèlèla kunkolofè                      5 : Indéterminé

Q31: **Circuit thérapeutique :** ...../

- 1 : traditionnel                      2 : Conventionnel                      3 : Mixte

Q32 : **Conséquence sur la relation mère-enfant :** ...../

- 1 : Indifférence                      2: Maltraitance  
3 : Privation des soins                      4 : Infanticide  
5 : absence                      6Autres

Q33 : **Evolution :** ...../

- 1: Stable                      2: Instable

**G) Période :**

Q34 : **Post-partum (Durée) :**...../

- 1 : 1 à 4semaines  
2 : 5 à 6 semaines

**H) Facteurs liés à une vulnérabilité psychique**

Q35 : les antécédents de carences affectives...../ 1 : OUI 2 : NON

Q36 : les antécédents de maltraitance...../ 1 : OUI 2 : NON

Q37 : les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance...../ 1 : OUI 2 : NON

Q38 : les antécédents personnels de troubles psychiatriques ...../ 1 : OUI  
2 : NON

Q39 : les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ...../ 1 : OUI  
2 : NON

**I) Facteurs biologiques**

Q40:

- Multiparité ...../ 1 : OUI 2 : NON
- Grossesses multiples...../ 1 : OUI 2 : NON
- Maladie chronique...../ 1 : OUI 2 : NON
- Prématurité et faible poids de naissance du bébé ...../ 1 : OUI 2 : NON

**J) Facteurs gynécologiques et obstétricaux**

Q41: la primiparité ...../ 1 : OUI 2 : NON

Q42 : l'interruption de grossesse .... / 1 : OUI 2 : NON

Q43 : Si interruption de grossesse

Volontaire .... / 1 : OUI 2 : NON

Médicale ...../ 1 : OUI 2 : NON

Q44 : la suspicion de malformation anténatale ...../ 1 : OUI 2 : NON

- Q45 : l'accouchement prématuré ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q46 : l'accouchement dystocique ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q47 : la césarienne en urgence ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q48 : la césarienne programmée ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q49 : anesthésie générale ..... / 1 : OUI 2 : NON

**K) Facteurs psychosociaux et histoire personnelle**

- Q50: la grossesse non désirée ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q51 : l'âge jeune notamment l'adolescence ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q52 : la mère célibataire ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q53 : les conflits conjugaux ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q54 : le décès d'un enfant ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q55 : le deuil périnatal d'une personne proche ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q56 : les événements de vie stressants pendant la grossesse ..... / 1 : OUI  
 2 : NON  
 Q57 : l'isolement familial et social ..... / 1 : OUI 2 : NON  
 Q58 : la précarité socio-économique ..... / 1 : OUI 2 : NON

**L) Examen physique :**

**Q59 : Examen général :...../**

1: Normal 2: AEG 3: Autres

**Q60 : Examen gynéco-obstétrique :...../**

1: Normal 2 : Infection 3: Autres

**M) Examens complémentaires :**

**Q61: Résultats des examens complémentaires :...../**

1: HB:	Normal	Anormal	Non fait	Non
Disponible				
2: GE:	Positif	Négatif	Non fait	Non
Disponible				
3: Glycémie:	Hypoglycémie	Hyperglycémie	Normal	Non fait
Disponible				Non
		4: VIH:	Positif	Négatif
Non fait	Non Disponible			
5: Widal:	Positif	Négatif	Non fait	Non
Disponible				
6: BW:	Positif	Négatif	Non fait	Non
Disponible				
7: Toxoplasmose:	Positif	Négatif	Non fait	Non
Disponible				
8: EEG:	Normal	Anormal	Non fait	Non
Disponible				
9 :ECG :	Normal	Anormal	Non fait	Non
Disponible				
10: Albumine :	Normal	Anormal	Non fait	Non
Disponible				

11 :Autres: Normal Anormal

Q62 : **Suivi:**...../

1: Externe

2: Hospitalisation

**N) Prise en charge :**

Q63: **Chimiothérapie psychiatrique** :...../

1: Antidépresseurs 2 : Anxiolytiques

3 : Neuroleptiques 4 : Neuroleptiques + Antidépresseurs

5 : Antidépresseurs + Anxiolytiques 6 : Hypnotiques 7: Non

Q64 : **Psychothérapie** :...../

1: OUI 2: NON

**DATE** : .....

## Annexe 3

### Fiche de suivi

Numéro D'identification : ...../

Suivi N° :.....

Date de suivi :.....

#### **E)Données cliniques :**

#### Q 29

##### Dépression postnatale

- DEP1 : Humeur dépressive, tristesse persistante
- DEP2 : Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes
- DEP3 : Perte d'énergie ou fatigue
- DEP4 : Problèmes de sommeil
- DEP5 : Problèmes d'appétit
- DEP6 : Agitation ou ralentissement psychomoteur
- DEP7 : Difficultés de concentration ou d'exécution des activités habituelles
- DEP8 : Pensées récurrentes concernant la mort ou désir de mourir
- DEP9 : Autres symptômes (p. ex., retrait social, symptômes somatiques). SVP précisez
- DEPP 10 : Désintérêt à l'égard du bébé
- DEPP 11 : Ruminant pessimiste à l'égard du rôle de mère
- 

##### Trouble bipolaire

- TB1 : Alternance de symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, flot de paroles excessif, irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportements imprudents récurrents) et de symptômes dépressifs

##### Psychose (la présence des critères PSY2 ou PSY3 ou PSY4 est nécessaire)

- . SVP précisez : \_\_\_\_\_

##### Psychose postnatale

- PSYP 1 : Les symptômes de psychose doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement
- PSY2 : Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée)

- ❑ PSY3 : Délires (croyances erronées fermement soutenues, divergeant de la norme et non-fondées culturellement)
- ❑ PSY4 : Hallucinations (perceptions sensorielles de choses qui n'existent pas –par ex : voix, vision- qui n'ont pas d'explication culturelle)
- ❑ PSY5 : Catatonie (immobilité pouvant alterner avec une agitation excessive sans but apparent, résistance active aux tentatives de mobilisation, mutisme)
- ❑ PSY6 : Dysfonctionnement marqué au plan social ou des activités, perte de volonté
- PSY7 : Autres symptômes (p. ex., agressivité verbale ou physique inhabituelle).

❑ Troubles liés à la consommation d'alcool (la présence du critère TCA 1 est nécessaire)

- ❑ TCA1 : Personne sous l'influence de l'alcool (p. ex., odeur d'alcool, difficultés d'élocution, difficultés de coordination motrice, comportements agressifs) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- ❑ TCA2 : Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool : insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées
- ❑ TCA3 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

❑ Troubles liés à la consommation de drogues (la présence du critère TCD 1 est nécessaire)

- ❑ TCD1 : Personne sous l'effet d'une drogue (p. ex., manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- ❑ TCD2 : Signes indiquant l'utilisation de drogues (p. ex., marques d'injections, infections cutanées, apparence peu soignée)
- ❑ TCD3 : Demandes répétées de prescription de médicaments sédatifs (p. ex., somnifères, opioïdes)
- ❑ TCD4 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

❑ Stress post-traumatique (la présence du critère SPT 1 est nécessaire ainsi qu'au moins un autre critère)

- ❑ SPT 1 : Réactions à un (ou plusieurs) événement(s) passé(s) ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison d'une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes
- ❑ SPT2 : Événements constamment revécus : souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars, flashbacks (revivre la scène comme si on y était encore), détresse importante liée à des indices évoquant l'événement passé
- ❑ SPT 3 : Dissociation : sentiment d'être absent à soi ou à l'extérieur de soi

- et détaché des autres
  - SPT4 : Tentative d'évitement persistant de tout ce qui peut rappeler l'événement passé et/ou incapacité de s'en rappeler
  - SPT5 : Difficultés de sommeil, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, hyper vigilance et sursauts exagérés
  - SPT6 : Sentiment de ne plus avoir de rêves ou d'aspirations ou de ne plus pouvoir faire de projets pour l'avenir
  - SPT 7 : Autres symptômes (p. ex., croyances négatives persistantes liées au mauvais sort, esprits).
  - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Anxiété (la présence du critère ANX 1 ou de ANX 2 est nécessaire)
  - ANX 1 : Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes (distinguer du stress post-traumatique où la menace est *passée*)
  - ANX2 : Symptômes physiques possibles : Tension musculaire, sensation de boule dans la gorge, tremblements, accélération du rythme cardiaque, nervosité
  - ANX3 : Difficultés de sommeil
  - ANX4 : Difficultés de concentration
- Blues du post-partum
  - Survenue dans les jours qui suivent immédiatement la naissance
  - Labilité de l'humeur
  - Hypersensibilité
  - Irritabilité
  - Spontanément résolutif et sans gravité
  - Difficultés d'adaptation liées à l'histoire ou contexte de vie
  - DAD 1 : Précisez et rapportez dans le registre (p. ex., problèmes familiaux ou de couple, violence conjugale, abus sexuel ou physique, problèmes de santé, pauvreté extrême, rejet ou exclusion sociale, conflit socio-politique) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

©Adaptation du *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terradas (2014). Cette adaptation tient compte des critères du American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorder



## Annexe 4

### Présentation Du Quartier

Le quartier de Banconi est situé en commune I du district de Bamako. Il est composé de six secteurs : Salembougou, Flabougou, Zèguènèkorobougou, Layebougou, Plateau et Djanguinéougou.

La population est estimée à 120000 habitants sur une superficie de 280 hectares soit une densité très élevée de 428habitants à ha.

La population de Banconi est jeune (91% de la population à moins de 45 ans et 65,6% à moins de 25 ans).

Banconi est un quartier urbain, dont les habitants ont conservé des rapports très étroits avec leurs lieux de provenance, aussi bien sur le plan social, que du point de vue économique.

La population dans son ensemble est très pauvre.

### II Présentation Du CscCom U Banconi

L'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA), créée en Août 1988, a eu comme première initiative la création d'un Centre de Santé Communautaire qui a ouvert ses portes le 9 mars 1989.

Par son caractère communautaire, **l'originalité de ce centre réside dans plusieurs principes :**

- **Autofinancement à partir de ses ressources propres,**
- **Emploi de jeunes diplômés maliens,**
- **Qualité de l'accueil et des soins,**
- **Prise en charge de l'ensemble des soins de Santé primaires et Secondaires,**
- **Information optimale des populations quant aux attitudes nouvelles à acquérir en matière de Santé,**
- **Production de service au coût le plus bas possible,**
- **Recherche de l'impact maximum des services vis à vis de la population du quartier.**

**Son objectif principal est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier avec sa participation active et volontaire.**

### **1- Description du Centre**

Le centre de santé communautaire de l'ASACOBA est situé en plein cœur du quartier de Banconi, dans le secteur de Flabougou en face du goudron principal.

Le centre est installé dans ses propres locaux grâce aux efforts conjugués de la population de Banconi, des mairies de la commune I (Bamako) et **d'Angers (France)**.

Le CSCOM de Banconi est dirigé par un médecin directeur et comprend un personnel technique de 24 agents répartis comme suit :

➤ **Personnel contractuel** : tous à la charge de la population de Banconi :

- Trois (3) médecins généralistes,
- Quatre (4) Infirmières diplômées d'état dont une tient la pharmacie,
- Une (1) Biologiste,
- Un (1) comptable,
- Un (1) assistant administratif,
- Cinq (5) matrones,
- Deux (2) gardiens,
- Un (1) chauffeur,

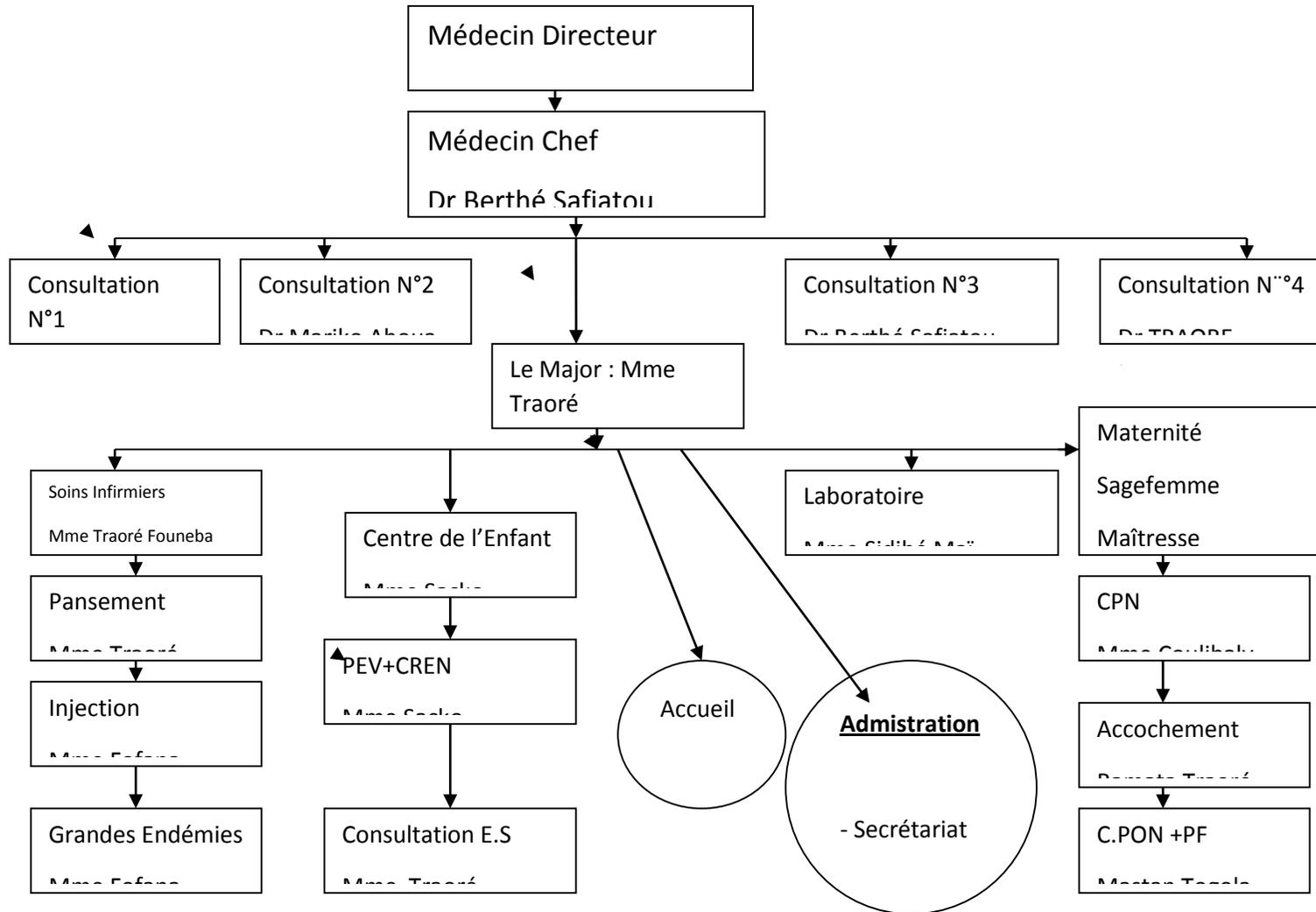
➤ **Personnel fonctionnaire** :

- un médecin,
- Deux sages-femmes,
- Une infirmière obstétricienne,

➤ **Autres** :

- Le nettoyage est assuré par deux manouvres journaliers,
- le ramassage des ordures est assuré par deux GIE (Groupement d'Intérêt Économique).

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BANCONI



## **Les infrastructures se composent de :**

### ➤ **Un dispensaire :** qui comprend :

- Quatre salles de consultation,
- Un dépôt de pharmacie,
- Un laboratoire,
- Deux salles de soins infirmiers (la salle Isabelle Ridoux et la salle de pansement),
- Un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente.

### ➤ **Une maternité :** qui comprend :

- Un hangar d'attente servant en même temps de salle de CCC (Communication pour le Changement de Comportement),
- deux salles de consultation prénatale,
- une salle de consultation post - natale et de planification familiale,
- une salle de repos pour l'équipe de garde,
- deux salles de séjour pour les accouchées contenant une dizaine de lits,
- une salle de mis en observation des malades,
- le bureau de l'infirmière major,
- la dernière salle est réservée à l'échographie et à l'électrocardiogramme (ECG).

### ➤ **Le nouveau bloc :** est un bâtiment à 1niveau qui comprend :

#### **Au rez-de-chaussée :**

- deux salles d'accouchements,
- deux salles d'observation pour les parturientes,
- une grande salle des enfants servant pour le programme élargi de vaccination(PEV), la consultation des enfants sains, l'éducation et la récupération nutritionnelle(CREN),
- une salle contenant les équipements de la chaîne de froid,
- le bureau de l'infirmière responsable du centre de l'enfant,
- trois toilettes pour les patients.

#### **A l'étage :**

- une salle des archives,

- le bureau du médecin directeur,
- une salle de conférence,
- les toilettes pour le personnel.

➤ **A l'entrée du centre, à gauche :**

- le guichet,
- le bureau du comptable,
- le bureau de l'administrateur des archives,
- le logement du médecin directeur.

A droite,

- la salle de réunion de l'ASACO (Association de santé communautaire)
- un bureau occupé par une équipe de recherche du CVD (centre pour le développement du vaccin),

Il faut noter que le centre est doté d'une adduction d'eau et d'électricité grâce à la **mairie d'Angers.**

**3- Fonctionnement :**

Le centre est ouvert à tout malade qui a pris son ticket de consultation qu'il soit adhérent ou non.

Les Tickets de consultation sont de deux sortes : adhérent=300F CFA et non adhérent=500F CFA. Les tickets sont validés par la signature de l'Infirmière Majore.

➤ **-Accueil :**

Les malades sont accueillis par un agent qui est installé sous le hangar d'entrée ; il les oriente selon leur besoin dans les différentes unités du centre. Au niveau de chaque unité les infirmières et les aides-soignantes s'organisent pour l'accueil.

➤ **-Dispensaire :**

Le malade prend le ticket au niveau de l'agent d'accueil qui oriente :

\* Les adultes : directement dans le rang de consultation des médecins.

\* Les enfants : vers la salle **Isabelle Ridoux**, où une infirmière d'état prend certaines constantes (le poids, la taille, le rapport poids/taille et la température) ensuite ils sont envoyés dans le rang de consultation des médecins.

En fin de consultation, une ordonnance avec souche est délivrée au malade par le médecin.

\* Le troisième groupe est constitué par les malades qui sont venus pour les soins infirmiers.

Ils sont dirigés vers la salle de soins où une infirmière d'état les reçoit pour les soins.

➤ **Le laboratoire :**

C'est un laboratoire de premier niveau tenu par une biologiste, qui fait des analyses de :

- Parasitologie : selle, urine, sang (GE, frottis...), peau (SNIP)
- Hématologie : NFS, VS, Groupe Rhésus
- Bactériologie : ECBU, frottis vaginal
- Sérologie : Widal et BW (Test d'EMMEL), VIH
- Biochimie : transaminase, azotémie, créatinine mie, glycémie

Les analyses sont faites après avoir payé à la caisse.

➤ **La pharmacie :**

Délivre uniquement des produits figurants sur la liste officielle de médicaments essentiels du Mali et sont présentés sous la forme de générique.

Les médicaments ne sont délivrés que sur présentation d'une ordonnance du centre.

Les ordonnances externes ne sont pas servies.

La pharmacie est tenue par une infirmière, qui est aidée par une matrone.

➤ **La maternité :**

Les femmes sont guidées vers une table d'accueil où deux matrones les reçoivent :

- une s'occupe rapidement de celles qui sont venues pour un accouchement ; elles sont aussitôt dirigées vers la salle d'accouchement (tenu régulièrement par une sage-femme) sans aucune autre procédure,

- l'autre reçoit les consultantes et les oriente selon les besoins.

Si c'est une consultation prénatale, elle délivre un carnet de consultation prénatale et un carnet de vaccination. Ensuite, elle leurs envoie avec le carnet rempli (coordonnées de la femme, poids - taille, tension artérielle) chez une sage-femme. Pour les consultations post natales et la planification familiale, les sages-femmes s'en occupent à tour de rôle.

La communication pour le changement de comportement (C.C.C) est faite tous les jours avant les consultations en présence de toutes les sages-femmes et des matrones.

Les déclarations de naissance sont remplies par un Assistant Administratif dans un bureau ouvert à cet effet.

➤ **-Centre de l'enfant :**

Les principales activités sont :

- La consultation de l'enfant sain : se fait après avoir pris un carnet de consultation par une infirmière d'état.

Elle consiste à : - prendre le poids, la taille, la température,

- faire la courbe de croissance,

- vérifier la vaccination, l'hygiène

- et donner des conseils aux mamans.

- La vaccination se fait tous les jours ouvrables. Elle concerne toutes les maladies cibles du programme national de vaccination, Elle est faite après la prise d'un carnet de vaccination.

-La récupération nutritionnelle : est une activité intégrée actuellement dans la vaccination afin de toucher par l'éducation nutritionnelle le maximum de femmes.

- La CCC : est faite tous les jours avant le démarrage des activités.

Le centre de l'enfant est sous la responsabilité d'un médecin qui travaille en étroite collaboration avec l'infirmière responsable de l'unité.

➤ **Comptabilité - Gestion** : elle est tenue par un comptable, gestionnaire.

Les différents tarifs sont fixés par le Conseil d'Administration

Toutes les recettes sont versées en fin de journée au comptable qui signe un cahier de versement.

Les recettes reçues par le comptable sont versées au trésorier du comité de gestion qui à son tour verse à la banque contre un reçu de versement.

L'ASACOBBA prend en charge son fonctionnement grâce à un système de recouvrement des coûts.

Quant à l'achat de matériels médicaux le CSCOM de Banconi bénéficie de l'aide de la mairie d'Angers.

**Gestion administrative du centre** : est confiée au médecin directeur qui doit rendre compte régulièrement au comité de gestion.

Il est suppléé dans ses fonctions techniques par un Médecin Chef.

Le service est reparti en différentes unités. Chaque unité est dirigée par un chef d'unité qui rend compte régulièrement au médecin chef.

Chaque deux semaines, il y a une réunion de tout le personnel pour discuter du fonctionnement et des différents problèmes du centre.