

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

TITRE

**VALEUR AJOUTEE DE LA MISE EN OEUVRE DE
LA CONSULTATION POSTNATALE A LA
MATERNITE DU CHU POINT G SELON LES
RECOMMANDATIONS DE L'OMS : A PROPOS
D'UNE ETUDE TRANSVERSALE DE DEUX MOIS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17/01/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Moriba SAMAKE

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

Jury

Président : M. Ibrahima TEGUETE, Maitre de Conférences

Membre : M. Kassoum KAYENTAO, Maitre de Recherche

Co-directeur : M. Mamadou SIMA, Maitre de Conférences

Directeur de thèse : M. Tioukani Augustin THERA, Maitre de Conférences

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Je rends grâce à ALLAH

Je dédie ce travail à...

ALLAH, le tout puissant, le clément, le miséricordieux.

Par sa bonté et sa grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasse que je me souviens de sa miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie, cette vie éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui).

A nos mamans Mariam SAMAKE et Nana KAMATE :

Vos sacrifices font de nous ce que nous sommes aujourd'hui, que de souffrances endurées pour le bonheur de vos enfants. Nous vous demandons de prier pour nous afin que nous puissions être un modèle à suivre.

Qu'ALLAH le Miséricordieux vous accord long vie, prospérité et bonheur. Amen !

A notre père Koh SAMAKE :

Aucune dédicace ne saurait exprimer notre respect et considération pour les sacrifices consentis pour notre instruction et notre bien-être. Nous avons toujours admiré ta droiture, tes principes rigoureux, ton sens profond de la responsabilité. Merci pour tout le soutien qui n'a jamais fait défaut ; que ce modeste travail soit l'exaucement des vœux tant formulés, le fruit d'innombrable sacrifices, bien que vous ne vous en acquitterons jamais assez. Puis Dieu le Très Haut t'accorde santé, bonheur et longue vie. Amen !

A nos sœurs : Aichata et Alimatou :

Nous vous remercions pour nous avoir aidés durant nos périodes difficiles. Trouvez dans ce travail le résultat et le fruit de vos labeurs.

A nos frères : Wodiaba, Bourama, Seydou, Souleymane, Bakary, Fousseyni, Sidi Modibo

Nous vous remercions sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour nous

A nos tantes : Salimata, Maimouna Doumbia

Merci pour votre soutien et pour avoir cru à nous

À notre défunte grand-mère Minata Doumbia :

La joie serait encore plus grande si vous aviez été témoin de ce long parcours. Que Dieu vous accueille favorablement dans son royaume pour le repos éternel de votre âme charitable.

A Tiecoura SAMAKE :

Merci pour tout le sacrifice

A toute la famille a Magnambougou :

Merci pour tout le soutien.

REMERCIEMENT

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes amis :

Pour n'oublier personne, merci à tous. Merci pour votre amitié, votre disponibilité et vos avis. J'ai le cœur rempli d'espoirs pour nous tous... Restons toujours solidaires...

A nos maîtres du premier cycle, second cycle, et lycée :

Merci pour les sacrifices consentis tout au long de nos études.

Au corps professoral de la faculté de médecine et D'odontostomatologie :

Merci pour la qualité de l'encadrement.

A mes encadreurs du CHU POINT G : Pr THERA Tioukani Augustin, Pr TRAORE Mamadou, Dr SIMA Mamadou, Dr COULIBALY Ahmadou, Dr KONE Koniba, Dr KANTE Ibrahim, Dr DIARRA Drissa et feu Dr ONGOIBA Ibrahim.

Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique. Nous sommes fières d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements. Merci pour tout.

À tous les DES de la Gynécologie-Obstétrique :

Mes sincères remerciements pour votre accompagnement. Merci pour votre attachement fraternel.

À mes camarades internes : Kalifa DIARRA, Boureima GUINDO, Amadou DIALLO, Mariam SANGARE, Sokona SIDIBE, Afissatou AKPA, Fatoumata SAMASSI, Ibrahim SANGARE, Paul GUINDO, Binafou NIMAGA, Cheik DIARRA, Soumaila BAGAYOKO, Alhassane DIABATE, Drissa KAMAGUILE, Moussa CAMARA, Mahamane MAIGA, Orokia SIMPARA, Hamidou DIARRA, Oumou KEITA, Nassira SIDIBE, Mariama TOURE, Dramane BALLO, Zakaria KANTE, Alpha KAYA et Kougo DIABATE.

Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité.

Aux sages-femmes et infirmières de la gynécologie-obstétrique :

Je remercie l'ensemble des sages-femmes et infirmières. J'ai énormément appris à vos côtés.
Merci pour tous ces bons moments de partage.

A la secrétaire du service : Aminata COULIBALY

Merci pour votre courtoisie et votre disponibilité.

A Monsieur Pierre Claver Sidibé : c'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci, que le Seigneur vous offre plus d'opportunité avec plein de succès. Soyez rassurés de ma gratitude.

À tous ceux que j'ai croisé à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer.

Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury

Pr Ibrahima TEGUETE

- Maître de conférences Agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS ;
- Chef de service de Gynécologie du CHU-Gabriel TOURE ;
- Secrétaire général de la société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO) ;
- Membre de la société Malienne de Gynécologie- Obstétrique (SOMAGO) ;
- Point focal du dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A notre Maître et Membre du jury :

Pr Kassoum KAYENTAO

- MD, MSC, PhD en épidémiologie
- Directeur de Recherche
- Titulaire d'un Master en Santé Publique, spécialité Biostatistique ; coresponsable de l'unité paludisme et grossesse
- Enseignant chercheur au MRTC

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez réservé.

Votre disponibilité, votre simplicité et surtout vos qualités humaines font de vous un maître admirable et apprécié de tous.

Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Professeur Mamadou SIMA

- **Maitre de conférences à la FMOS**
- **Gynécologue obstétricien au CHU Point G**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G**

Cher maître,

C'est avec plaisir que vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre souci de bien faire font de vous un maître de qualité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en thérapeutique de la Stérilité- Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin ;**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine) ;**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse et en nous permettant d'apprendre à vos côtés. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité. Tout au long de ce travail, nous avons été fascinés par votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré et respecté de tous. Merci de nous avoir accueillis dans votre service.

Ce travail est une fois de plus la preuve de votre attachement à la bonne formation des étudiants en médecine.

Soyez rassuré ici cher maître de notre profonde estime.

Puisse Allah vous donner santé et longévité.

ABREVIATIONS

ATCD : antécédent

AG HBS : Antigène de surface du virus de l'hépatite B

CHU : Centre hospitalier universitaire

CS Réf : Centre de santé de référence

CPON : consultation postnatale

CPN : consultation prénatale

DGSHP : Direction générale sanitaire et d'hygiène publique

ECR : essais contrôlés randomisés

ECBU : examen cyto bactériologique des urines

EDSM : Enquête démographique de santé du Mali

FAF : Fer acide folique

GE : goutte épaisse

HTA : hypertension artérielle

HPP : Hémorragie du post partum

HRP : hématome rétro placentaire

IMC : Indice de masse corporelle

MCS : composante santé mentale

NFS : numération formule sanguine

NHS : National Health service

OMS : organisation mondiale de la santé

PCS : Composante santé physique

PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant

TPI : Traitement préventif intermittent

VIH : Virus de L'immunodéficience humaine

VAT : Vaccin anti tétanique

Table des matières

1.	Introduction	18
2.	OBJECTIFS :	21
2.1.	Objectif général :	21
2.2.	Objectifs spécifiques :	21
3.	GÉNÉRALITÉS	23
3.1.	Histoire de la profession de sage-femme et des soins postnatals	23
3.2.	Soins postnatals contemporains au XXI siècle : expérience de l'occident.....	24
3.2.1.	Développements des soins postnatals contemporains	25
3.3.	Morbidité physique et psychologique maternelle en contexte de pays développés ..	27
3.3.1.	Problématique de la révision des soins postnatals pour améliorer la santé maternelle 28	
3.3.2.	Soins postnatals dispensés par une sage-femme.....	28
3.3.3.	Implications de l'évolution des politiques et des pratiques sur les soins postnatals contemporains.....	30
3.4.	Données épidémiologiques sur la consultation postnatale en Afrique Sub-Saharienne 31	
3.4.1.	Fréquence d'utilisation des services de soins prénatals.....	31
3.4.2.	Facteurs influençant la non-utilisation des services de soins postnatals	34
3.4.2.1.	Les déterminants socioéconomiques	34
3.4.2.2.	Les déterminants démographiques	38
3.5.	Les complications postnatales en Afrique Sub-Saharienne.....	40
3.5.1.	Fréquence et type de complications.....	41
3.5.2.	Facteurs influençant les complications postnatales	48
3.6.	Recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals.....	53
4.	METHODOLOGIE	58
4.1.	Cadre d'étude :	58
4.1.1.	Présentation du CHU du point G :	58
4.2.	Période de l'étude	61
4.3.	Type d'étude	61
4.4.	Population d'étude.....	61
4.5.	Echantillonnage	61
4.5.1.	Critère d'inclusion :	61
4.5.2.	Critère de non inclusion :	61

4.5.3. Technique d'échantillonnage.....	61
4.5.4. Taille minimum de l'échantillon	61
4.5.4.1. Calcul de la taille de l'échantillon.....	61
4.6. Déroulement	62
4.7. Collecte des données	62
4.7.1. Source des données.....	62
4.7.2. Variables.....	63
4.8. Analyse et traitement des données.....	63
4.9. Aspects éthiques	64
4.10. Définitions opératoires	64
5. RESULTATS.....	67
5.1. Fréquence de réalisation de la consultation postnatale.....	67
5.2. Profil sociodémographique des consultantes.....	67
5.3. Profil obstétrical des consultantes	69
5.4. Histoire et évolution de la grossesse index.....	70
5.4.1. Pronostic maternel	71
5.4.2. Facteurs influençant les complications maternelles	73
5.5. Pronostic néonatal.....	74
5.5.1. Morbidité néonatale	74
5.5.2. Mortalité néonatale	75
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	79
7. CONCLUSION	83
8. RECOMMANDATIONS	84
9. REFERENCES	86
10. ANNEXES.....	101

Listes des tableaux :

Tableau I : Exemple de coutumes postpartum dans plusieurs cultures	38
Tableau II : les causes de l'hémorragie du postpartum secondaire.....	44
Tableau III : Prise en charge de l'hémorragie secondaire du postpartum	45
Tableau IV : Options de prise en charge de Pyrexie puerpérale	46
Tableau V : Options de prise en charge des problèmes de seins	47
Tableau VI : Timing des complications maternelles et néonatales et de l'offre des soins pendant la période postnatale selon l'OMS	48
Tableau VII : Principales variable collectées.....	63
Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographiques	67
Tableau IX : Répartition des femmes selon l'ethnie et le rang de la consultation postnatale.	68
Tableau X : Antécédents médicaux et obstétricaux	69
Tableau XI : Histoire/évolution de la grossesse index.....	70
Figure 8 : Fréquence de complications maternelles selon le rang de la consultation postnatale .	71
Tableau XII : Principales anomalies chez les femmes ayant une complication postnatale	72
Tableau XIII : Analyse univariée puis multivariée des facteurs influençant la survenue de complications maternelles en postnatale.	73
Tableau XIV : Complications retrouvées chez les nouveau-nés.....	74
Tableau XV : Facteurs influençant la mortalité néonatale.....	76

Listes des figures :

Figure 1 : Diagramme sur la prévalence de l'utilisation des soins postnatals dans les pays d'ASS.....	33
Figure 2 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 5 contre quintile 1 (référence).	34
Figure 3 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 4 contre quintile 1 (référence)	35
Figure 4 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 3 par rapport au quintile 1 (référence).....	35
Figure 5 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 2 contre quintile 1 (référence)	35
Figure 6 : Odds ratio pour l'association entre le lieu de résidence et l'utilisation des services de soins postnatals.....	37
Figure 7 : Organigramme du service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G.....	60
Figure 8 : Fréquence de complications maternelles selon le rang de la consultation postnatale .	71
Figure 9 : Devenir des nouveau-nés.....	75

INTRODUCTION

1. Introduction

On estime que chaque année, 289 000 femmes meurent dans le monde à cause des complications liées à la gravidopuerpéralité [1] et jusqu'à deux tiers de ces décès maternels surviennent après l'accouchement [2,3]. Les issues défavorables des soins maternels et néonataux comprennent également 2,9 millions de décès néonataux par an [4]. La majorité des décès maternels et néonataux qui surviennent dans le monde, se produisent dans des pays à faible revenu [1,5]. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la période postnatale commence immédiatement après l'accouchement et dure six semaines [6]. Les estimations dans les pays à revenu faible font état de près de 40% des femmes connaissant des complications après l'accouchement et 15% développant des problèmes potentiellement mortels [7]. Les services de soins postnatals sont un élément fondamental du continuum de soins obstétricaux essentiels, lesquels comprennent également les soins prénatals et l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Bien délivrés, ces soins permettent de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales dans les pays à faible revenu [8, 9]. Par rapport aux autres services de santé maternelle et infantile [10], la couverture des soins postnatals tend à être relativement faible. L'augmentation de cette couverture a été considérée comme une priorité [11]. Comme en République Démocratique du Congo où au moins 93% des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals et une assistance qualifiée à l'accouchement, mais seulement 35% des femmes qui accouchent reçoivent des soins postnatals [12]. Au Kenya, moins de 20 % des femmes utilisent les services de soins postnatals [13]. En 2014, l'OMS a recommandé qu'une mère et son nouveau-né reçoivent des soins postnatals dans les 24 heures suivant la naissance, puis au moins trois autres fois, c'est-à-dire au moins le troisième jour après la naissance, la deuxième semaine après la naissance et six semaines après la naissance [14]. Les services de soins postnatals peuvent être définis comme des pratiques de soins préventifs et des évaluations visant à identifier et à gérer ou à orienter les complications tant pour la mère que pour le nouveau-né. En général, ces services comprennent un ensemble intégré de soins maternels et néonataux de routine ainsi que des soins supplémentaires pour les nouveau-nés qui sont considérés comme particulièrement vulnérables parce qu'ils sont, par exemple, prématurés, ont un faible poids à la naissance, sont petits pour leur âge gestationnel ou ont des mères infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [15]. Les interventions postnatales possibles pour la mère comprennent :

- (i) la supplémentation en acide folique pour au moins trois mois;

- (ii) le dépistage et le traitement des infections, l'hémorragie, la thrombo-embolie, la dépression postnatale et d'autres anomalies;
- (iii) les antibiotiques prophylactiques donnés aux femmes qui ont une déchirure périnéale du troisième ou quatrième degré; et
- (iv) le counseling sur l'allaitement maternel précoce et exclusif, la nutrition, l'espacement des naissances et les options de planification familiale, y compris toute contraception disponible [14,16,17].

Les interventions postnatales possibles pour le nouveau-né comprennent :

- (i) les soins du cordon ombilical;
- (ii) les soins spéciaux pour les prématurés, petits poids de naissance et les nouveau-nés infectés par le VIH [14, 15, 18];
- (iii) le dépistage et le traitement des infections et la restriction de croissance postnatale;
- (iv) l'évaluation des facteurs prédisposant à l'anémie infantile [19] ;
- (v) apprendre à la mère à rechercher des soins supplémentaires pour son nouveau-né si elle remarque des signes de danger tels que des convulsions ou des problèmes d'alimentation [14].

La sous-utilisation des services de soins postnatals est associée au manque d'information, à la pauvreté et à l'accès limité aux établissements de soins de santé [2]. Malgré ce constat, aucune évaluation n'avait été mise en œuvre.

Au Mali, selon les rapports de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, l'utilisation des services de soins postnatals reste encore faible. Le même constat a été fait par l'OMS dans plusieurs pays en développement l'amenant à formuler des recommandations pour non seulement l'amélioration de l'accès à ces soins mais aussi à leur qualité [14 ; 20]. Après l'atelier de restitution des formateurs coorganisé par l'OMS et la Société Africaine de Gynécologie – Obstétrique en 2018 à Abidjan, le Mali s'est rapidement approprié de ces recommandations lors d'un atelier organisé par la DGSHP. Toutes les régions du pays y ont participé. Ce présent travail a pour but d'apprécier la valeur ajoutée de la mise en œuvre de ces recommandations dans notre pays d'une part et d'autres parts de contribuer à améliorer la rareté des travaux sur les soins postnatals dans notre pays malgré leur importance.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier les consultations postnatales selon les recommandations de l'OMS au Centre Hospitalier du Point G.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la morbidité et la mortalité maternelles
- Déterminer la morbidité et la mortalité néonatales
- Évaluer les mesures correctrices de la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

GÉNÉRALITÉS

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Histoire de la profession de sage-femme et des soins postnatals

Il existe des preuves que l'obstétrique en tant que profession féminine était reconnue dans l'Égypte ancienne entre 1900 et 1550 avant J.-C., comme cela apparaît dans certains textes identifiés dans le Ebers papyrus Encyclopaedia Britannica [21]. Dans l'Égypte ancienne, l'obstétrique était reconnue comme une profession féminine comme mentionnée dans un autre ancien texte, le Westcar papyrus, et il semblerait que la profession de sage-femme soit un aspect bien reconnu dans cette culture [22 ;23]. Les sages-femmes sont aussi présentes dans l'histoire gréco-romaine, bien que leur statut professionnel ne fût pas entièrement clarifié [24]. Certains textes suggèrent que les sages-femmes pouvaient être très bien éduquées à tel point qu'elles pouvaient être prises pour des médecins [25]. Elles utilisaient un large éventail de remèdes à base de plantes et autres dans leur pratique et recevaient une rémunération pour leur travail. Cependant, lorsque les familles ne pouvaient payer les honoraires de ces sages-femmes plus instruites, il semble qu'elles aient été suivies par d'autres femmes non qualifiées qui avaient recours à un éventail de pratiques plus douteuses [26]. Certaines sages-femmes auraient été des esclaves mais elles pouvaient recevoir des rémunérations du fait de leur travail, il est possible qu'elles étaient capables ainsi de payer leur liberté, accédant de fait à un statut plus respecté dans la Société Romaine [26]. Après le déclin de l'Empire romaine et de l'émergence du christianisme, le travail des sages-femmes a attiré l'attention de l'Église [24]. Il existe des similitudes entre plusieurs des principales religions en ce qui concerne les événements qui suivent l'accouchement, tant pour la mère que pour le nouveau-né.

En particulier, la période de récupération après la naissance apparaît dans la plupart des cultures et est liée aux rituels religieux, bien que la durée de cette période varie. Un large éventail de coutumes et de rituels a été adopté, mais beaucoup semblent être soutenus par des préoccupations concernant l'intégrité spirituelle de la femme et la nécessité pour elle d'entreprendre une certaine forme de purification ainsi qu'une période de récupération après la naissance [27, 28].

En se concentrant sur l'Europe continentale, l'Église catholique semble avoir eu des préoccupations quant à la nécessité de contrôler la fécondité des femmes et leur influence sur les hommes [29 ;30 ;31]. Il était généralement considéré que les douleurs de l'accouchement étaient entièrement justifiées puisque toutes les femmes étaient des descendantes d'Eve et qu'elles devaient "payer" les conséquences du fait qu'Eve avait égaré Adam.

Le travail des sages-femmes était donc considéré avec une certaine suspicion lorsqu'elles avaient accès aux femmes pour toute une série de conditions liées au sexe, souvent de préférence aux soins des médecins ou des guérisseurs masculins.

Lorsqu'elles utilisaient ensuite une série de remèdes à base de plantes pour soulager la douleur du travail d'accouchement, cela allait en fait à l'encontre de la volonté de Dieu [32 ;33]. C'était à une époque où le bien et le mal étaient des paradigmes forts utilisés pour expliquer les causes de la maladie et de la mort en attribuant les résultats soit à la volonté de Dieu, soit à la damnation par le Diable. Afin d'exercer un certain contrôle sur ces "affaires féminines", l'Église s'est impliquée dans le choix de la sage-femme en introduisant une forme de licence. Cette opération était entreprise par un évêque et la sage-femme devait prêter serment de ne pas utiliser la magie pour aider les femmes pendant l'accouchement [34 ;35].

L'émergence des sages-femmes masculines et de l'implication des médecins dans la profession de sage-femme, par opposition à l'obstétrique, n'est pas abordée ici car les soins de la femme couchée et de son enfant étaient presque entièrement du ressort des femmes, à moins que des complications ne nécessitent l'assistance d'un médecin, lorsque cela était possible [36 ;37].

3.2. Soins postnatals contemporains au XXI siècle : expérience de l'occident

Ce chapitre se focalisera surtout sur l'expérience du Royaume Uni qui est largement rapportée dans la littérature. En effet, ces dernières années, plusieurs auteurs ont mis l'accent sur le fait que, les soins postnatals, bien qu'ils constituent une composante essentielle de la pratique des sages-femmes depuis plus d'un siècle, sont désormais davantage une formalité qu'une priorité de santé publique. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette situation. Au cours des trois dernières décennies, la tendance à long terme à la réduction de la durée d'hospitalisation s'est poursuivie ; par exemple, en 1975, seulement 32 % des femmes ont été renvoyées chez elles dans les 3 jours suivant l'accouchement [38]. Alors qu'entre 2005-2006, 87 % des femmes ont été renvoyées dans les 3 jours malgré l'augmentation des interventions médicales [38] et les besoins de santé plus complexes des femmes qui tombent enceintes [39]. Au cours de la même période, les contacts postnatals à domicile ont également diminué. En effet, le taux moyen par maternité en Angleterre et au Pays de Galles était passé de 9,2 contacts postnatals entre 1988-1989 à 7,2 contacts postnatals entre 1999-2000 [40]. Dans une enquête un peu récente sur les expériences des femmes en matière de soins de maternité en Angleterre en 2006, les femmes ont reçu en moyenne 5 visites à domicile [41]. Malgré la nécessité pour les sages-femmes d'optimiser le nombre limité de contacts postnatals qu'elles ont désormais

avec les femmes, les preuves à l'appui de la pratique se font rares. En outre, la documentation des soins postnatals n'a reçu qu'une attention limitée, les implications de la manière dont cela perpétue le contenu des soins n'étant pas prises en compte, bien que des études sur les parcours de soins visant à standardiser la prise de décision en matière de travail aient amorcé ce dialogue [42 ;43].

Les implications de l'introduction, au début du XXe siècle, de l'enregistrement de la profession de sage-femme et des normes de supervision et de formation ont également été soulignées. L'un des catalyseurs les plus importants pour la pratique des sages-femmes et des accouchements au Royaume-Uni vers la fin du XXe siècle a été la décision que toutes les femmes doivent accoucher à l'hôpital en partant du principe que c'était l'option la plus sûre [44]. L'impact ultérieur du transfert de la naissance dans l'hôpital de soins aigus a eu des répercussions sur les services postnatals en raison de la nécessité de maximiser les ressources limitées, de réduire les délais d'attente des patientes hospitalisées et de veiller à ce que des niveaux adéquats de personnels soient disponibles dans les salles de travail. À l'aube du XXIe siècle, nous sommes confrontés à de nouveaux défis pour assurer des soins de maternité sûrs et de qualité, suite à un changement important des priorités en matière de santé publique ; par exemple les problèmes de santé chroniques causés par une population de plus en plus obèse dans les pays développés. Si les soins postnatals ont fait l'objet d'initiatives politiques et d'orientations récentes, il reste des obstacles majeurs à la réalisation et au maintien du changement.

3.2.1. Développements des soins postnatals contemporains

Malgré l'introduction des soins de sage-femme postnatals au début du siècle dernier, ce n'est qu'au début des années 1990 qu'un petit nombre de chercheurs ont commencé à se demander si le contenu et le calendrier des soins de routine étaient appropriés et que les décideurs politiques ont réexaminé l'organisation des services. La baisse spectaculaire des taux de mortalité maternelle au moment de la Seconde Guerre mondiale, suivie de la décision progressive que toutes les femmes devraient accoucher à l'hôpital, n'a pas déclenché une révision du contenu ou du calendrier des soins postnatals. Le rapport du comité spécial de la Chambre des communes sur les services de maternité, publié en 1992, a été suscité par les préoccupations générales concernant la fragmentation des services de maternité. En ce qui concerne les soins postnatals, le Comité les a décrits comme un domaine mal évalué et mal étudié, dispensé de manière souvent inappropriée et fragmentée et dont la prise en charge est dispersée, ce qui nuit à l'utilisation efficace des ressources. Un comité d'experts sur la maternité, créé en réponse au rapport du comité restreint pour examiner la politique et faire des

recommandations de changement. a recommandé que la recherche sur les soins postnatals soit élargie et que, dans le cadre de la refonte des services postnatals, le besoin de continuité des soins soit au centre des préoccupations. En 1997, la Commission d'audit, l'organisme officiel chargé de veiller à la manière dont les fonds publics sont dépensés, a publié son rapport sur une étude externe des services de maternité, qui a recueilli des données auprès des maternités, des médecins généralistes (GP) et une enquête sur les femmes ayant accouché en 1995 [45 ;46] Le rapport a noté l'impact de la santé de la mère sur son rétablissement et son adaptation à la parentalité et la nécessité de veiller à ce que les soins postnatals soient correctement planifiés [45]. Au moment de la publication de ces deux rapports importants, peu de recherches avaient été menées sur le contenu ou la durée des soins postnatals prodigués par les sages-femmes, qui continuaient à être guidés par un minimum de conseils. Les orientations sur la durée des contacts incluses dans les "règles relatives aux sages-femmes" [47]. Ont continué à faire référence à une période "d'au moins 10 jours et d'au plus 28 jours après la fin du travail pendant laquelle la présence continue d'une sage-femme auprès de la mère est requise", sans qu'aucune preuve ne vienne étayer la raison pour laquelle ce délai a été considéré comme approprié pour superviser le rétablissement de la mère après la naissance. Le contenu des soins postnatals, introduit au début du XXe siècle lorsque la prévention des décès par hémorragie et septicémie était une priorité, a continué à être focalisé sur l'observation de l'involution utérine, des lochies, de la température et de la pression artérielle. Et ce, malgré les progrès médicaux (par exemple, anesthésie plus sûre, accès à la contraception et aux antibiotiques pour traiter les infections puerpérales), la sensibilisation accrue à l'importance de la santé publique (par exemple, amélioration des conditions sanitaires et du logement) ainsi que les avancées en matière de statut social et économique des femmes. Une enquête sur la pratique des sages-femmes dans deux districts sanitaires anglais, qui a examiné le contenu des visites à domicile des sages-femmes, a révélé que bien que les sages-femmes effectuent quotidiennement des composantes traditionnelles des soins, elles ne voient guère l'intérêt de les réaliser [48]. Une petite étude antérieure sur les contacts des sages-femmes [49] a rapporté que les sages-femmes effectuaient une grande variété de tâches lors d'une visite à domicile, mais que celles-ci n'étaient souvent pas adaptées aux besoins des femmes. Un autre élément traditionnel des soins postnatals est la visite de routine chez le médecin généraliste de la femme à 6-8 semaines, qui marque la fin des soins de maternité. Cette composante des soins a été introduite il y a environ 60 ans, lors du lancement du Service national de santé, bien que l'on manque de preuves pour étayer le moment et le contenu du contrôle. Bien qu'il s'agisse d'une étape si routinière du parcours d'une femme à travers la grossesse et la naissance, peu d'études ont évalué les bénéfices de la consultation.

[50] dans une petite étude de 125 femmes qui ont subi des examens vaginaux de routine lors de leur examen ont trouvé que seulement six avaient une anomalie détectée en conséquence, dont aucune n'a nécessité de traitement. La discussion sur la contraception lors de la visite peut être trop tardive car les femmes reprennent les rapports sexuels plus tôt que prévu [51 ; 52].

3.3. Morbidité physique et psychologique maternelle en contexte de pays développés

L'une des raisons de l'absence de révision du calendrier et du contenu des soins postnatals de routine était l'hypothèse selon laquelle la réalisation d'observations et d'examens traditionnels permettrait de détecter les problèmes de santé, et les femmes avaient récupéré physiquement et psychologiquement après l'accouchement au moment de la réalisation de la consultation postnatale. Les premières études d'observation de la santé maternelle publiées au Royaume Uni et en Australie [53 ;54 ;55] ont montré qu'un large éventail de problèmes de santé physique et psychologique étaient rencontrés chez les mères, dont beaucoup persistaient au-delà de la période postnatale. En outre, il est peu probable que les problèmes de santé soient identifiés dans le cadre des soins postnatals de routine, car les femmes ne les signalent pas et les professionnels de la santé ne posent pas de questions à leur sujet. [53], dans une vaste étude portant sur des femmes ayant accouché dans une maternité de Birmingham, au Royaume Uni, ont constaté que 47 % des plus de 11 000 femmes ont rapporté un ou plusieurs nouveaux problèmes de santé dans les six premières semaines suivant l'accouchement et que de nombreux symptômes persistaient. Une étude entreprise dans la région de Grampian en Écosse a rapporté que 76% des 1249 femmes ayant répondu à une enquête ont connu au moins un problème de santé entre leur sortie de l'hôpital et la huitième semaine postnatale [51]. Les problèmes les plus fréquemment signalés étaient les douleurs lombaires, les maux de tête, la fatigue, l'incontinence urinaire à l'effort, les hémorroïdes, les douleurs périnéales et la dépression. Des études menées en Australie, en France et en Italie ont fait état de niveaux de morbidité similaires [55 ; 56]. En outre, l'impact et la gravité des problèmes de santé ont également été décrits pour les premières heures. Bien que les problèmes ne mettent pas la vie en danger, certains ont un impact sur le mode de vie des femmes et sur leurs relations avec leur famille [57].

La recherche a continué à mettre en l'accent sur l'impact de la morbidité maternelle. Certains problèmes sont clairement liés à un événement ou à une intervention particulière pendant le travail ou au moment de la naissance, par exemple, avoir un accouchement aux forceps pour un premier accouchement vaginal et le risque de développer une incontinence fécale persistante [58]. ou avoir une anesthésie péridurale pour soulager la douleur du travail et avoir un mal de

tête après la ponction [59]. D'autres problèmes peuvent être liés à des caractéristiques maternelles particulières ou au niveau de soutien social auquel une femme peut avoir accès, par exemple, une femme peut avoir mal au dos parce qu'elle n'a personne pour l'aider à s'occuper de ses autres enfants en bas âge ou à soulever de lourdes charges ou du matériel pour bébé [53] ou elle peut avoir un risque plus élevé de développer une dépression, en raison d'antécédents de problèmes de santé mentale ou de mauvaises relations conjugales [60]. Bien que l'on en sache plus sur la morbidité maternelle aujourd'hui qu'il y a 20 ans, des recherches primaires et secondaires supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact de la grossesse et de l'accouchement sur les problèmes de santé immédiats et à long terme, y compris le rôle des facteurs sociaux, culturels et économiques, et la manière dont les modèles de soins peuvent être révisés pour répondre aux besoins. Il est également important de revoir la formation clinique et le développement continu du personnel afin d'optimiser les compétences pour identifier et gérer efficacement la morbidité physique et psychologique postnatale.

3.3.1. Problématique de la révision des soins postnatals pour améliorer la santé maternelle

Suite à la publication d'études sur la morbidité maternelle, des questions ont été soulevées quant à savoir si la l'offre universelle et systématique de soins postnatals pouvait améliorer les issues de la santé maternelle et quelles révisions des soins seraient nécessaires pour y parvenir [61]. Les essais contrôlés randomisés (ECR) entrepris au Royaume-Uni et en Australie ont évalué l'impact sur la santé physique et psychologique des mères ; des révisions des soins de routine ou d'une intervention en plus des soins de routine ; cependant, seul l'ECR [62]. a eu un avantage positif comme décrit plus loin. Les ECR portant sur les interventions prénatales ou postnatales pour les femmes présentant un risque de problèmes de santé postnatale spécifiques (c'est-à-dire la prévention du syndrome de stress post-traumatique) ne sont pas inclus ici.

3.3.2. Soins postnatals dispensés par une sage-femme

L'intervention évaluée dans l'ECR [62] était un ensemble de soins dispensés par des sages-femmes. L'unité de randomisation était la pratique générale. L'essai s'est déroulé dans les West Midlands d'Angleterre et a inclus des pratiques générales de zones rurales, urbaines et de centres-villes. Le nouveau modèle était axé sur l'offre de visites planifiées sur une période prolongée, adaptées aux besoins individuels des femmes, avec un accent sur l'identification et la prise en charge des problèmes de santé communs. Chaque femme a reçu une première visite à domicile, une visite à environ 10 jours et 28 jours et une visite finale à 10-12 semaines, qui a remplacé le contrôle de routine du médecin généraliste à 6-8 semaines. Toutes les autres visites

devaient être fondées sur les besoins et non sur la routine, et être éclairées par un plan de soins. Des listes de contrôle des symptômes devaient être utilisées pour identifier les problèmes, avec des directives basées sur des preuves pour les sages-femmes afin de mettre en œuvre une prise en charge de première ligne des personnes identifiées. Au total, 1087 femmes ont été recrutées dans 17 cabinets de médecine générale randomisés pour l'intervention et 977 dans 19 cabinets de médecine générale, qui ont constitué le groupe de contrôle. Les principaux résultats des essais étaient l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg [63], avec un score ≥ 13 , considéré comme une indication qu'une femme était susceptible d'être dépressive, et le score de la composante santé mentale (MCS) et de la composante santé physique (PCS) du SF36, une mesure de la santé et du bien-être général. Les mesures de résultats étaient dans un questionnaire postnatal envoyé à 4 – 12 mois après l'accouchement. Les questions sur les problèmes de santé maternelle ont été incluses dans le questionnaire à 12 mois après l'accouchement. La durée de l'allaitement a été évaluée aux deux moments et les indicateurs de "bonnes" pratiques tels que le recours à l'immunisation des nourrissons ont été évalués à l'aide des dossiers des médecins généralistes à 12 mois après la naissance. Une série de données sur les indicateurs processus ont également été collectées pour permettre à l'équipe de l'étude d'évaluer si la mise en œuvre du nouveau modèle a eu lieu (et quels éléments étaient plus ou moins susceptibles d'être mis en œuvre) et de comparer le nombre de visites de sages-femmes effectuées dans les deux groupes d'essai pour l'analyse coût-efficacité. Les femmes ont également été invitées à tenir un journal pour noter les professionnels de la santé qui leur ont rendu visite pendant la période postnatale. Les résultats ont montré une différence significative dans les résultats de la santé mentale maternelle à 4 et 12 mois après la naissance [62] .

La distribution des scores moyens de la MCS par groupe (pratique générale) a montré que les résultats étaient généraux et ne pouvaient être attribués à un ou deux groupes ayant des scores plus extrêmes. C'était également le cas pour les scores de l'EPDS (échelle postnatal d'Edimbourg). Il n'y a pas eu de différences dans les scores PCS à aucun moment. Les résultats secondaires qui incluaient les opinions des femmes sur les soins étaient soit significativement plus positifs dans le nouveau modèle, soit ne différaient pas entre les groupes d'essai. Les problèmes de santé maternelle à 12 mois, qui étaient également un résultat secondaire, ont montré des différences significatives en matière de dépression, d'hémorroïdes et de fatigue, qui étaient moins susceptibles d'être signalées par les femmes qui ont reçu le nouveau modèle de soins, sans différence en matière d'allaitement. Les femmes qui ont bénéficié du nouveau modèle de soins étaient moins susceptibles de consulter leur médecin généraliste au cours de la

première année suivant l'accouchement de référence au sujet d'une grossesse ultérieure, et le taux de vaccination pour le groupe étudié a été de 98 %. Les soins offerts dans le cadre du nouveau modèle étaient rentables car les résultats en matière de santé étaient meilleurs et les coûts ne différaient pas sensiblement. À ce jour, c'est le seul essai à avoir montré un effet significatif sur la santé maternelle postnatale, mais uniquement sur les résultats de santé psychologique et non physique. Cela peut s'expliquer par la difficulté à résoudre complètement un symptôme physique, tel qu'un mal de dos ou une incontinence urinaire à l'effort. Cependant, l'impact positif sur la santé mentale que la reconnaissance d'un symptôme physique pourrait avoir est également une considération importante. Il est également plausible que les femmes qui avaient planifié les soins d'une sage-femme qu'elles connaissaient depuis longtemps aient pu discuter plus librement de leur santé. Les résultats de l'essai ont démontré pour la première fois l'impact que les sages-femmes pouvaient avoir sur la santé publique en passant des révisions aux soins de routine. Les chercheurs ont conclu que l'adaptation du nouveau modèle aux soins du National Health Service (NHS) en tant que norme était justifiée ; cependant, aucun autre travail n'a été entrepris pour évaluer si le nouveau modèle pouvait être mis en œuvre en dehors d'un ECR et obtenir les mêmes avantages pour la santé. Des éléments du "paquet" de soins ont été reflétés dans des politiques récentes telles que le « *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services* [64] » et les orientations du « *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* » sur les soins postnatals de routine [65], mais on ne sait pas encore si cette approche "au coup par coup" de la révision des soins postnatals peut apporter les mêmes avantages psychologiques escomptés. La section suivante de ce chapitre examine les développements récents en matière de politique et de pratique pour les soins postnatals contemporains de sage-femme.

3.3.3. Implications de l'évolution des politiques et des pratiques sur les soins postnatals contemporains

Comme mentionné précédemment, a été publié à la suite d'un examen des preuves présentées à la commission spéciale de la Chambre des communes (1992) en réponse aux préoccupations concernant les services de maternité. La publication du rapport a fait l'objet d'une large publicité, de nombreux prestataires locaux de services de maternité établissant des modèles de soins pour atteindre les objectifs gouvernementaux basés sur les recommandations du rapport, tels que la garantie que dans les 5 ans au moins 75 % des femmes connaissent la sage-femme qui s'est occupée d'elles pendant l'accouchement. Toutefois, la mesure dans laquelle la mise en œuvre des recommandations a été couronnée de succès est discutable. Lorsque les raisons du manque de durabilité étaient invoquées, elles étaient souvent liées à des questions de

ressources et de financement. Des recherches sur des projets pilotes tels que les pratiques de groupe des sages-femmes ont montré que l'épuisement professionnel des sages-femmes était souvent un problème dû au fait qu'elles devaient assurer la continuité des soins sur une période de 24 heures à un trop grand nombre de femmes et que le rôle de l'équipe multi-professionnelle dans les nouveaux modèles de soins n'était souvent pas clair [66]. L'élection d'un gouvernement travailliste en 1997 a déclenché une réforme majeure du NHS avec la volonté de le transformer en un service "adapté au XXI^e siècle", en mettant fin à la prescription par code postal, la fin de la prescription par code postal, l'accent mis sur la réduction des inégalités en matière de santé et les mesures visant à améliorer la qualité des soins, avec un accent particulier sur des domaines prioritaires tels que le cancer et la santé mentale. Plusieurs initiatives politiques majeures ont été publiées : certaines décrivent les mesures à prendre pour transformer les services du NHS [40], d'autres visent spécifiquement à réduire la mauvaise santé [67]. et d'autres encore ciblent des services spécifiques, notamment la maternité (National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services, [64]. Un programme de réforme des structures et des processus du NHS a été entrepris (Maynard & Street 2006), comprenant la réorganisation des organismes d'achat, la création d'organismes de régulation tels que le « *National Institute for Health and Clinical Excellence* » et la « *Care Quality Commission* ». Il y a eu quelques indicateurs clés de succès, par exemple, une réduction des temps d'attente de plus de 6 mois pour une chirurgie électorale [68]. et la preuve que les cadres nationaux de services ont amélioré la qualité des services [69].

3.4. Données épidémiologiques sur la consultation postnatale en Afrique Sub-Saharienne

3.4.1. Fréquence d'utilisation des services de soins prénatals

Selon le bref rapport de l'UNICEF de 2019, 63% des mères et seulement 48 % des nouveau nés dans le monde ont bénéficié d'un contrôle de santé postnatal dans les délais prescrits. Cependant, en Afrique, les établissements de santé ne sont pas visités par la plupart des femmes et des nouveau-nés après la naissance. Cela implique que les services postnatals font partie des programmes négligés par rapport à tous les autres programmes de santé reproductive et infantile. Une méta-analyse récente a évalué la fréquence d'utilisation des services de soins postnatals dans 36 pays d'ASS. Ainsi, la fréquence totale de l'utilisation des services de soins postnatals dans les d'ASS était estimée à 52,48% [IC 95% : 52,23 - 52,63], avec la plus forte utilisation des services de soins postnatals dans la région d'Afrique centrale (73,51 %) et la plus faible utilisation des services de soins postnatals dans la région d'Afrique orientale (31,71 %). Les résultats de l'analyse de sous-groupe ont montré que dans les régions d'Afrique australe, la

plus forte utilisation des services de soins postnatals (a été enregistrée au Lesotho 81,48 %) et la plus faible au Swaziland (20,44 %). Dans les régions d'Afrique centrale, le taux d'utilisation des soins postnatals le plus élevé a été enregistré au Cameroun (85,52 %) et le taux d'utilisation des services de soins postnatals le plus faible au Tchad (48,03 %). Dans les régions d'Afrique orientale, la plus forte utilisation des services de soins postnatals a été enregistrée au Zimbabwe (84,17 %) et la plus faible en Éthiopie (8,33 %). Enfin, dans les régions d'Afrique occidentale, le taux d'utilisation des services de soins postnatals le plus élevé était celui du Burkina Faso (81,64 %) et le taux d'utilisation le plus faible était celui du Bénin (19,14 %) (Figure 1). D'autres statistiques provenant d'étude individuelle montrent des taux d'utilisation des soins postnatals de 47% au Kenya, 41,2% au Nigeria, 43,53% en Tanzanie, 43, 55% en Zambie, 57,5% en Éthiopie, et elle est très variable selon les pays d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) et peu convaincante pour les interventions [70, 71, 72].

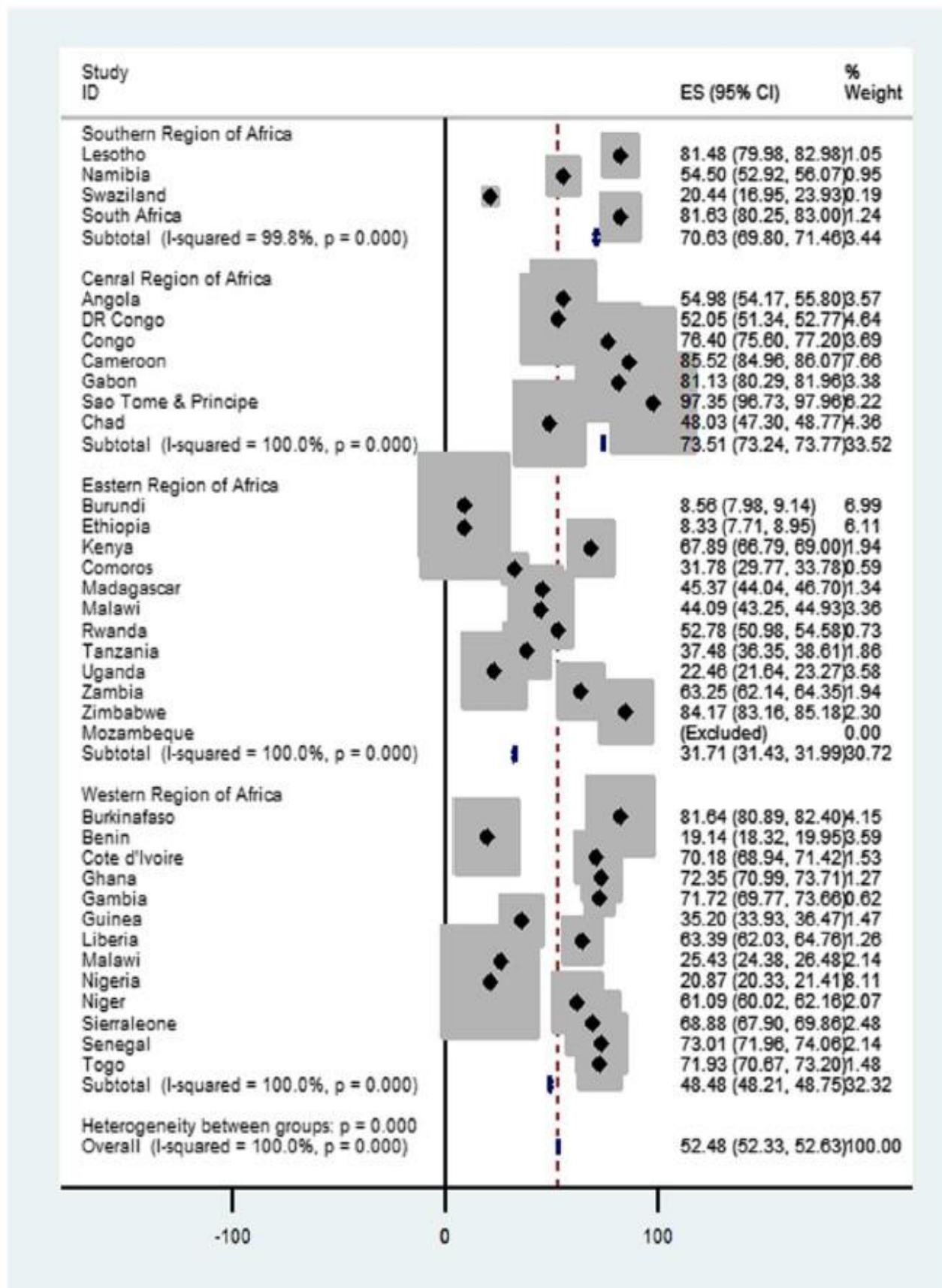


Figure 1 : Diagramme sur la prévalence de l'utilisation des soins postnatals dans les pays d'ASS.

3.4.2. Facteurs influençant la non-utilisation des services de soins postnatals

Il est prouvé que l'utilisation des services de soins postnatals est influencée par des facteurs tels que l'âge de la mère, le niveau d'éducation des femmes, le statut professionnel des femmes et des conjoints, la situation économique du ménage, le lieu de l'accouchement, l'ordre de naissance, la sensibilisation aux signes de danger liés à l'obstétrique et la connaissance des services de soins postnatals. Cependant, les facteurs qui influencent l'utilisation des services de soins postnatals varient d'un endroit à l'autre [73, 74]. Certains des facteurs cités ci-haut seront détaillés ci-dessous.

3.4.2.1. Les déterminants socioéconomiques

Statut socioéconomique

Plusieurs études ont évalué cet aspect et les conclusions indiquent qu'il existe un gradient dans l'utilisation des soins postnatals en fonction du statut socio-économique - tel que mesuré sur différentes échelles [2,11,12,75]. Les résultats de notre méta-analyse, qui comprenait des données sur le statut socio-économique provenant d'études de qualité moyenne, ont également indiqué que plus le statut socio-économique de la mère était élevé, plus elle avait de chances d'accéder aux soins postnatals (Figures 2, 3, 4 et 5).

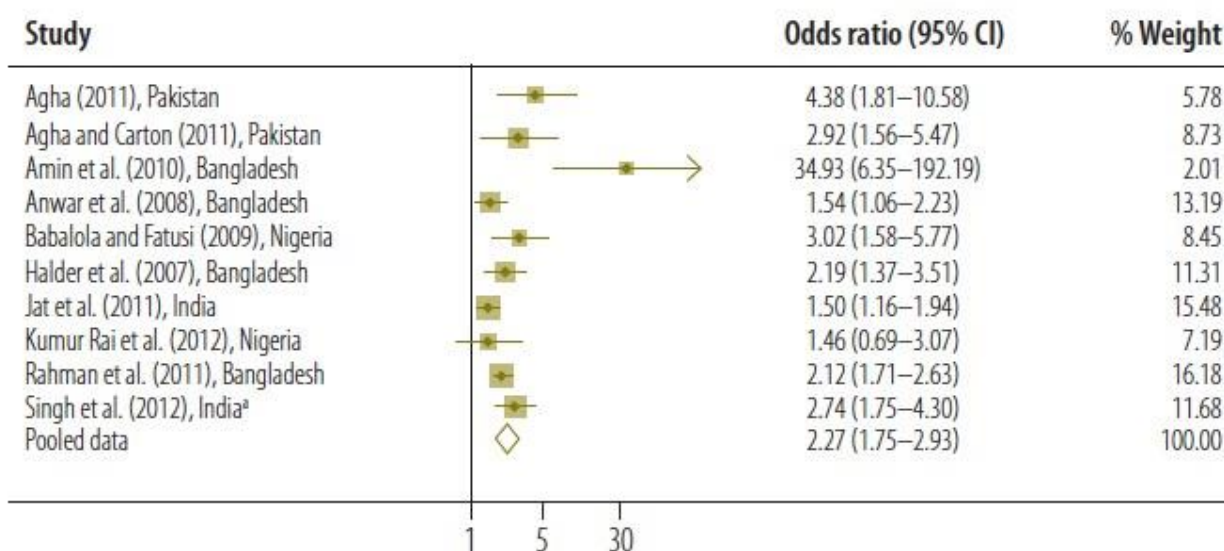


Figure 2 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 5 contre quintile 1 (référence).

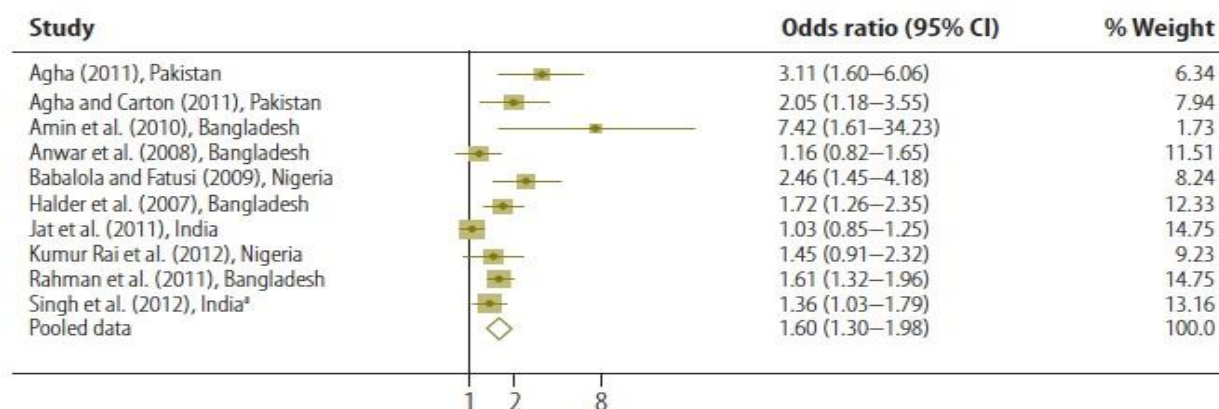


Figure 3 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 4 contre quintile 1 (référence)

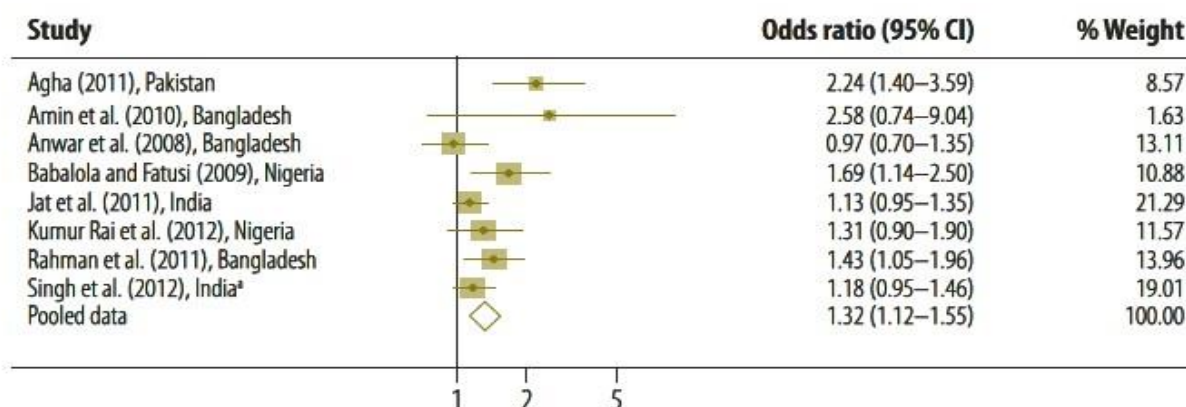


Figure 4 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 3 par rapport au quintile 1 (référence).

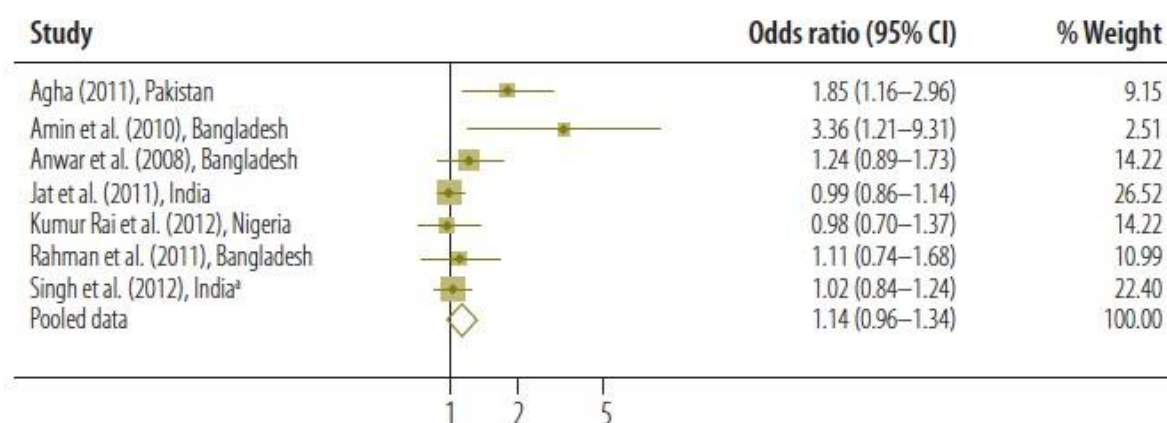


Figure 5 : Odds ratio pour l'association entre le statut socio-économique et le recours aux services de soins postnatals ; quintile 2 contre quintile 1 (référence)

Une méta-analyse a été utilisée dans une étude pour estimer le odds-ratios (OR) ajustés à partir des données groupées. Elle a mis en commun de 10 études pour total de 136 431 femmes. Pour chaque quintile de statut socio-économique, le test Q a donné un résultat significatif et la statistique I2 a chuté entre 50% et 75% indiquant une hétérogénéité modérée [76]. Lorsque le quintile le plus bas (Q1) a été utilisé comme référence, l'OR regroupé pour le quintile le plus élevé (Q5) était de 2,27 (intervalle de confiance à 95%, IC : 1,75-2,93). Les OR correspondants pour Q4, Q3 et Q2 étaient inférieurs à 1,60 (IC 95% : 1,30-1,98 ; I2 : 70%), 1,32 (IC 95% : 1,12-1,55 ; I2 : 50%) et 1,14 (IC 95% : 0,96-1,34 ; I2 : 52%), respectivement. Les données d'une revue systématique ont montré des indices de concentration et des indices de pente de l'inégalité pour l'utilisation des soins postnatals dans 31 pays [77]. Pour les pays à faible revenu, l'indice de concentration moyen était de 0,23 et l'indice de pente moyen des inégalités de 53 %. Les valeurs correspondantes pour les pays à revenu intermédiaire étaient respectivement de 0,18 et 61 %. Au Pakistan, l'exposition à un système de bons a entraîné une augmentation significative du recours aux soins postnatals (OR : 4,98 ; P < 0,001) [78].

Niveau d'éducation

Selon les études, comparativement aux femmes n'ayant reçu aucune éducation formelle, celles qui ont suivi l'enseignement primaire sont plus susceptibles de recourir aux soins postnatals [78, 79,80] et les femmes qui ont terminé leurs études secondaires sont les plus susceptibles d'accéder aux soins postnatals [17, 80,81]. Dans trois études, il a été constaté que la durée de la scolarité maternelle était positivement corrélée à l'utilisation des soins postnatals [82,83]. Par rapport aux autres femmes, celles dont le mari avait terminé ses études secondaires semblaient également plus susceptibles de recourir aux soins postnatals [84,85]. Au Liban, une intervention éducative visant à souligner l'importance des soins postnatals a conduit à une nette augmentation du recours à ces soins (risque relatif : 2,8 ; IC 95% : 2,2-3,4) [17]. Il est important de noter que l'incohérence de la classification du niveau d'éducation observée dans la littérature empêche la réalisation d'une méta-analyse de ces déterminants en lien au recours des soins postnatals.

Occupation

Les professions rémunérées des femmes et de leurs maris semblent influencer le recours des femmes aux soins postnatals. En effet, selon les résultats d'une étude, les femmes mariées à des hommes exerçant des professions professionnelles, techniques ou de gestion étaient plus susceptibles de recourir aux soins postnatals que les femmes mariées à des travailleurs manuels

(OR : 2,22 ; IC 95% : 1,62-2,81) [7]. De même, les femmes mariées à des hommes ayant un emploi bien rémunéré étaient plus susceptibles de recourir aux soins postnatals que les femmes mariées à des agriculteurs (OR : 1,45 ; P < 0,05) [86]. En Chine, les femmes exerçant des professions dites de cols blancs étaient plus susceptibles de recourir aux soins postnatals que les autres femmes (OR : 2,17 ; P < 0,001) [82]. Cependant, l'incohérence de la classification des professions empêche actuellement la réalisation d'une méta-analyse correspondante

1.1.1.1. Les déterminants géographiques

Plusieurs études ont montré que les soins postnatals étaient plus souvent utilisés par les femmes vivant dans les zones urbaines que par leurs homologues rurales [7, 79, 87,85]. À cet effet, une méta-analyse sur cette tendance s'est basée sur cinq études et sur un total de 46 913 femmes [7, 79,88]. Comme un test Q a donné un résultat significatif (P < 0,001) et que I² était de 83,7 %, l'hétérogénéité a été jugée élevée [76]. En prenant comme référence les femmes des zones rurales, notre estimation initiale du RC commun pour l'utilisation des soins postnatals par les femmes résidant dans les zones urbaines était de 1,36 (IC 95% : 1,01-1,81 ; Figure 6).

Après avoir retiré l'étude jugée de faible qualité [89], l'OR groupé estimé est devenu 1,21 (IC 95% : 0,95-1,53). Dans plusieurs études incluses dans une revue systématique, il a été constaté que la distance à parcourir pour se rendre à l'établissement de santé le plus proche était également associée à l'utilisation des services de soins postnatals. En Inde, par exemple, les OR pertinents pour les distances de 2 à 5 et d'au moins 6 km avec une distance de moins de 2 km utilisée comme référence étaient respectivement de 0,80 (IC 95% : 0,67 - 0,95) et 0,64 (IC 95% : 0,50 - 0,83) [90]. Dans les zones rurales de l'Inde, il a constaté que la présence d'un service de bus augmentait l'utilisation des services de soins postnatals (OR : 1,18 ; P < 0,01) [80].

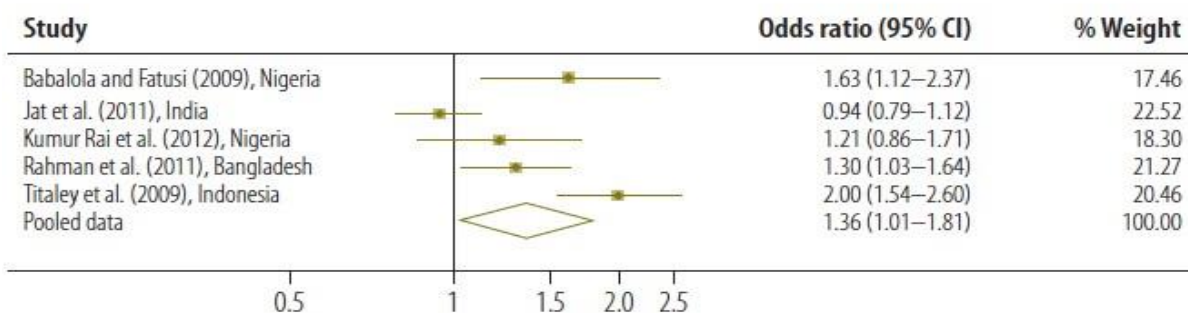


Figure 6 : Odds ratio pour l'association entre le lieu de résidence et l'utilisation des services de soins postnatals

3.4.2.2. Les déterminants démographiques

Cultures et soins postnatals

Il y a une variété d'attitude à l'égard des femmes accouchées et de leur bébé dans le postpartum. Le constat général est que la mère et le bébé reçoivent plus de soins et d'attention (tableau 1).

Tableau I : Exemple de coutumes postpartum dans plusieurs cultures

	Durée de la période postpartum	Exemption de Travail	Régime	Mesure protectrice par précaution/isolément
Monde musulman	40 jours de repos	Aide ménager	Régime spécial du postpartum	Ne se lave pas ou pas d'exposition au vent
Amérique Latine	40 jours de repos	« Sale » ne peut pas effectuer les tâches ménagères	-	-
Chine	Beaucoup de repos pendant un mois	Aide avec le bébé	Régime spécial chaud et boisson chaude du postpartum	Ne doit pas être exposée au vent ou au froid, reste à l'intérieur de la maison
Japon	Plusieurs mois de repos	Passe un séjour chez sa mère	-	-
Nigéria	Période d'isolation	Peut seulement manger, dormir et s'occuper du bébé	-	Doit être coupé de l'extérieur
Société agarienne Nordique	40 jours	« Sale » ne peut pas effectuer les tâches ménagères, reste au lit	Bouillie du postpartum	Est exposé au diable, doit être surveillée

Religion

Dans une étude, Le recours aux services de soins postnatals était plus élevé chez les femmes musulmanes que chez les femmes chrétiennes (OR : 2,01 ; IC 95% : 1,24-3,25) [85]. En revanche, dans une autre étude, les femmes musulmanes semblaient moins susceptibles de recourir à ces services que leurs homologues non musulmanes (OR : 0,77 ; IC 95% : 0,61-1,34) [7]. Au Népal, par rapport aux femmes hindoues, les femmes bouddhistes étaient moins susceptibles de recourir aux services de soins postnatals (OR : 0,25 ; P < 0,001) [81].

Ethnicité

En Inde, les femmes appartenant aux groupes sociaux inférieurs, c'est-à-dire celles qui appartiennent à des castes répertoriées (OR : 0,69 ; IC 95% : 0,55-0,86), à des tribus répertoriées (OR : 0,71 ; IC 95% : 0,54-0,91) ou à d'autres classes dites arriérées (OR : 0,58 ; IC 95% : 0,480,71), sont moins susceptibles de recourir aux services de soins postnatals que celles qui appartiennent à des castes supérieures [91]. Dans une revue systématique, bien qu'il n'y ait pas eu des différences statistiquement significatives dans l'utilisation des services de soins postnatals selon l'origine ethnique des femmes enquêtées, l'examen systématique n'a révélé aucune tendance claire dans l'utilisation de ces services selon que la femme concernée appartenait à un groupe minoritaire ou majoritaire [11, 79, 84,90].

Résumé

En résumé, l'évaluation sur les inégalités dans l'utilisation des services de soins postnatals dans les pays à faible/moyen revenu montre des preuves solides et cohérentes indiquant que l'utilisation de ces services était relativement élevée chez les femmes ayant un statut socioéconomique élevé et chez les femmes plus instruites. En général, les femmes ayant un statut socio-économique élevé font partie des ménages qui peuvent se permettre les coûts médicaux, non médicaux et d'opportunité des soins postnatals [8]. En outre, ces femmes peuvent être relativement autonomes et avoir plus d'autonomie que leurs homologues plus pauvres [92]. Les femmes instruites sont considérées comme ayant un accès relativement bon aux informations sur les services de santé et à leur gestion, ainsi qu'une perception relativement précise et détaillée des maladies, de leurs complications et de leurs traitements [8,93]. Il semble également y avoir une association indépendante entre le recours d'une femme aux services maternels et l'éducation de son partenaire [94]. En plus d'augmenter le revenu du ménage, l'emploi peut accroître la prise de conscience et modifier le comportement d'une personne, grâce aux interactions sociales et communautaires [81]. Cependant, dans les pays à faible/moyen revenu, il ne semble pas y avoir d'association claire et cohérente entre l'emploi générateur de revenus d'une femme et son recours aux services de soins postnatals. Une femme qui exerce un emploi rémunéré peut toujours n'avoir aucun contrôle sur les finances de son ménage. En outre, l'activité économique d'une femme peut également être induite par la pauvreté, n'être que saisonnière et/ou relativement mal rémunérée [8,95]. Par rapport aux femmes vivant dans les zones rurales, les femmes urbaines ont généralement un meilleur accès aux services de soins postnatals ainsi qu'à d'autres avantages de la vie urbaine, comme une plus grande exposition aux programmes de promotion de la santé [85]. Dans de nombreuses zones

rurales, il faut améliorer le nombre d'établissements de soins de santé primaires, la fourniture de services de soins postnatals de haute qualité et les transports publics.

Bien que la relation entre l'ethnicité et le recours aux services de soins postnatals semble complexe, certaines ethnies, telles que les basses castes indiennes, semblent souvent défavorisées. Une classification homogène insuffisante des données pour mener des méta-analyses sur la profession ou le niveau d'éducation a été observée. Il existe plusieurs lacunes en matière de recherche et de connaissances qu'il convient de combler. Par exemple, nous avons besoin de la recherche pour mieux comprendre les comportements de recherche en matière de santé et pour informer les décideurs politiques. Comme la plupart des décès maternels surviennent au cours de la période postnatale, la priorité doit être donnée à la recherche primaire sur les services de soins postnatals. Des recherches supplémentaires sur les déterminants contextuels et systémiques de l'utilisation de ces services et sur l'efficacité des stratégies visant à améliorer la couverture et la qualité des soins postnatals sont également nécessaires. On ne sait toujours pas si le nombre et le calendrier des consultations postnatales recommandés par l'OMS sont optimaux et réalisables dans tous les contextes [96]. Il reste également à déterminer si les soins postnatals à domicile peuvent être rendus aussi efficaces et rentables que les soins similaires fournis par les établissements de santé [96]. Nous avons besoin à la fois d'interventions au niveau communautaire pour promouvoir l'utilisation des services de soins postnatals et d'interventions des systèmes de santé pour améliorer l'offre de services abordables et de qualité - y compris, mais sans s'y limiter, la réduction des frais d'utilisation et la promotion des soins postnatals par les professionnels de la santé. Le renforcement de l'efficacité et de la réactivité des systèmes de prestation de soins de santé [97] permettra également de catalyser l'accès et le recours aux services de soins postnatals et autres soins obstétricaux. Dans l'élaboration actuelle et future de la couverture médicale universelle et des régimes d'équité dans les pays à faible et moyen revenu, il convient de prendre dûment en considération les services de soins postnatals.

3.5. Les complications postnatales en Afrique Sub-Saharienne

La puerpéralité a été désignée comme le "quatrième trimestre" de la grossesse, englobant la période entre l'accouchement et l'involution physiologique complète et l'adaptation psychologique [98]. Bien que cette composante du processus reproductif humain ne reçoive pas la même attention que de nombreux autres aspects de la grossesse ((il n'y a pas de bulletin de pratique ou d'avis de comité spécifique actuel de l'American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG], bien que la référence électronique UpToDate publie maintenant une vue

d'ensemble des soins post-partum) [99], son importance reste indiscutable. À la fois dans les pays en développement et les États-Unis, plus de 60 % des décès maternels surviennent dans la période post-partum. Les premières 24 heures et la première semaine du post-partum sont toutes deux des périodes critiques, 45 % des décès post-partum survenant dans la journée suivant l'accouchement, plus de 65 % dans la première semaine et plus de 80 % dans les deux semaines [100]. Il s'agit d'une période de changement cataclysmique au cours de laquelle la mère retrouve sa physiologie habituelle après les adaptations dramatiques mais plus graduelles de sa grossesse. Le rôle de l'obstétricien est de guider la parturiente tout au long de cette période, en confiant progressivement la prise en charge de tout problème chronique ou persistant à son prestataire de soins primaires. Les populations de patientes étant de plus en plus diversifiées sur le plan ethnique, il est important de réaliser que les croyances et les pratiques en matière de santé post-partum, bien que souvent similaires d'une culture à l'autre, peuvent aussi différer radicalement. Les praticiens doivent s'efforcer de développer leurs connaissances sur les croyances et les traditions de tous leurs patients [101]. Il est également important de noter que dans ce monde où l'on mange trop et où l'on ne fait pas assez d'exercice ; l'obésité maternelle contribue aux complications du post-partum, comme le rapporte une analyse rétrospective des données d'un système validé de base de données sur les maternités au Royaume-Uni. Par rapport aux femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) normal, les femmes ayant un IMC supérieur à 25 présentaient un risque accru d'hémorragie du post-partum (odds ratio [OR]: 1,6), d'infection des voies génitales (OR: 2,4), d'infection des voies urinaires (OR: 1,7) et d'infection de la plaie (OR: 2,7) [104].

3.5.1. Fréquence et type de complications

✚ Hémorragie du postpartum

Dans le monde, l'hémorragie du post-partum (HPP) est l'une des principales causes de mortalité maternelle [98]. La prévalence mondiale de l'HPP est de 6 % [103] et le fardeau le plus lourd est supporté par les pays à faible revenu [100, 104]. L'ampleur de l'HPP est élevée en Afrique subsaharienne avec 10,5 % (9,95 à 10,95), en Afrique de l'Est 14,23 (11,16 - 17,29) ; en Afrique centrale 18,67 (17,12 - 20,23) et en Afrique de l'Ouest 8,57 (8,06 - 9,08) [103]. Les causes courantes de l'HPP sont l'atonie utérine, les lésions du tractus génital, la défaillance du système de coagulation sanguine et les traumatismes. L'atonie utérine est responsable de la majorité (75 %) des HPP. Les facteurs de risque de l'HPP sont les suivants : antécédents d'HPP, grossesse multiple, macrosomie fœtale, primo-gravide, grande multiparité, âge avancé, naissances prématurées, lésions de l'appareil génital, non-utilisation d'ocytociques pour la prophylaxie de

l'HPP, déclenchement du travail, naissance par césarienne et mort fœtale intra-utérine [104, 105,106].

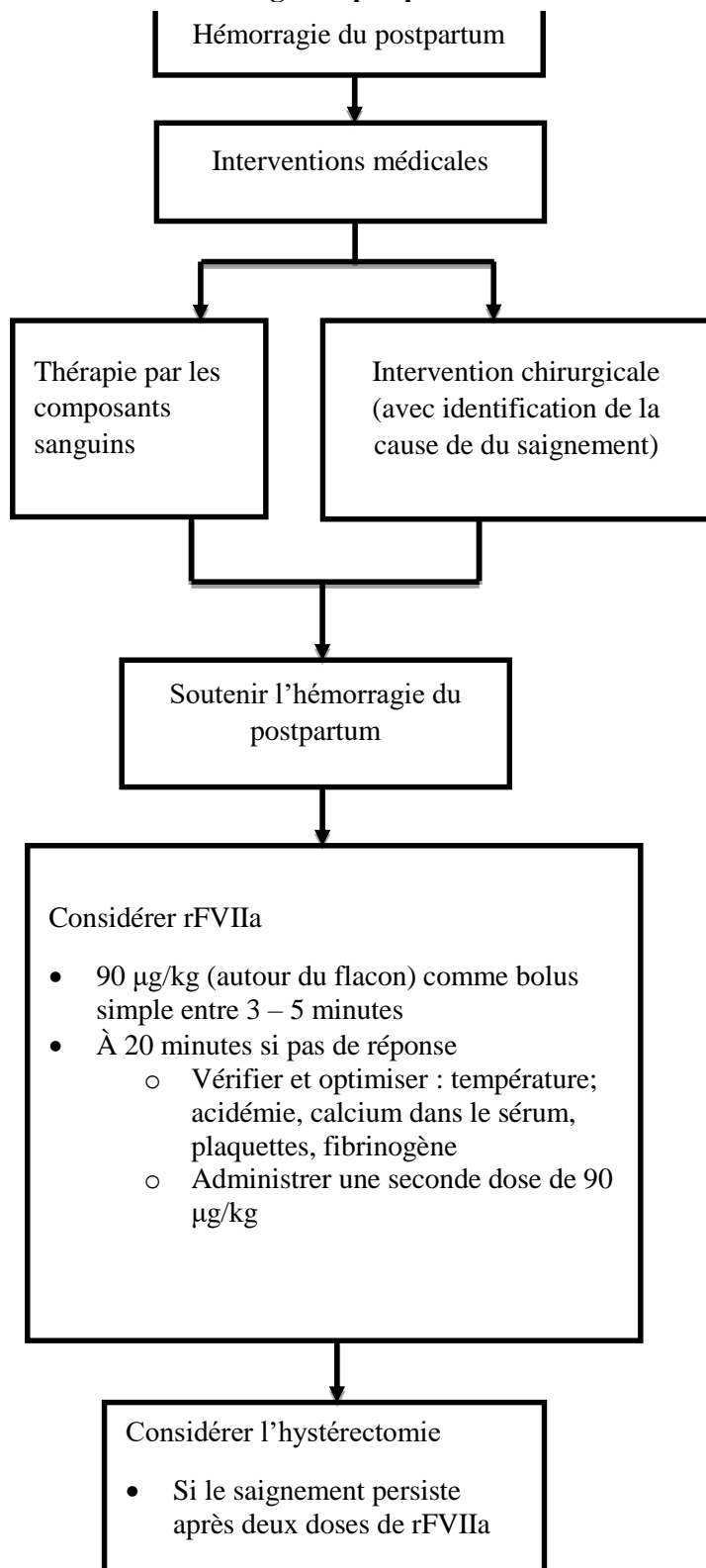
Hémorragie du postpartum secondaire

Des saignements vaginaux excessifs entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement constituent la définition traditionnelle de l'hémorragie post-partum secondaire ou tardive (HPP) [107,108]. C'est une cause majeure de morbidité maternelle et de mortalité maternelle potentielle [109,110]. Il est difficile de calculer son incidence précise, car les définitions dans la littérature varient ; cependant, elle n'est pas inhabituelle, puisqu'on a rapporté qu'elle compliquait entre 1 et 2 % des accouchements [111-15]. L'HPP secondaire est un diagnostic clinique d'exclusion, qui se présente généralement par l'apparition soudaine d'une hémorragie abondante, parfois massive (>10% du volume sanguin total), 7 à 14 jours après l'accouchement [109]. Ces saignements peuvent parfois représenter la première période menstruelle après l'accouchement, qui est souvent le résultat d'un cycle anovulatoire, et peuvent donc être abondants, douloureux et prolongés [110].

Diagnostic différentiel

Les causes les plus fréquentes d'hémorragie tardive (Tableau) comprennent la sub-involution du site placentaire, la rétention de produits de conception et l'infection ; les tumeurs non diagnostiquées auparavant peuvent rarement se présenter de cette façon [112]. Elle est souvent attribuée à la desquamation de l'escarre placentaire [109]. La sub-involution semble être la conséquence d'un échec de l'oblitération des vaisseaux sous-jacents au site placentaire ; son mécanisme est mal compris [113].

Diagramme de prise en charge de l'hémorragie du postpartum



Interventions

(Notifier au spécialiste local du besoin éventuel d'activation du protocole de transfusion massive)

Médical

- Traiter : instabilité hémodynamique; hypothermie; acidose
- Massage / compression utérine
- Bilan de coagulation et traitement de coagulopathie

Traitement par produit sanguin

- a) Quatre unités de concentrés globulaires
 - b) Correction de coagulopathie
 - 4 unités de concentrés globulaires
 - 4 unités de plasma frais congelé
 - Simple dose adulte de plaquette
 - c) Répéter concentrés globulaires, plasma frais congelé et plaquettes
 - d) Administrer du calcium si approprié
- Répéter b) et c) si nécessaire

Traitement chirurgical (si disponible et approprié)

- Examen sous anesthésie et réparation de lésions
- Tamponnade utérine
- Suture de B-Lychn
- Ligature artérielle
- Embolisation artérielle radiologique

Checklist pour l'utilisation hors AMM du rFVIIa en obstétrique

- Se rappeler le risque élevé de thromboembolie
- Considérer les mesures physiques pour la thrombo-prophylaxie
- Surveiller toutes les femmes à la recherche de signe d'amélioration ou d'effet secondaire
- Rapporter toutes les patientes recevant du rFVIIa dans le registre d'hémostase

Tableau II : les causes de l'hémorragie du postpartum secondaire

<ol style="list-style-type: none">1. Placentation anormale<ol style="list-style-type: none">a. Subinvolution idiopathique des vaisseaux utéroplacentairesb. Tissu placentaire retenuc. Placenta accreta2. Infection<ol style="list-style-type: none">a. Endométrite, myomérite, paramériteb. Infection/déhiscence de la cicatrice de césarienne3. Maladie utérine préexistante<ol style="list-style-type: none">a. Leiomyomatab. Néoplasme cervical4. Traumatisme : rupture d'un hématome vulvaire ou vaginal.5. Coagulopathie
--

Les femmes souffrant d'une HPP tardive ont souvent des fragments placentaires retenus, surtout si les saignements sont abondants. Ce groupe a été noté comme ayant une incidence accrue de complications lors de grossesses antérieures, ce qui pourrait refléter une interaction aberrante entre la mère et le trophoblaste, comme dans la pré-éclampsie, le retard de croissance intrautérin, l'avortement spontané ou la rétention placentaire [114]. Une autre cause possible de saignement est l'endométrite, qui doit être suspectée si les antécédents comprennent une sensibilité utérine, de la fièvre ou des lochies nauséabondes. Cela peut être traité efficacement avec des antibiotiques sans dilatation ni curetage (pour éviter un traumatisme inutile). Si un curetage est entrepris, il est probablement sage d'administrer des antibiotiques pendant au moins 6 à 12 heures avant l'intervention, pour éviter une bactériémie, à moins que l'hémorragie ne nécessite une intervention urgente. Dans ce cas, des antibiotiques par voie intraveineuse doivent être administrés au moment de l'intervention. La combinaison d'œstrogènes et de progestérone exogènes peut permettre une régénération adéquate de l'endomètre et contribuer à prévenir la formation de synéchies [108]. Par conséquent, chez les femmes présentant une HPP secondaire, il serait peu judicieux de prescrire une pilule contraceptive à base de progestérone uniquement, car cela n'aurait pas d'effet bénéfique sur l'endomètre et n'accélérerait pas l'involution du site placentaire [110].

Parfois, une HPP secondaire relativement précoce (plus tard dans la première semaine) peut être liée à une coagulopathie, en particulier à la maladie de von Willebrand.

Comme le taux de facteur de von Willebrand est physiologiquement augmenté pendant la grossesse, une patiente peut se porter bien pendant la grossesse, mais développer un problème lorsqu'elle revient à l'état de non-grossesse ; des saignements graves inattendus peuvent survenir malgré des taux de facteur VIII légèrement réduits. Toutes ces femmes sont exposées à un risque d'hémorragie intra-partum et post-partum. Une maladie légère ne nécessite généralement pas de traitement, surtout si les taux de facteur VIII restent dans les limites de la normale. En cas de maladie grave (taux de facteur VIII < 5 %), le risque d'hémorragie est important [108].

Tableau III : Prise en charge de l'hémorragie secondaire du postpartum

Options de prise en charge	Évidence basée sur les recommandations de bonne pratique
Les caractéristiques cliniques sont importantes pour établir le diagnostic.	III/B
L'échographie du contenu utérin ne permet pas de distinguer le caillot sanguin du placenta ; des masses échogènes sont trouvées chez des femmes asymptomatiques. Un utérus vide à l'échographie peut permettre une approche conservatrice.	III/B
Des fluides IV et du sang pour la stabilisation hémodynamique peuvent être nécessaires chez certaines patientes ; corriger les défauts de coagulation.	- / Bonne pratique clinique
Antibiotiques pendant 12-24 h avant l'évacuation chirurgicale.	- / Bonne pratique clinique
Les utérotoniques et les antibiotiques peuvent réduire la nécessité d'un curetage.	III/B
Évacuation chirurgicale/succion de l'utérus.	III/B
L'embolisation peut être tentée en cas de saignement persistant après évacuation avant de recourir à l'hystérectomie.	II/B
Envoyez les produits chirurgicaux pour un examen histologique.	- / Bonne pratique clinique

Tableau IV : Options de prise en charge de Pyrexie puerpérale

Options de prise en charge	Évidence basée sur les recommandations de bonne pratique clinique
Infection urinaire	
Prévention	
<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les examens vaginaux, surveillance intra-utérin, extériorisation de l'utérus lors d'une césarienne et retrait manuel du placenta lors d'une césarienne 	—/Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques prophylactique au moment de la césarienne 	Ia/A
Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> • Gentamycine et clindamycine ou β-lactamine à large spectre (par exemple, imipénème-cilastatine). 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • Continuez jusqu'à ce que la patiente soit afébrile pendant au moins 24 heures. 	—/ Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Si la patiente ne répond pas après 48-72 heures, rechercher d'autres causes (par exemple, rétention de produits de conception, abcès, hématome, thrombose de la veine ovarienne), revoir la microbiologie et le régime antibiotique. 	—/ Bonne pratique clinique
Thrombophlébite septique de la veine pelvienne	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'exclusion ; pas de symptômes localisés 	IV/C
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 7 jours d'héparine thérapeutique 	Ib/A
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques à large spectre 	Ib/A
Thrombose de la veine ovarienne	
<ul style="list-style-type: none"> • Tomographie par ordinateur / imagerie par résonance magnétique pour le diagnostic 	IV/C
<ul style="list-style-type: none"> • Héparine et anticoagulation à long terme comme pour la maladie thromboembolique ailleurs 	IV/C
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques à large spectre 	IV/C
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie vasculaire en cas d'échec du traitement médical. 	—/ Bonne pratique clinique
Infection urinaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Culture d'urine; antibiotiques appropriés (oraux ou parentéraux selon la gravité clinique). 	—/ Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les examens vaginaux, surveillance intra-utérin, extériorisation de l'utérus lors d'une césarienne et retrait manuel du placenta lors d'une césarienne 	—/Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques prophylactique au moment de la césarienne 	Ia/A

Tableau V : Options de prise en charge des problèmes de seins

Options de prise en charge	Évidence basée sur les recommandations de bonne pratique clinique
Arrêt de l'allaitement	
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien physique ; les preuves de la valeur des autres mesures topiques sont faibles 	III/B
<ul style="list-style-type: none"> • L'analgésie doit être le seul agent pharmacologique utilisé 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • La bromocriptine ne doit pas être utilisée 	IV/C
Amélioration de la lactation	
<ul style="list-style-type: none"> • Métoprolol 	IV/C
<ul style="list-style-type: none"> • Sulpiride 	IV/C
Mastites et abcès mammaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Dicloxacilline orale (érythromycine si allergique) 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • Oxacilline IV en cas d'échec du traitement 	—/ Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Échographie pour exclure un abcès en cas de mauvaise réponse ou de masse fluctuante 	III/B
<ul style="list-style-type: none"> • Drainage ouvert ou fermé (écho-guidé) de l'abcès 	III/B
<ul style="list-style-type: none"> • Culture du lait en cas de mastite ou d'abcès compliqué 	—/ Bonne pratique clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du pompage/expression et de l'alimentation 	IIa/B

3.5.2. Facteurs influençant les complications postnatales

Tableau VI : Timing des complications maternelles et néonatales et de l'offre des soins pendant la période postnatale selon l'OMS

CONDITIONS	JOURS							SEMAINES						
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6		
% de décès maternels	60%	17%	13%						4%					
% de décès néonataux	32%	8%	10%	7%	4%	5%	5%	15%			14%			
Préserver la santé maternelle														
Métrite														
Éclampsie														
Anesthésie et thromboembolie														
Infection des plaies périnéales														
Infection des plaies abdominales														
Thrombophlébite septique														
Hémorragie secondaire du post-partum														
Rétention d'urine														
Infection des voies urinaires														
Anémie sévère														
Fistule obstétrique														
Dépression et anxiété														

CONDITIONS	JOURS							SEMAINES					
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	
% de décès maternels	60%	17%	13%					4%					
% de décès néonataux	32%	8%	10%	7%	4%	5%	5%	15%			14%		
Psychose													
Femmes ayant subi des mutilations génitales féminines													
Soutien aux femmes séropositives au VIH													
PTME du VIH / Traitement antirétroviral (ARV)													
Test et traitement de la syphilis													
Anatoxine tétanique si non immunisé													
Supplémentation en vitamine A													
Plan d'urgence et de soins postnatals													
Conseil en matière de nutrition													
Conseils sur les relations sexuelles à moindre risque, y compris l'utilisation de préservatifs													

Espacement des naissances et conseils en													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONDITIONS	JOURS							SEMAINES					
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	
% de décès maternels	60%	17%	13%					4%					
% de décès néonataux	32%	8%	10%	7%	4%	5%	5%	15%			14%		
matière de planification familiale													
Sélection/initiation de la méthode de planification familiale													
Alimentation des nouveau-nés													
Engorgement des seins													
Difficultés d'alimentation													
Mastite													
Conseils et soutien en matière d'allaitement													
Enseignement de l'alimentation de remplacement de la mère													
Mère séropositive allaitant son enfant													
Soutien à la méthode de l'aménorrhée lactique													

Préserver la santé du nouveau-né													
Asphyxie													
Traumatisme													

CONDITIONS	JOURS							SEMAINES						
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6		
% de décès maternels	60%	17%	13%						4%					
% de décès néonataux	32%	8%	10%	7%	4%	5%	5%	15%			14%			
Syndrome de détresse respiratoire														
Autres problèmes respiratoires prématurés														
Septicémie précoce														
Septicémie tardive														
Infections nosocomiales (soins spéciaux)														
Infection grave d'origine communautaire														
Omphalite														
Infection locale														
La jaunisse grave														
Malformation (visible/traitable)														
Tétanos														

LA VALEUR AJOUTEE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA CONSULTATION POSTNATAL A LA MATERNITE DU CHU POINT-G SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS : A PROPOS D'UNE ETUDE TRANSVERSALE DE DEUX MOIS

Syphilis congénitale														
Mise en place d'une thérapie antirétrovirale pour les nourrissons exposés au VIH														
Test de dépistage du VIH chez les nourrissons exposés au VIH														
CONDITIONS	JOURS							SEMAINES						
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6		
% de décès maternels	60%	17%	13%					4%						
% de décès néonataux	32%	8%	10%	7%	4%	5%	5%	15%			14%			
Ophtalmie gonococcique														
Infections à chlamydia														
Immunisation														
Suivi de la croissance														
Informations et conseils sur les soins à domicile														
Plan de soins postnatals et d'urgence														

Taux de mortalité élevé	
Faible/moyen taux de mortalité	
Soins donnés	

3.6. Recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals

Les recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals	
Recommandation 1	<p>Sortie de la structure de santé après la naissance:</p> <ul style="list-style-type: none"> Après un accouchement par voie basse sans complication dans un établissement de santé, la mère et le nouveau-né en bonne santé devraient être pris en charge au sein de l'établissement pendant au moins 24 heures. Pour le nouveau-né, la prise en charge inclut une évaluation immédiate à la naissance, un examen clinique complet environ une heure après la naissance et un autre examen avant la sortie.
Recommandation 2	<p>Nombre de visites postnatales et calendrier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si l'accouchement a lieu dans une structure de santé, la mère et le nouveau-né en bonne santé devraient recevoir des soins postnatals au sein de l'établissement pendant au moins 24 heures. Si l'accouchement a lieu à domicile, le premier contact postnatal devrait avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent la naissance. Au moins trois visites postnatales supplémentaires sont recommandées pour toutes les mères et tous les nouveau-nés, le troisième jour (48-72 heures), entre le 7^e et le 14^e jour et la sixième semaine après la naissance.
Recommandation 3	<p>Visites à domicile pour les soins postnatals:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les visites à domicile dans la semaine qui suit l'accouchement sont recommandées pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né.
Recommandation 4	<p>Évaluation du nouveau-né : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :</p> <ul style="list-style-type: none"> a cessé de bien s'alimenter, antécédents de convulsions, respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute), tirage intercostal sévère, pas de mouvements spontanés <p>Évaluation du nouveau-né : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :</p> <ul style="list-style-type: none"> fièvre (température $\geq 37,5$ °C), température corporelle $< 35,5$ °C, ictère pendant les 24 premières heures de vie, paumes et plantes des pieds jaunes, tous âges confondus. Il convient d'encourager la famille à consulter les services de santé si l'un des signes de danger ci-dessus est identifié entre les visites postnatales

Les recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals	
Recommandation 5	<p>Allaitement maternel exclusif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein de la naissance et jusqu'à six mois. Les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement exclusif à chaque visite postnatale.
Recommandation 6	<p>Soins du cordon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'application quotidienne de chlorhexidine (gel ou solution aqueuse de digluconate de chlorhexidine 7,1 %, délivrant de la chlorhexidine à 4 %) sur le cordon ombilical pendant la première semaine de vie est recommandée chez le nouveau-né né à domicile dans des milieux affichant une mortalité néonatale élevée (30 décès néonataux ou plus pour 1 000 naissances vivantes). • Le nettoyage et les soins du cordon par séchage naturel sont recommandés chez le nouveau-né né dans un établissement de santé ou à domicile dans les milieux où la mortalité néonatale est faible. Dans ces cas, l'utilisation de chlorhexidine peut être envisagée uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle dangereuse, comme de la bouse de vache, sur le cordon.
Recommandation 7	<p>Autres soins postnatals du nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas donner de bain au nouveau-né pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance. Si, pour des raisons culturelles, cela n'est pas possible, il convient d'attendre au moins 6 heures. Il est recommandé d'habiller le bébé avec des vêtements adaptés à la température ambiante, à savoir une ou deux épaisseurs supplémentaires par rapport aux adultes, et de lui couvrir la tête avec un bonnet. La mère et le bébé ne devraient pas être séparés et devraient rester ensemble dans la même chambre 24 heures sur 24. Inciter la mère à communiquer et à jouer avec son nouveau-né. La vaccination devrait être encouragée conformément aux recommandations de l'OMS existantes. • Les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance devraient être identifiés le plus tôt possible et recevoir des soins particuliers conformément aux recommandations de l'OMS existantes.
Recommandation 8	<p>évaluation de la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance : contrôle systématique du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et du rythme cardiaque (pouls). La

Les recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals	
	<p>tension artérielle devrait être mesurée rapidement après la naissance. Si elle est normale, une deuxième mesure devrait être effectuée dans les six heures.</p> <p>La diurèse devrait être vérifiée dans les six heures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après les premières 24 heures qui suivent la naissance : Lors de chacune des visites postnatales suivantes, des questions sur l'état général devraient être posées et les points suivants contrôlés : miction et incontinence urinaire, fonction intestinale, cicatrisation des plaies périnéales, céphalées, fatigue, dorsalgie, miction et incontinence urinaire, fonction intestinale, cicatrisation des plaies périnéales, douleur et hygiène périnéales, douleur au niveau des seins, sensibilité utérine et lochies • A chaque visite postnatale, évaluer : l'allaitement, bien être émotionnel, support familial et social, violence domestique, reprise rapports sexuels/dyspareunie.
Recommandation 9	<p>Counseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information sur le processus physiologique de récupération, et sur certains problèmes de santé courants • Conseils de reporter tout problème de santé à un professionnel de la santé :en particulier des signes de HPP, pré-éclampsie et éclampsie, infections, et thrombo-embolie • Nutrition • Hygiène / lavage des mains • Contraception : informations et offre de méthode • Rapports sexuels sûrs • Prévention du palu • Exercice physique
Recommandation 10	<p>Supplémentation en fer et acide folique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • Une supplémentation en fer et en acide folique devrait être fournie pour une période d'au moins trois mois après l'accouchement
Recommandation 11	<p>Antibioprophylaxie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'antibiotiques chez la femme ayant accouché par voie basse et présentant une déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré est recommandée en prévention des complications de paroi
Recommandation 12	<p>Soutien psychosocial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé qu'une personne formée apporte un soutien psychosocial aux femmes à haut risque de développer une dépression du post-partum à des fins de prévention. Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander un entretien formel systématique avec toutes les femmes en vue de réduire la survenue/le

Les recommandations de l'OMS en matière de soins postnatals	
	<p>risque de dépression du post-partum ou la distribution systématique de supports éducatifs et la discussion autour de ces derniers en prévention de la dépression du postpartum.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les professionnels de santé devraient donner aux femmes l'occasion de parler de leur expérience de l'accouchement pendant leur séjour dans l'établissement• Une femme qui a perdu son bébé devrait recevoir des soins de soutien supplémentaires.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point G.

4.1.1. Présentation du CHU du point G :

L'hôpital du Point « G » a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des Médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de Gynécologie - Obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

4.1.2. Présentation du service de Gynécologie – Obstétrique :

a. Création :

Il a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

b. Infrastructures :

Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre les services de Médecine interne au Sud, de la Réanimation au Nord et de l'Urologie à l'Est.

Le service comporte :

- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (consultation prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;

- Une unité d'oncologie (une salle de dépistage du néo du col) ;
- Une unité de PF (planning familial) et de PTME (prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de procréation médicalement assistée non fonctionnelle.
- Une salle d'échographie

c. Personnel :

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- **07** Gynécologues obstétriciens ;
- **22** Techniciens supérieurs de santé dont :
- **19** sages-femmes dont une major ;
- **03** Aides de bloc (Assistant médical) ;
- **03** Techniciennes de santé ;
- **06** Aides-Soignantes ;
- **8** Garçons de salle dont **3** au bloc opératoire ;
- **1** Secrétaire.
- Des thésards et des médecins en cour de spécialisation.

e. Fonctionnement :

Il existe **5** jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi), **4** jours d'interventions chirurgicales programmées. La prise en charge des urgences est effective 24heures/24. Les consultations prénatales sont journalières.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi, elle est dirigée par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, les CES de Gynécologie ou de Chirurgie générale en rotation,

deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc.

Unité mixte, le service de Gynécologie - Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie - Obstétrique prévoit la mise en place :

- D'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation)
- D'une unité de cœlio-chirurgie et d'hystérocopie (réalisée)
- D'une unité d'oncologie gynécologique
- D'une unité d'échographie gynéco-obstétricale (réalisée).

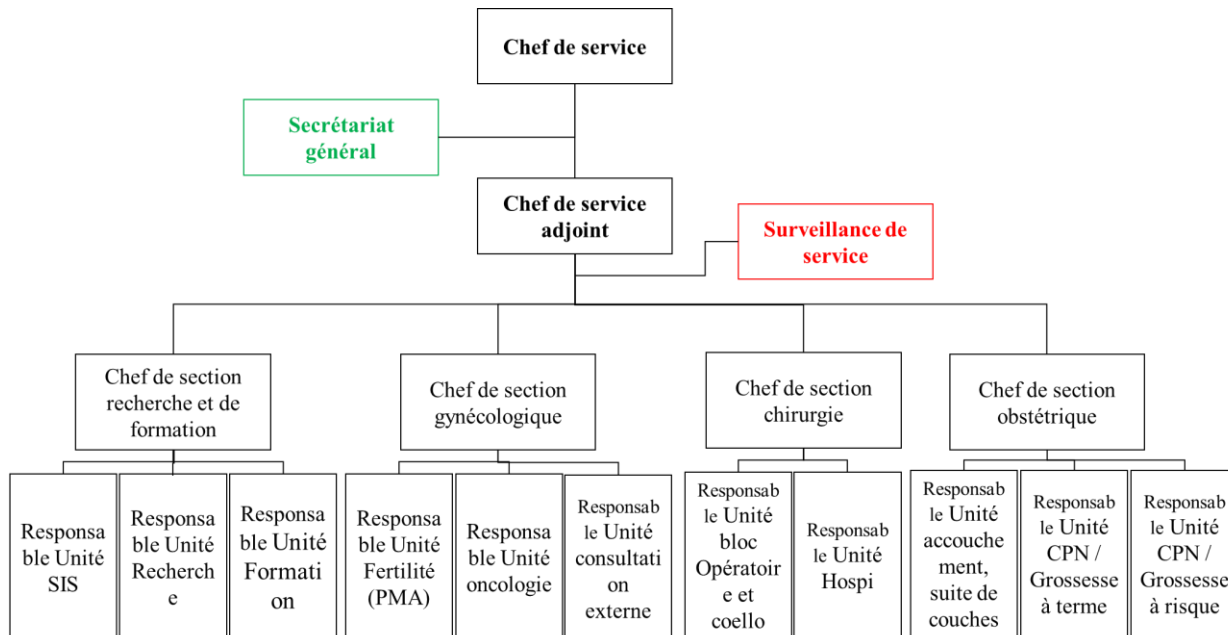


Figure 7 : Organigramme du service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G

4.2. Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée sur deux 2 mois allant du 21 mai au 21 juillet 2018.

4.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec recueil prospectif des données.

4.4. Population d'étude

Les femmes ayant accouchée par voie basse ou par césarienne pendant la période d'étude

4.5. Echantillonnage

4.5.1. Critère d'inclusion :

Les femmes ayant accouché dans notre structure jusqu'à 42 jours et ayant accepté de faire partie de l'étude.

4.5.2. Critère de non inclusion :

Refus de participer à l'étude

Les femmes dont le suivi était impossible

Les dossiers incomplets

4.5.3. Technique d'échantillonnage

Ils agissent d'un échantillonnage où tous les cas répondant au critère d'inclusion ont été inclus

4.5.4. Taille minimum de l'échantillon

4.5.4.1. Calcul de la taille de l'échantillon

La technique d'estimation d'un paramètre (proportion) dans une population sera utilisée pour cette circonstance. La formule dans le cas d'une population grande ou infinie est donnée ci-dessous :

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{i^2}$$

Avec :

- p : proportion attendue dans la population (à partir d'étude pilote ; revue littérature.) ;
- $z_{\alpha/2}$: valeur dépendante du risque d'erreur α choisi ($z_{\alpha/2} = 1.96$ pour $\alpha = 5\%$) ;
- i est la précision voulue ou la marge d'erreur ;
- n est taille de l'échantillon.

La fréquence d'évènements morbides maternel ou chez le nouveau-né (décès ou morbidité) en postpartum étant inconnue ; nous estimons cette fréquence à 50% pour avoir une taille maximum et donc une approche conservative.

En fixant le niveau de précision ou la marge d'erreur (i) à 5% et l'intervalle de confiance à 95% pour $\alpha = 5\%$;

Alors : - $z_{\alpha/2} = z_{0,05/2} = z_{0,025} = 1,96$

Ensuite : - $p = 0,5$

0,5 est la valeur maximale de la proportion. Cette valeur de **p** garantit que la taille de l'échantillon sera suffisante pour obtenir la marge d'erreur souhaitée.

- $1 - p = 1 - 0,5 = 0,5$

Donc la taille minimum est : $n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} = 384$

En tenant compte dans la taille de l'échantillon d'environ 10% de données qui peuvent être inexploitable ; ou des patients perdus de vue ; nous enrôlons au total 422 femmes qui ont accouché dans le centre de santé pendant la période d'étude et qui seront suivies pendant les 42 jours du postpartum.

4.6. Déroulement

Après le choix du thème, nous avons procédé à la recherche bibliographique puis nous avons élaboré un protocole qui a été validé par le directeur de thèse.

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

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

- Nombre de visites postnatales et calendrier :

Au moins trois visites postnatales supplémentaires sont recommandées pour toutes les mères et tous les nouveau-nés, le troisième jour (48-72 heures), entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour et la sixième semaine après la naissance.

4.7. Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide de questionnaire individuel.

4.7.1. Source des données

- Le registre de consultation post natale ;
- Les fiches de consultation postnatales (fiches suivis grossesses)

4.7.2. Variables

Tableau VII : Principales variable collectées

Nom	Type	Echelle de mesure	Technique
Age	Qualitative discontinue	En année	Interrogatoire
Parité	Quantitative discontinue	-	Interrogatoire
Complications de la grossesse	Groupes de variables logiques	1 = Oui 2 = Non	Examen de carnet de CPN Examen de la fiche opérationnelle de suivi Examen physique
Terme de la grossesse	Quantitative discontinue	En semaine d'aménorrhée ou en mois	Interrogatoire (DDR) Echographie précoce
Complications per partum	Groupe de variables logiques	1 = Oui 2 = Non	Examen du partogramme Examen physique
Température	Quantitative continue	En degré Celsius	Température axillaire à l'aide d'un thermomètre électronique augmentée de 0.5°C
TA	Quantitative continue	En millimètre de mercure	Pression artérielle mesurée à l'aide d'un brassard et d'un stéthoscope médical
Complication post partum	Qualitative nominative	1 = Court terme 2 = Long terme	Interrogatoire Examen physique
Période de décès maternel	Qualitative nominative	1 = Sur la table d'accouchement 2 = Dans les 24heures de la surveillance du post partum 3 = Après les 24heures de la surveillance du post partum	Examen en salle d'accouchement Surveillance du post partum immédiat Consultation post natale
La cause de décès maternel	Qualitative nominative	1 = Hémorragie 2 = Infections 3 = Cardio-respiratoire 4 = Autres	Examen physique Autopsie verbale Examens complémentaires
Période de décès néonatal	Qualitative nominative	1 = Mortalité néonatale précoce 2 = Mortalité néonatale tardive	Interrogatoire Carnet de l'enfant
La cause de décès néonatal	Qualitative nominative	1 = Infection 2 = Prématurité 3 = Asphyxie néonatale 4 = Autres	Examen physique Interrogatoire Examens complémentaires

4.8. Analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur le logiciel tableur Excel et analysées avec le logiciel SPSS Version 20.0. Pour les différences entre variables qualitatives, nous avons utilisé le test du χ^2 de Pearson. Lorsque les conditions d'utilisation du test du χ^2 n'étaient pas satisfaites, nous avons eu recours à la correction de continuité de Yates ou au test exact de Fisher à bon escient. L'odds ratio (OR) et son intervalle de confiance ont été utilisés pour estimer le niveau du risque associé. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

4.9. Aspects éthiques

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

4.10. Définitions opératoires

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la CPoN.

- **Naissance avant terme (prématuré)** : ce sont les naissances ayant lieu en moins de 37 semaines entières (moins de 259 jours) de gestation.
 - **Naissance à terme** : ce sont des naissances ayant lieu entre 37 et 42 semaines entières (259 et 293 jours) de gestation.
 - **Naissance après terme** : ce sont des naissances après 42 semaines entières ou d'avantage (294 jours ou plus) de gestation.
 - **Faible poids à la naissance** : poids inférieur à 2 500 g (jusqu'à 2499 inclusivement).
 - **Primigeste** : Il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse.
 - **Multigestes** : Les femmes qui ont fait entre 2 et 6 grossesses.
 - **Grandes multigestes** : Les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses.
 - **Primipare** : Les femmes qui sont à leur premier accouchement.
 - **Multipares** : Les femmes qui ont fait entre 2 et 6 accouchements.
 - **Grandes multipares** : Les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.
- Soins postnatals** : ensemble de soins prodigués à la femme et à l'enfant dans les 24H qui suivent l'accouchement jusqu'à 6-8Semaines.
- Postpartum immédiat : il correspond à la période de deux heures suivant la délivrance.
- Postpartum tardif** : cette période s'étend après les deux heures qui suivent l'accouchement jusqu'à 6 à 8 semaines après celui-ci, date à laquelle le retour de couches se produit dans la majorité des cas.
- Facteur de risque** : un caractère que possède un groupe d'individu et dont la présence l'expose davantage à d'autre pathologie.

- **CPN** : C'est l'ensemble des activités qui consistent à consulter une femme enceinte en vue de faire le diagnostic de la grossesse, surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ; surveiller le développement du fœtus ; dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ; préparer l'accouchement et faire le diagnostic du travail ; faire le pronostic de l'accouchement ; et enfin éduquer et informer les mères.

Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ai été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché (PAUCHETE et COLL 2001).

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Fréquence de réalisation de la consultation postnatale

Au total, 390 accouchées ont été vues en consultation postnatale sur un total de 682 accouchements, cela donne un taux de réalisation de consultation postnatale de 57,2% (390/682//).

Parmi les 390 femmes, 388 ont réalisé toutes les trois CPoN recommandées (99,48%). Deux (02) accouchées n'ont réalisé que la première CPoN parmi les deux, seulement un a réalisé la première et la deuxième CPoN.

5.2. Profil sociodémographique des consultantes

Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographiques

	Consultation			Pvalue
	1ere consultation	2eme consultation	3eme consultation	
Tranche d'âge				0,982
≤20 ans	121	121	121	
21-32 ans	200	199	197	
33-38 ans	56	56	56	
39-45 ans	13	13	13	
Niveau d'étude				0,853
Analphabète	58	58	58	
Niveau d'étude	7	7	6	
Primaire	75	75	74	
Secondaire	135	133	133	
Supérieur	115	115	116	
Occupation				0,821
Etudiant	13	13	13	
Fonctionnaire	19	19	19	
Libérale	56	55	55	
Ménagère	266	266	266	
Elève	36	35	34	

Le nombre de femmes vues aux premières, deuxièmes et troisièmes consultations postnatales étaient respectivement de 390, 388 et 387. Il n'y avait aucune association entre le rang de la consultation prénatale et l'âge, le niveau de scolarité et l'occupation de la femme (tableau N°8,

$p > 0,05$). Par ailleurs, pour la grande majorité des ethnies, le nombre de femmes vues à la première consultation était plus élevé que le nombre reçu pour le 2^{ème} et 3^{ème} consultation.

Tableau IX : Répartition des femmes selon l'ethnie et le rang de la consultation postnatale.

Ethnie	Consultation			Total
	1ere consultation	2eme consultation	3eme consultation	
Autres ethnies	7	7	7	21
Bambara	116	116	116	348
Bobo	17	17	17	51
Bozo	17	17	17	51
Dogon	33	31	30	96
Khassonké	4	4	4	12
Malinké	46	46	46	138
Maure	4	4	4	12
Peulh	62	62	62	186
Sarakolé	45	45	45	135
Senoufo	12	12	12	36
Soninké	3	3	3	9
Sonrhäï	21	21	21	63
Tamasheq	3	3	3	9
Total	390	388	387	1165

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 29,74%.

5.3. Profil obstétrical des consultantes

Tableau X : Antécédents médicaux et obstétricaux

Variables	Consultation postnatale			Valeur p
	1 ^{ère} consultation n (%)	2 ^e consultation n (%)	3 ^e consultation n (%)	
Antécédents médicaux				0,992
AGHBS +	1	1	1	
Asthmatique connue	2	2	2	
Asthme	1	1	1	
Diabète gestationnelle	3	3	3	
Drépanocytose	1	1	1	
Hépatite B	1	1	1	
HTA	22	22	22	
HIV positif	1	1	1	
Syndrome ulcéreux	2	2	2	
Aucun	355	356	354	
Gestité				0,998
Primigeste	99	102	98	
Paucigeste	143	141	144	
Multigeste	84	84	84	
Grande multigeste	63	63	62	
Parité				0,999
Primipare	142	144	142	
Paucipare	134	134	135	
Multipare	74	73	73	
Grande multipare	39	39	38	
Mode d'admission				0,323
Référée	72	70	70	
Venu d'elle-même	316	319	313	
Autre	1	1	5	
Mode d'accouchement				0,995
Instrumental	22	23	23	
Voie basse	326	329	324	
Voie haute	41	38	41	

Il n'y avait aucune différence significative entre les femmes reçues en CPoN selon les antécédents médicaux et obstétricaux

5.4. Histoire et évolution de la grossesse index

Tableau XI : Histoire/évolution de la grossesse index

	Consultation postnatale			Valeur p
	1 ^{ère} consultation n (%)	2 ^e consultation n (%)	3 ^e consultation n (%)	
Fer + Acide folique				0,758
Non reçu	58	48	57	
Reçu	332	340	335	
VAT				0,000
Non reçu	67	119	152	
Reçu	323	269	235	
TPI				0.000
1 ^{ère} dose	63	44	43	
2 ^e dose	102	73	73	
3 ^e dose	154	117	112	
Aucune	71	149	159	

La prise de fer / acide folique était comparable selon le rang de CPoN par contre significativement moins de femmes avaient réalisé la vaccination antitétanique parmi celles reçues aux 2^{ème} et 3^{ème} CPoN comparées à celles reçues à la première CPoN. Pareillement moins de prise de SP avait été observée par les femmes vues aux 2^{ème} et 3^{ème} CPoN. Toutes ces insuffisances ont été corrigées lors des visites index à la CPoN.

5.4.1. Pronostic maternel

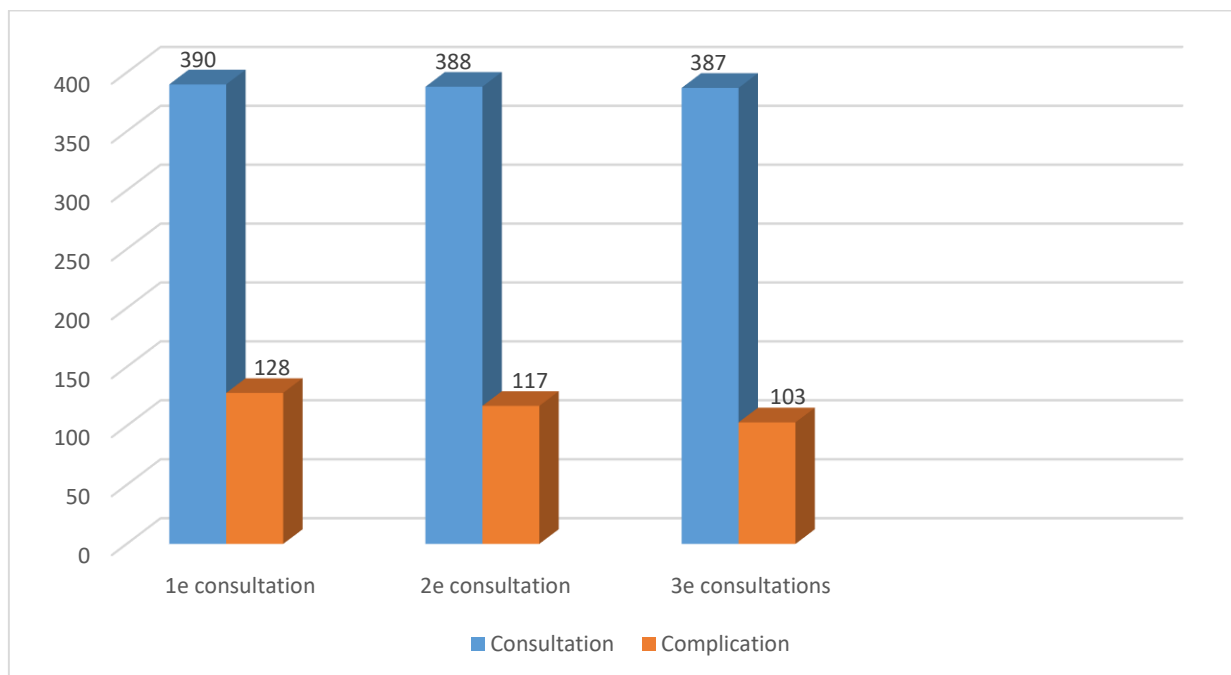


Figure 7 : Fréquence de complications maternelles selon le rang de la consultation postnatale

Même si la différence n'est pas statistiquement significative, la fréquence des complications était plus élevée lors de la 1^{ère} CPON, 32,82% (128/390) et 30,15% (117/388) lors de la 2^{ème} consultations postnatales. Il ressort sur la figure N°8 ci-dessous que chacune des CPON a été l'opportunité de diagnostiquer au moins une complication chez les femmes.

Tableau XII : Principales anomalies chez les femmes ayant une complication postnatale

Variables	Fréquence	Pourcentage
Anémie		
Vertige	99	8,5
Palpitation	19	1,6
Dyspnée	3	0,3
Douleur périnéale		
Oui	73	6,3
Non	1094*	93,7
Hémorragie du postpartum		
Oui	7	0,6
Non	1160*	99,4
Dépression		
Oui	24	2,1
Non	1143*	97,9
Douleur ceinture pelvienne		
Oui	13	1,1
Non	1154*	98,9
Hémorroïdes		
Oui	24	2,1
Non	1143*	97,9
Constipation		
Oui	100	8,6
Non	1067*	91,4
Infections		
Douleurs abdominales	70	6,0
Fièvres élevées	26	2,2
Pertes nauséabondes	21	1,8

* : les femmes ayant fait trois (3) consultations

5.4.2. Facteurs influençant les complications maternelles

Tableau XIII : Analyse univariée puis multivariée des facteurs influençant la survenue de complications maternelles en postnatale.

Variables	OR brut [IC à 95%]	P-Value
CPN		0,025
Oui	1,00	
Non	2,36 [1,10 - 2,79]	
Age		0,00
≤20 ans	2,21 [1,82 - 2,92]	
21-32 ans	1,00	
33-38 ans	1,59 [1,10 – 2,30]	
39-45 ans	1,00	
Éducation		0,756
Analphabète	0,86 [0,62 - 1,23]	
Au moins primaire	1,00	
Gestité		0.000
Primigeste	2,86 [1,59 – 3,13]	
Paucigeste	1,00	
Multigeste	1,08 [0,78 – 1,50]	
Grande geste	1,80 [1,17 – 2,78]	
Mode d'admission		0,001
Venue d'elle-même	1,00	
Référée	1,78 [1,27 – 2,56]	
HTA		0,000
Oui	2,56 [1,44 – 3,52]	
Non	1,00	

La primigestité, l'existence d'une hypertension artérielle au cours de la grossesse et la référence au cours du travail d'accouchement ont été les trois principaux facteurs associés à la survenue de complications maternelles après analyse multivariée

5.5. Pronostic néonatal

5.5.1. Morbidité néonatale

Tableau XIV : Complications retrouvées chez les nouveau-nés

Variables	Consultation postnatale			Valeur-p
	1 ^{ère} consultation	2 ^e consultation	3 ^e consultation	
Anomalie congénitale				0,992
Oui	5	5	5	
Non	385	383	382	
Prématurité				0,981
Oui	29	29	29	
Non	361	359	358	
Conjonctive				0,000
Colorée	346	385	385	
Moyennement colorée	38	2	1	
Pâle	6	1	1	
Dyspnée				0,992
Oui	1	1	1	
Non	389	387	386	
Herpès néonatale				0,369
Oui	0	1	0	
Non	390	387	387	
Hypothermie				0,135
Oui	2	0	0	
Non	388	388	387	
Hyperthermie				0,173
Oui	3	1	0	
Non	387	387	387	
Ictère néonatal				0,982
Oui	1	1	1	
Non	389	387	386	
Traumatisme à la naissance				0,881
Oui	1	1	1	
Non	389	387	386	

Le taux de complications survenant ex utero pour le nouveau-né était inférieur à 1% sauf pour la pâleur conjonctivale et la prématurité

5.5.2. Mortalité néonatale

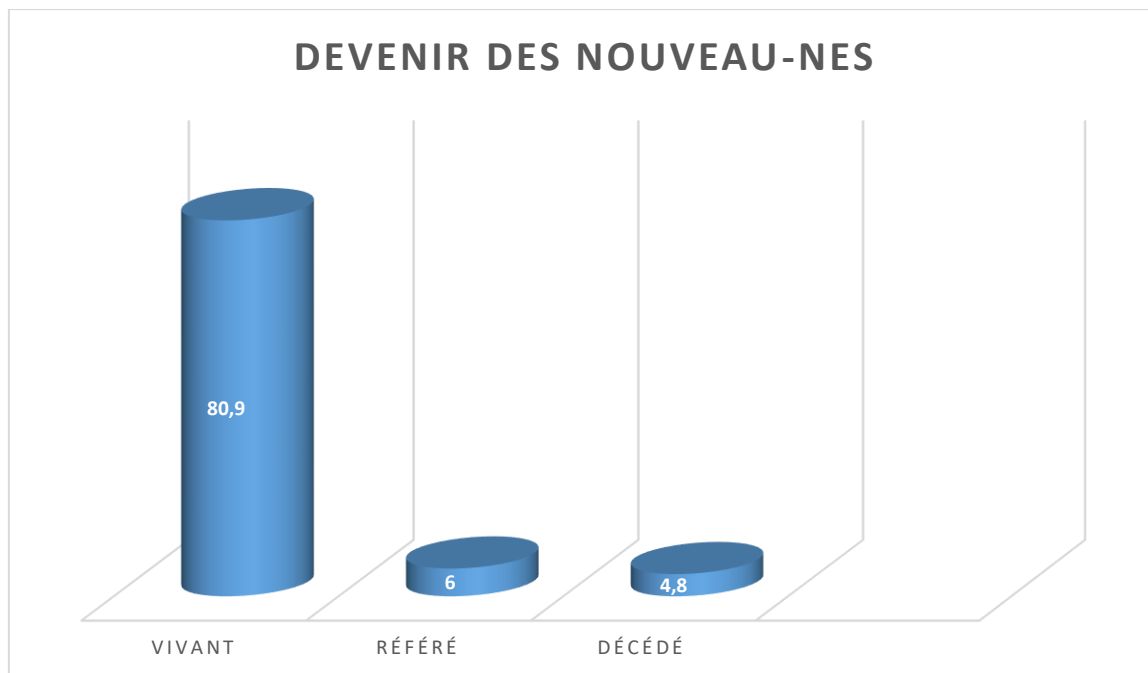


Figure 8 : Devenir des nouveau-nés

Moins de 5% de décès néonatales (4,8%) ont été enregistrés au cours de notre étude

Tableau XV : Facteurs influençant la mortalité néonatale

Variables	OR brut [IC à 95%]	P-Value
CPN		0,98
Oui	1,00	
Non	1,02 [0,55 – 2,56]	
Age		0,032
≤20 ans	3,06 [1,11 – 4,63]	
21-32 ans	1,00	
33-38 ans	2,92 [1,23 – 3,96]	
39-45 ans	1,00	
Éducation		0,956
Analphabète	1,05 [0,61 - 1,82]	
Au moins primaire	1,00	
Gestité		0,041
Primigeste	1,23 [0,77 - 2,32]	
Paucigeste	1,00	
Multigeste	1,01 [0,55 - 1,86]	
Grande geste	2,92 [1,32 – 4,56]	
Mode d'admission		0,000
Venue d'elle-même	1,00	
Référée	3,01 [1,46 – 5,21]	
HTA		0,000
Oui	4,56 [2,25 – 7,12]	
Non	1,00	
Prématurité		0,000
Oui	4,21 [1,81 - 6,52]	
Non	1,00	

Les facteurs influençant la survenue de décès néonatal dans ce travail était : l'adolescence (<20 ans); la référence en urgence, l'existence d'une hypertension artérielle chez la mère et l'accouchement prématuré.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il ressort de cette étude que : (i) le taux d'utilisation de la CPON n'était pas optimale par contre la grande majorité des femmes vues en CPON ont effectué les trois CPON recommandées soit 99,88% (388/390) ; (ii) l'adhésion aux trois consultations postnatales est une opportunité de diagnostiquer plus de complications ; (iii) la primigestité, l'existence d'une hypertension artérielle au cours de la grossesse et la référence au cours du travail d'accouchement ont été les trois principaux facteurs associés à la survenue de complications maternelles après analyse multivariée ; (iv) l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, la référence au cours de l'accouchement et l'accouchement prématuré sont les trois principaux facteurs pourvoyeurs de complications néonatales. Enfin, (v) la consultation prénatale a été l'occasion de corriger certains besoins non couverts au cours la grossesse notamment la vaccination antitétanique et la prise de fer / acide folique de même que l'accès à une méthode contraceptive.

Nous avons observé un taux d'utilisation de la CPON de 57,2%. Ce taux est comparable à celui de F. CAMARA [102] qui était de 56,4% et corrobore les résultats de la dernière enquête démographique et de santé. En effet, selon la dernière enquête démographique et de santé, seulement 56 % des femmes qui avaient accouché les deux années précédentes avaient reçu des soins postnatals dans les 2 premiers jours après l'accouchement tandis que 40% n'avaient reçu aucun soin prénatal. Ces indicateurs étaient respectivement de 54% et 42% pour le nouveau-né [115]. Des taux similaires ont été rapportés en Ethiopie où selon une revue systématique, le taux d'utilisation de la CPON a varié entre 6,3% et 66,8% selon le lieu de résidence [116]. Il en était de même en Tanzanie [117]. Pareillement, des taux comparables de CPON ont été rapportés lors d'une méta-analyse réalisée en Afrique au sud du Sahara qui rapportait un taux de fréquentation de CPON de 52,48% (52,33% – 52,63%) [118].

Le taux d'adhérence aux CPN est très élevé. En effet, plus de 9 femmes sur 10 vues à la deuxième CPON ont complété les 4 CPON. Des taux moindres de complétude de l'ensemble des visites postnatales ont été rapporté ailleurs avec des déterminants incluant l'accouchement par césarienne, la primiparité et le niveau d'éducation élevé [119]. Les 4 visites recommandées sont planifiées comme suit : le premier jour, le 3^{ème} jour, entre le 7^{ème} et le 14^{ème} et 6 semaines après l'accouchement [96 ; 120]. Cela dénote l'importance de la communication en faveur de la CPON et de la disponibilité des ressources humaines. En effet, une étudiante s'occupait spécifiquement de cette activité dans le cadre de sa thèse. En périphérie, en milieu rural, l'insuffisance en ressources humaines et la barrière géographique constituent d'importants obstacles à l'accès et à l'offre des soins postnatals. En Ethiopie, dans une méta analyse, les

déterminants de l'utilisation de la CPON étaient : l'autonomie de la femme en matière de prise de décision, l'antécédent d'utilisation des services de CPN, un nombre CPN >2 et la réalisation de la CPN par un agent qualifié [116]. Par ailleurs, des stratégies consistant à inclure l'offre des soins postnatals du 3^{ème} jour et de la période entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour dans le paquet d'activités des agents de santé communautaire ont été introduites dans d'autres contextes et ont été couronnées de succès [121]. Ces stratégies peuvent permettre d'améliorer significativement l'accès aux soins prénatals au Mali où les indicateurs ne sont pas optimaux.

La réalisation de la CPON a été l'opportunité de diagnostiquer une complication lors de la 1^{ère} CPON chez environ 32,82% (128/390) et 30,15% (117/388) lors de la 2^{ème} consultations postnatales. Des taux de complications maternelles ou néonatales comparables à ceux retrouvés dans ce travail ont été observés ailleurs au Mali par F. CAMARA [102] (une femme sur trois) et en Afrique [122]. Les décès survenant dans la période postnatale constituant une frange très importante de la mortalité infantile, la promotion de la consultation postnatale est sans nul doute une stratégie d'amélioration de cet indicateur.

La primigestité est significativement associée à la survenue de complications maternelles postnatales dans notre travail. Ce même résultat a été constaté par F. CAMARA [102] chez qui la primigestité était significativement associée à la survenue de complications maternelles postnatales. Dans l'étude d'Elkhoudri N et al, par contre, c'est un nombre de grossesse supérieur à 3 qui est associé à la survenue de complications postnatales [123]. Si l'épuisement du muscle utérin avec la survenue d'hémorragie du postpartum a été soutenu par certains auteurs pour expliquer le lien entre la survenue de complications maternelles et la multigestité [124], dans le cas de la primigestité, la fréquence élevée de la pré éclampsie et de ses complications sévères notamment l'éclampsie et même l'hémorragie du postpartum peut être évoquée. Aussi, la plupart de ces primigestes sont de jeunes adolescentes dans notre contexte non préparées ni physiquement, ni économiquement pour la grossesse et l'accouchement.

L'association de l'hypertension artérielle ainsi que la prématurité souvent induite qui lui est associée est largement documentée dans la littérature comme source de complications néonatales. Ces complications sont nombreuses et comprennent la détresse respiratoire, la tachypnée transitoire du nouveau-né et même le décès néonatal [125]. La fréquence non encore optimale de la réalisation de la CPN, le suivi irrégulier et la qualité médiocre des soins prénatals sont entre autres des facteurs qui assombrissent le pronostic de la pré-éclampsie dans notre contexte.

La CPON est une occasion d'intervenir pour améliorer la santé de la mère en adressant souvent certains besoins non couverts comme cela transparaît dans ce travail. En effet, selon l'OMS, les interventions possibles comprennent : (i) la supplémentation en fer et en acide folique pendant au moins trois mois, (ii) le dépistage et le traitement de l'infection, l'hémorragie, la thromboembolie, la dépression postnatale et d'autres maladies ; (iii) l'antibiothérapie prophylactique pour les femmes présentant une déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré; et (iv) et le counseling sur l'allaitement maternel exclusif, la nutrition, l'espacement des naissances et les options de planification familiale, y compris la disponibilité de la contraception [16 ;17]. Ainsi, l'influence positive de la consultation postnatale, en particulier, les messages de communication pour le changement social et le changement de comportement immédiatement après la naissance, et éventuellement renforcés à 3 mois, ont une influence positive sur le taux contraception ainsi que l'administration des vaccins à la mère [126]. Dans un autre essai au Burkina et en RDC Congo, des effets favorables de paquets d'intervention postnatale ont été observés sur la pratique contraceptive [127]. Par ailleurs, les programmes de vaccination peuvent protéger la santé des bébés, non seulement en vaccinant les nouveau-nés lors de la période postnatale mais également en administrant les vaccins à la mère puisque cela bénéficie également au bébé. La plupart des vaccinations qui ciblent la santé néonatale, telles que la vaccination antitétanique et la vaccination contre la rubéole, sont administrées à la mère. C'est le vaccin antitétanique qui a le plus d'impact, bien que d'autres vaccinations données avant la grossesse, telles que la vaccination contre la rubéole, permettent également de sauver la vie et de réduire les taux de graves maladies et infirmités [128]. Cependant, pour pouvoir découvrir tous ces besoins, le praticien doit faire preuve de beaucoup de tact pour bien aider les mères au cours de leur périple lors de la gravidité-puerpéralité en générale, et dans la période postnatale en particulier. C'est ce tact qui permettra d'explorer ouvertement les problèmes et inquiétudes de la mère et les résoudre. Le tact « apporte un esprit de soins qui est senti » ce qui augmente la confiance et l'estime de soi. Il permet à la mère d'émerger comme elle – même, de façon indépendante du soin professionnel mais avec une promptitude à rechercher l'aide si nécessaire et au moment approprié. Par ailleurs, c'est un fait qui entretient la satisfaction du travail de la sage – femme et de l'infirmière, qui reçoivent la gratitude de ces braves femmes à cause de ce qu'elles ont fait. Le tact est la composante qui fait la différence et il ne faut pas le négliger. Plus qu'un mot, c'est tout un contenu, un concept qui se ressent chez la femme confiante et calme de même que dans le sourire des sages-femmes et infirmières [129].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION

La consultation postnatale est faisable dans notre contexte. Bien organisée, elle est une opportunité de diagnostiquer une importante proportion de complications potentiellement dangereuses et pour la mère, et pour le nouveau-né dont la prise en charge doit être codifiée. Elle est aussi une occasion à ne pas manquer pour satisfaire les besoins non couverts en vaccination tant pour la mère que pour le nouveau-né, de même que les besoins non couverts en contraception.

8. RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Elaborer à travers le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la santé, des messages de promotion de la consultation postnatale sur les médias de large portée
- Assurer la dissémination des documents de politiques normes et procédures en santé de la reproduction à tous les échelons du système de santé.

A l'équipe du CHU Point G

- Instituer une consultation postnatale et y affecter du personnel compétent
- Former les prestataires à la consultation postnatale notamment son contenu et son rythme.
- Communication pour le changement de comportement

Aux prestataires

- Réaliser régulièrement des séances de causerie éducative et de counseling interpersonnel sur l'importance de la consultation postnatale ;
- Respecter les étapes de la consultation postnatale telles que cela apparait dans les documents de politiques, normes et procédures en santé de la reproduction ;
- Communication pour le changement de comportement

A la population

- Adhérer à la prévention en matière de santé en fréquentant les structures de santé pour bénéficier des paquets complets d'activités y compris la consultation postnatale.
- Traduire les informations reçues lors de causeries éducatives et counseling interpersonnel en action

REFERENCES

9. REFERENCES

1. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. World Health Organization : Geneva; 2014.
2. Dhaher E, et al. Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8(1):26.
3. Ronsmans C et al; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189–200.
4. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, et al.; Lancet Every Newborn Study Group. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014 Jul 12;384(9938):189–205.
5. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. World Health Organization: Geneva; 2012.
6. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Rahman MM, Haque SE, Zahan MS. Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health Soc Care Community*. 2011 Mar;19(2):138–47. PMID: 20880103
8. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(1):34.
9. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ*. 2007. Oct;85(10):812–9.
10. Fort AL. Coverage of post-partum and post-natal care in Egypt in 2005–2008 and Bangladesh in 2004–2007: levels, trends and unmet need. *Reprod Health Matters*. 2012 Jun;20(39):81–92.

11. Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF, Domingues MR, Barros AJ, Marco PL, et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9(1):335.
12. Abel Ntambue ML, Françoise Malonga K, Dramaix-Wilmet M, Donnen P. Determinants of maternal health services utilization in urban settings of the Democratic Republic of Congo—a case study of Lubumbashi City. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 ;12(66):66.
13. Postpartum empowerment: an integrated approach driving demand and delivery of high quality, low-cost postnatal services in Kenya. Nairobi: Jacaranda Health Organization; 2012.
14. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization, Geneva, October 2013.
15. World Health Organization. Opportunities for Africa's newborns. World Health Organization: Geneva; 2006.
16. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*. 2010 Apr;39 Suppl 1:i144–54.
17. Kabakian-Khasholian T, Campbell OMR. A simple way to increase service use: triggers of women's uptake of postpartum services. *BJOG*. 2005 ;112 (9):1315–21.
18. USAID/BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival) and the Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative. Integrated maternal and newborn care: supervisory and evaluation checklists. Arlington: United States Agency for International Development; 2009. Available from: http://www.basics.org/documents/Supervisory-and-Evaluation-Checklists_NewbornToolkit_BASICS.pdf [cited 2015 Jan 26].
19. Crawley J. Reducing the burden of anemia in infants and young children in malariaendemic countries of Africa: from evidence to action. *Am J Trop Med Hyg*. 2004 Aug;71(2) Suppl:25–34. PMID: 15331816
20. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Geneva: World Health Organization; 2010. PMID: 26269861.

21. Encyclopaedia Britannica (2008) Ebers Papyrus Encyclopaedia Britannica. www.britannica.com.
22. Chamberlain M (1981) *Old Wives' Tales: Their History, Remedies and Spells*. London: Virago Press.
23. Towler J, Bramall J (1986) *Midwives in History and Society*. London: Croom Helm.
24. De Costa CM (2002) The contagiousness of childbed fever: a short history of puerperal sepsis and its treatment. *The Medical Journal of Australia* 177 (11/12): 668–671.
25. French V (1986) Midwives and maternity care in the Roman world. *Helios, New Series* 12 (2): 69–84.
26. Flemming R (2000) *Medicine and the Making of Roman Women*. Oxford: Oxford University Press, 359.
27. Kitzinger S (2000) *Rediscovering Birth 2000 Sanctuary and Renewal*. London: Little, Brown and Company, 224–238.
28. Cartwright Jones C (2002) *Traditional Postpartum Rituals of India, North Africa and the Middle East* Kent State University. www.lotusfertility.com (accessed 18/08/2008).
29. Biggar J (1972) When midwives were witches . . . white ones of course. *Nursing Mirror*, 36–39.
30. Ehrenreich B, English D (1979) *For Her Own Good: 150 Years of the Expert's Advice to Women*. London: Pluto Press.
31. Derbyshire P (1985) Bedpans and broomsticks. *Nursing Times* 81: 44–45.
32. Southern J (1998) On trial: women “q”ee”zqhealers. *Midwifery Today* Spring, 35–39. Tait C (2003) Safely delivered: childbirth, wet-nursing, gossip-feasts and churcing in Ireland c. 1530–1690. *Irish Economic and Social History* 30: 1–23,
33. van Teijlingen ER (2004) History of midwifery: introduction. In: van Teijlingen ER, Lewis GW, McCaffery PG, et al. (eds). *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. Huntington: Nova Science Publishers, 43–51.

34.Field P (1993) The context for and nature of midwives in the seventeenth and twentieth centuries. Proceedings of the International Confederation of Midwives 23rd International Congress, Vancouver, Vol. II, 657–661.

35.Wiesner M (2004) Early modern midwifery: a case study. In: van Teijlingen ER, Lowis GW, McCaffery PG, et al. (eds). Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives. Huntington: Nova Science Publishers, 63–74.

36.Schnorrenberg BB (1981) Is childbirth any place for a woman? The decline of midwifery in eighteenth century England. Studies in Eighteenth Century Culture 10: 393–408.

37.Donnison J (1988) Chapter 1: The office of midwife: a female mystery 11–33 and Chapter 8: The Midwife's Act. Midwives and Medical Men. London: Historical Publications, Ltd, 161–174.

38.Richardson, A. and Mmata, C. (2007) National Health Service Maternity Statistics, England: 2005-2006. National Statistics.

39.Mander & Smith 2008 **A systematic review of medical diagnosis of Ogilvie's syndrome in childbearing Midwifery**, 18 Nov 2008, 26(6):573-578

40.DoH 2000 Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. The Stationery Office, London.

41.Redshaw et al. 2007 A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. Human Reproduction Vol.22, No.1 pp. 295–304, 2007

42.Hunter 2007 The persistent problem of colorism : skin, tones, status, and inégalité. Sociology compass. Volume 1 numéro 1 septembre 2007 page 237-254.

43. Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D, Seers K (2008) Protocol based care: impact on roles and service delivery. *Journal of Evaluation of Clinical Practice* 14 (5): 867–873.
44. Tew M (1998) *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*. London: Free Association Books Ltd.
45. Audit Commission (1997) *First Class Delivery: Improving Maternity Services in England and Wales*. Abingdon: Audit Commission Publications.
46. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene K (1998) *First Class Delivery: A National Survey of Women's Views of Maternity Care*. London: Audit Commission.
47. United Kingdom Central Council for Nursing Midwives and Health Visitors (1998) *Midwives' Rules and Code of Practice*. London: UKCC.
48. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene K (1994) *First Class Delivery: A National Survey of Women's Views of Maternity Care*. London: Audit Commission.
49. Murphy-Black T (1989) *Postnatal Care at Home: A Descriptive Study of Mother's Needs and the Maternity Services*. Edinburgh: University of Edinburgh Nursing Research Unit.
50. Sharif K, Clarke P, Whittle M (1993) Routine six weeks postnatal examination: to do or not to do? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 4 (13): 251–252.
51. Glazener CM (1997) Sexual function after childbirth; women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104: 330–335.
52. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I (2000) Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 186–195.
53. MacArthur C, Lewis M, Knox E (1991) *Health After Childbirth*. London: HMSO.

54. Glazener C, Abdalla M, Stroud S, Naji S, Templeton A, Russell I (1995) Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102: 282–287.
55. Brown S, Lumley J (1998) Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 156–161.
56. Saurel-Cubizolles M-J, Romito P, Lelong N, Ancel P-Y (2000) Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 1202–1209
57. Bick DE, MacArthur C (1995) The extent, severity and effect of health problems after childbirth. *British Journal of Midwifery* 3 (27): 31.
58. MacArthur C, Glazener C, Lancashire R, Herbison P, Wilson D, Grant A (2005) Faecal Incontinence and mode of first and subsequent delivery: a six-year longitudinal study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112 (8): 1075–1082.
59. Thew M, Paech MJ (2007) Management of postdural puncture headache in the obstetric patient. *Current Opinion in Anesthesiology* 21 (3): 288–292.
60. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) Routine Post-natal Care of Women and their Babies. *Clinical Guideline 37*, London.
61. MacArthur C (1999) What does postnatal care do for women's health? *Lancet* 353 (9150): 343–344.
62. MacArthur C, Winter H, Bick D, et al. (2002) Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 359: 378–385.

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, et al. (2003) Redesigning Post Natal Care; A Randomised Controlled Trial of Protocol Based, Midwifery Led Care Focused on Individual Women's Physical and Psychological Health Needs. NHS R&D, NCC HTA.

63. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782– 786.

64. Department of Health (2004) National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services: Executive Summary. London: DoH.

65. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Quick Reference Guide: Routine Post Natal Care of Women and their Babies. NICE clinical guideline 37.

66. Allen I, Bourke Dowling S, Williams S (1998) A Leading Role for Midwives? Evaluation of Midwifery Group Practice Development Projects. Report no. 832. London: Policy Studies Institute.

67. Department of Health (1999) Saving Lives: Our Healthier Nation. London: The Stationery Office.

68. Maynard A, Street A (2006) Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS? *British Medical Journal* 332: 906–908.

69. King's Fund (2005) An Independent Audit of the NHS UNDER LABOUR 1997–2005. London: King's Fund.

70. Bwalya BB, Mulenga MC, Mulenga JN. Factors associated with postnatal care for newborns in Zambia: analysis of the 2013-14 Zambia demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):418.

71. Wudineh KG, Nigusie AA, Gesese SS, Tesu AA, Beyene FY. Postnatal care service utilization and associated factors among women who gave birth in Debretabour town, North West Ethiopia: a community- based crosssectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):508.
72. Adhikari R. Effect of Women's autonomy on maternal health service utilization in Nepal: a cross sectional study. *BMC Womens Health*. 2016; 16(1):26.
73. Yunus A, Iqbal S, Munawar R, Zakar R, Mushtaq SK, Sadaf F, et al. Determinants of postnatal care services utilization in Pakistan-insights from Pakistan demographic and health survey (PDHS) 2006-07. *Middle-East J Sci Res*. 2013;18(10):1440–7.
74. Abebo TA, Tesfaye DJ. Postnatal care utilization and associated factors among women of reproductive age Group in Halaba Kulito Town, Southern Ethiopia. *Arch Public Health*. 2018;76(1):1–10.
75. Zere E, Tumusiime P, Walker O, Kirigia J, Mwikisa C, Mbeeli T. Inequities in utilization of maternal health interventions in Namibia: implications for progress towards MDG 5 targets. *Int J Equity Health*. 2010;9(1):16. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/14759276-9-16>
76. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in metaanalyses. *BMJ*. 2003 Sep 6;327(7414):557–60.
77. Countdown to 2015. Maternal, newborn & child survival. Building a future for women and children. The 2012 report. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-noprofiles.pdf> [cited 2015 Jan 26].
78. Agha S. Impact of a maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Reprod Health*. 2011;8(1):10.
79. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria—looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(1):43.

80. Sarma S, Rempel H. Household decisions to utilize maternal healthcare in rural and urban India. *World Health Popul.* 2007 Jan;9(1):24–45.
81. Sharma SK, Sawangdee Y, Sirirassamee B. Access to health: women's status and utilization of maternal health services in Nepal. *J Biosoc Sci.* 2007 Sep;39(5):671–92.
82. Anson O. Utilization of maternal care in rural HeBei province, the People's Republic of China: individual and structural characteristics. *Health Policy.* 2004 Nov;70(2):197–206.
83. Okafor CB. Availability and use of services for maternal and child health care in rural Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet.* 1991 Apr;34(4):331–46.
84. Dhakal S, Chapman GN, Simkhada PP, van Teijlingen ER, Stephens J, Raja AE. Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7(1):19.
85. Rai RK, Singh PK, Singh L. Utilization of maternal health care services among married adolescent women: insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. *Womens Health Issues.* 2012 Jul-Aug;22(4):e407–14.
86. Halder AK, Saha UR, Kabir M. Inequalities in reproductive healthcare utilization: evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey 2004. *World Health Popul.* 2007 Apr;9(2):48–63.
87. Chatterjee A, Paily VP. Achieving millennium development goals 4 and 5 in India. *BJOG.* 2011 Sep;118 Suppl 2:47–59.
88. Jat TR, Ng N, San Sebastian M. Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):59.
89. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Oct;63(10):827–31.
90. Mistry R, Galal O, Lu M. Women's autonomy and pregnancy care in rural India: a contextual analysis. *Soc Sci Med.* 2009 Sep;69(6):926–33.
91. Singh PK, Rai RK, Alagarajan M, Singh L. Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India. *PLoS One.* 2012;7(2):e31666.

92. Navaneetham K, Dharmalingam A. Utilization of maternal health care services in Southern India. *Soc Sci Med.* 2002 Nov;55(10):1849–69.
93. LeVine RA, LeVine SE, Rowe ML, Schnell-Anzola B. Maternal literacy and health behavior: a Nepalese case study. *Soc Sci Med.* 2004 Feb;58(4):863–77.
94. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. What impact does contact with the prenatal care system have on women's use of facility delivery? Evidence from low-income countries. *Soc Sci Med.* 2012 Jun;74(12):1882–
95. Addai I. Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *J Biosoc Sci.* 2000 Jan;32(1):1–15.
96. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014.
97. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization; 2007.
98. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, et al.: Pregnancy-related mortality surveillance—United States 1991–1997. *MMWR Surveill Summ.* 2003; 2:1-8.
99. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, et al.: Pregnancy related mortality in the United States, 1991– 1997. *Obstet Gynecol.* 2003 ; 101:289-296
100. AbouZahr C: Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull.* 2003; 67:111
101. Fatoumata O CAMARA : la valeur ajoutée de la mise en œuvre de la CPoN à la maternité du CSRéf de Kalabankoro selon les recommandations de l'OMS : à propos d'une étude transversale de deux mois-FMOS-2021/100p
102. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, et al.: Maternal death in the 21st century: Causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 199;36.e1-36.e5 2008 discussion 91–92.e7– e11
103. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22:999–1012.

104. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM, Winikoff B, Maternal WHOMSo, Newborn Health Research N. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:5–13.
105. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, Almqvist C, Bateman BT. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210:229. e221-228.
106. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol*. 2009;113:1313–9
107. Lynch CM, Sheridan C, Breathnach FM, et al.: Near miss maternal morbidity. *Ir Med J*. 2008 ; 101:134-136
108. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, et al.: Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: A nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG*. 2008; 115:842-850
109. Husslein P, Fuchs AR, Fuchs F: [Oxytocin- and prostaglandin plasma concentrations before and after spontaneous labor: Evidence of involvement of prostaglandins in the mechanism of placental separation]. *Wien Klin Wochensch*. 1983; 95:367-371
110. Herman A, Weinraub Z, Bukovsky I, et al.: Dynamic ultrasonographic imaging of the third stage of labor: New perspective into third stage mechanism. *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 168:1469-1496
111. Herman A, Zimmerman A, Arieli S, et al.: Down-up sequential separation of the placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002; 19:278-281
112. Yuen PM, Chan NST, Yim SF, Chang AMZ: A randomised double blind comparison of Syntometrine and Syntocinon in the management of the third stage of labor. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995 ;102:377-380

113. Ng PS, Chan ASM, Sin WK, et al.: A multicentre randomized trial of oral misoprostol and i.m. Syntometrine in the management of the third stage of labor. *Hum Reprod.* 2001; 16:31-35
114. Choy CMY, Lau WC, Tam WH, Yuen PM: A randomised controlled trial of intramuscular Syntometrine and intravenous oxytocin in the management of the third stage of labor. *BJOG.* 2002; 109:173-177
115. 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/SSDS-PF et ICF.
116. Eshetu E. Chaka, Ahmed A. Abdurahman, S. Nedjat, R. Majdzadeh. Utilization and Determinants of Postnatal Care Services in Ethiopia: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Ethiop J Health Sci.* 2018;29(1):929.
117. Mohan D, Gupta S, LeFevre A, Bazant E, Killewo J, Baqui AH. Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Oct 30;15:282. doi: 10.1186/s12884-015-0717-7. PMID: 26518337; PMCID: PMC4628262.
118. Tessema ZT, Yazachew L, Tesema GA, Teshale AB. Determinants of postnatal care utilization in sub-Saharan Africa: a meta and multilevel analysis of data from 36 sub-Saharan countries. *Ital J Pediatr.* 2020 Nov 27;46(1):175. doi: 10.1186/s13052-020-00944-y. PMID: 33246475; PMCID: PMC7693498.
119. Akibu M, Tsegaye W, Megersa T, Nurgi S. Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia. *J Pregnancy.* 2018 Aug 14;2018:8625437. doi: 10.1155/2018/8625437. PMID: 30186633; PMCID: PMC6112074.

120. WHO. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2017 2017 [cited 2018 NOV 28]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1)<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1>
121. Williams P, Murindahabi NK, Butrick E, et al. Postnatal care in Rwanda: facilitators and barriers to postnatal care attendance and recommendations to improve participation. *Journal of Global Health Reports*. 2019;3:e2019032. doi:10.29392/joghr.3.e2019032
122. Habte A, Gebiremeskel F, Shewangizaw M, Dessu S, Glagn M (2021) Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia: Community-based crosssectional study based on the current WHO recommendation. *PLoS ONE* 16(2): e0246243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246243>
123. Elkhoudri N, Amor H, Baali A. Self-reported postpartum morbidity: prevalence and determinants among women in Marrakesh, Morocco. *Reprod Health*. 2015 Aug 25;12:75. doi: 10.1186/s12978-015-0066-z. PMID: 26303890; PMCID: PMC454845
124. Chassard D. Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle en France: Bilan 2001– 2006. *Mortalité maternelle et anesthésie. Bull Epidemiol Hebd*. 2010;24:2–3.
125. Backes CH, Markham K, Moorehead P, Cordero L, Nankervis CA, Giannone PJ. Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. *J Pregnancy*. 2011;2011:214365. doi: 10.1155/2011/214365. Epub 2011 Apr 4. PMID: 21547086; PMCID: PMC3087144.
126. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Anthony ML. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *Bmj*. 1998;316(7134):805 –11.

127. Tran NT, Gaffield ME, Seuc A, Landoulsi S, Yamaego WME, Cuzin-Kihl A, Kouanda S, Thieba B, Mashinda D, Yodi R, Kiarie J, Reier S. Effectiveness of a package of postpartum family planning interventions on the uptake of contraceptive methods until twelve months postpartum in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: the YAM DAABO study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2018 Jun 11;18(1):439. doi: 10.1186/s12913-018-3199-2. PMID: 29890982; PMCID: PMC5996535.

128. Yakubu A, Vandelaer J, Mengiste G, Shafique F, Degefie T, Davis R, Adegboyega T. Programmes de vaccination. In: Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, édés. Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006. ISBN-13: 978-0-620-37695-2. ISBN-10: 0-620-37695-3

129. Smythe E, Payne D, Wilson S, Paddy A, Heard K. Revealing tact within postnatal care. *Qual Health Res.* 2014 Feb;24(2):163-71. doi: 10.1177/1049732313519704. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24448102.

ANNEXES

10.ANNEXES

Fiche d'enquête

ID : / _____ / Code centre : / _____ /

Date : / ___ / ___ / ___ / NOM : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

Ethnie : _____ Occupation : _____ Niveau d'étude : _____

Date d'accouchement : / ___ / ___ / ___ / Heure d'accouchement : / ___ / Type

d'accès à la structure : 1 venue d'elle-même 2 référée 3 autres :

Facteurs de risque :

Antécédents personnels:

- Médicaux :
- Chirurgicaux:
- Obstétricaux :

Antécédents familiaux:

Lieu d'accouchement:

Mode d'accouchement: 1: voie basse 2: césarienne 3 : instrumental F V

APGAR à 1mn: _____ APGAR à 5 mn : _____

Poids : _____ Taille : _____ Terme grossesse (SA) : _____

I. EXAMEN A LA SORTIE

TA : _____ Poids : _____ Pouls : _____ Température : _____

Fer + acide folique : Oui Non VAT : Oui Non : TPI : 1^{ere}dose 2^edose 3^e dose

A. PLAINTES DES FEMMES

1. Infections (Symptômes) : Douleurs abdominales : _____ Fièvre élevée : _____ Pertes nauséabondes :
2. Problèmes vésicaux : IUE : rétention aiguë : FVV : _____
3. Douleurs pelviennes : Douleurs ceinture pelvienne Oui Non
4. Hémorroïdes : Oui Non
5. Constipation : Oui Non
6. Dépression : Anxiété : Oui Non Fatigue extrême : Oui Non
- Douleurs périnéales : Oui Non
8. Problèmes liés aux seins :

Engorgement Crevasses Invagination des mamelons Autres : _____

9. Anémie : Vertiges Palpitation Dyspnée Autres _____

B.

C. EXAMEN PHYSIQUE

Etat général :
Conscience :
Conjonctives :
Seins :
Abdomen :
Globe de sécurité :
Saignement vulvaire :
Etat vulvaire :

D. COMPLICATIONS MATERNELLES RENCONTREES :

Hémorragie du post-partum : Oui Non
Prééclampsie/éclampsie : Oui Non
Infection puerpérale : Oui Non
Maladie thrombo-embolique : Oui Non
Complications urinaires :
Rétention urinaire : Incontinence : Infection :
Symptômes périnéaux et vulvaires :
Mastite puerpérale :
Problèmes psychologiques :
Autres :

E. COMPLICATIONS DU NOUVEAU-NE DANS LA PERIODE POSTNATALE/ 1^{ère} CONSULTATION

Evaluation du nouveau-né : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :

- ✦ Alimentation : a cessé de bien s'alimenter, ✦ Convulsions :
- ✦ respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute) : tirage intercostal sévère : pas de mouvements spontanés :
- ✦ Température corporelle :
- ✦ ictère pendant les 24 premières heures de vie : paumes et plantes des pieds jaunes, tous âges confondus ✦ Poids :
- ✦ Tonus :

Morbidité néonatale engageant le pronostic vital :

Prématurité :
Petit poids de naissance :
Anomalies congénitales :
Infection néonatale grave :
Tétanos néonatal :
Traumatisme à la naissance :
Autres pathologies graves :
Troubles de la thermo-régulation : Hypothermie : Hyperthermie :
Ictère néonatal :
Ophtalmie purulente du nouveau-né :
Herpès néonatal :
Hépatite B :

Infection VIH :

Résultat :

Mère : Vivante : décédée : référée :

Nouveau-né : Vivant : décédé : référé : Contraception :

Méthode :

II. EXAMEN 2^{IEME} CONSULTATION POST NATALE DATE :

TA : Poids : Pouls : Température :

Fer + acide folique : Oui Non VAT : Oui Non : TPI : 1^{ere}dose 2^edose 3^e dose

Etat général :

Conscience :

Conjonctives :

Seins :

Abdomen :

Globe de sécurité :

Saignement vulvaire :

Etat vulvaire :

A. COMPLICATIONS MATERNELLES RENCONTREES :

Hémorragie du post-partum : Oui Non

Prééclampsie/éclampsie : Oui Non

Infection puerpérale : Oui

Non Maladie thrombo-embolique : Oui

Non Complications urinaires :

Rétention urinaire : Incontinence : Infection :

Symptômes périnéaux et vulvaires :

Mastite puerpérale :

Problèmes psychologiques :

Autres :

B. COMPLICATIONS DU NOUVEAU-NE DANS LA PERIODE POSTNATALE

Evaluation du nouveau-né : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :

✦ Alimentation : a cessé de bien s'alimenter, ✦ Convulsions :

✦ respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute) : tirage intercostal sévère : pas de mouvements spontanés :

✦ Température corporelle :

✦ ictère pendant les 24 premières heures de vie : paumes et plantes des pieds jaunes, tous âges confondus ✦ Poids :

✦ Tonus :

Morbidité néonatale engageant le pronostic vital :

Prématurité :

Petit poids de naissance :
Anomalies congénitales :
Infection néonatale grave :
Tétanos néonatal :
Traumatisme à la naissance :
Autres pathologies graves :
Troubles de la thermo-régulation : Hypothermie : Hyperthermie :
Ictère néonatal :
Ophtalmie purulente du nouveau-né :
Herpès néonatal : Hépatite
B :
Infection VIH :
Résultat :
Mère : Vivante : décédée : référée :
Nouveau-né : Vivant : décédé : référé :
Contraception : Méthode :

III. EXAMEN 3^{IE}ME CONSULTATION POST NATALE DATE :

TA : Poids : Pouls : Température :

Fer + acide folique : Oui Non VAT : Oui Non : TPI : 1^{ere}dose 2^edose 3^edose

Etat général :

Conscience :

Conjonctives :

Seins :

Abdomen :

Involution utérine :

Saignement vulvaire :

Etat vulvaire :

A. COMPLICATIONS MATERNELLES RENCONTREES :

Hémorragie du post-partum : Oui Non

Prééclampsie/éclampsie : Oui Non

Infection puerpérale : Oui Non

Maladie thrombo-embolique : Oui Non

Complications urinaires :

Rétention urinaire : Incontinence : Infection :

Symptômes périnéaux et vulvaires :

Mastite puerpérale :

Problèmes psychologiques :

Autres :

B. COMPLICATIONS DU NOURRISSON DANS LA PERIODE POSTNATALE

Evaluation du nouveau-né : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie : Vaccination :

✦ Alimentation : a cessé de bien s'alimenter, ✦ Convulsions :

✦ respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute) : tirage intercostal sévère : pas de mouvements spontanés :

- ✦ Température corporelle :
 - ✦ ictère pendant les 24 premières heures de vie : paumes et plantes des pieds jaunes, tous âges confondus
 - ✦ Morbidité néonatale engageant le pronostic vital :
-
- ✦ Prématurité :
 - ✦ Petit poids de naissance □ :
 - ✦ Anomalies congénitales □ :
 - ✦ Infection néonatale □ grave :
 - ✦ Tétanos néonatal : □
 - ✦ Traumatisme à la □ naissance :
 - ✦ Autres pathologies graves :
 - ✦ Troubles de la thermo-régulation : Hypothermie : □ Hyperthermie : □✦
Ictère néonatal : □
 - ✦ Ophthalmie □ purulente du nouveau-né : □
 - ✦ Herpès □ néonatal :
 - ✦ Hépatite B : □
 - ✦ Infection □ VIH :
 - ✦ Résultat :
 - ✦ Mère : Vivante : décédée : référée :
 - ✦ Nouveau-né : Vivant : décédé : référé : ✦ Contraception :
Méthode :

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SAMAKE

Prénom : Moriba

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Tél : 79-10-62-04

Titre de thèse : LA VALEUR AJOUTEE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA CONSULTATION POSTNATAL A LA MATERNITE DU CHU POINT-G SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS : A PROPOS D'UNE ETUDE TRANSVERSALE DE DEUX MOIS

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique, Pédiatrie, Epidémiologie clinique.

Résumé

Objectif : Etudier les consultations postnatales selon les recommandations de l'OMS au Centre Hospitalier du Point G.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale avec recueil prospectif des données allant du 21 mai au 21 juillet 2018 soit une période de 2 mois dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre Hospitalier du Point G.

Résultats : Au total, 390 accouchées ont été vues en consultation postnatale sur un total de 682 accouchements, cela donne un taux de réalisation de consultation postnatale de 57,2% (390/682//).

Parmi les 390 femmes, 388 ont réalisé toutes les trois CPoN recommandées (99,48%). Deux (02) accouchées n'ont réalisé que la première CPoN parmi les deux, seulement un a réalisé la première et la deuxième CPoN.

Le nombre de femmes vues aux premières, deuxièmes et troisièmes consultations postnatales étaient respectivement de 390, 388 et 387. Il n'y avait aucune association entre le rang de la consultation prénatale et l'âge, le niveau de scolarité et l'occupation de la femme (tableau N°8, $p>0,05$). Par ailleurs, pour la grande majorité des ethnies, le nombre de femmes vues à la première consultation était plus élevé que le nombre reçu pour le 2ème et 3^{ème} consultation.

Il n'y avait aucune différence significative entre les femmes reçues en CPoN selon les antécédents médicaux et obstétricaux.

La prise de fer / acide folique était comparable selon le rang de CPoN par contre significativement moins de femmes avaient réalisé la vaccination antitétanique parmi celles reçues aux 2^{ème} et 3^{ème} CPoN comparées à celles reçues à la première CPoN. Pareillement moins de prise de SP avait été observée par les femmes vues aux 2^{ème} et 3^{ème} CPoN. Toutes ces insuffisances ont été corrigées lors des visites index à la CPoN.

La primigestité, l'existence d'une hypertension artérielle au cours de la grossesse et la référence au cours du travail d'accouchement ont été les trois principaux facteurs associés à la survenue de complications maternelles après analyse multivariée

Mots clés : Consultation postnatale, recommandations de l'OMS 2018, CHU Point G

DATA SHEET

Name: SAMAKE

First name: Moriba

Academic year: 2021-2022

Defense city: Bamako

Country of origin: Mali

Tel: 79-10-62-04

Thesis title: THE ADDED VALUE OF THE IMPLEMENTATION OF POSTNATAL CONSULTATION AT THE MATERNITY CHU POINT-G ACCORDING TO WHO RECOMMENDATIONS: ABOUT A TWO-MONTH CROSS-SECTIONAL STUDY

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FMOS)

Sector of interest: Gynecology-Obstetrics, Pediatrics, Clinical Epidemiology.

Summary

Objective: To study postnatal consultations according to WHO recommendations at the Center Hospitalier du Point G.

Material and method: This was a cross-sectional study with prospective data collection from May 21 to July 21, 2018, i.e. a period of 2 months in the Obstetrics Gynecology department of the Point G Hospital.

Results: In total, 390 new mothers were seen in postnatal consultation out of a total of 682 deliveries, this gives a postnatal consultation completion rate of 57.2% (390/682//).

Of the 390 women, 388 achieved all three recommended CPoNs (99.48%). Two (02) delivered only realized the first CPoN among the two, only one realized the first and the second CPoN.

The number of women seen at the first, second and third postnatal visits were 390, 388 and 387 respectively. women (table 8, $p > 0.05$). Moreover, for the vast majority of ethnic groups, the number of women seen at the first consultation was higher than the number received for the 2nd and 3rd consultation.

There was no significant difference between women seen in CPoN according to medical and obstetrical history.

Iron/folic acid intake was comparable according to CPoN rank, but significantly fewer women had taken the tetanus vaccination among those received at the 2nd and 3rd CPoN compared to those received at the first CPoN. Similarly, less SP intake was observed by the women seen at the 2nd and 3rd CPoN. All these shortcomings were corrected during index visits to the CPoN.

Pridigestity, the existence of arterial hypertension during pregnancy and referral during labor were the three main factors associated with the occurrence of maternal complications after multivariate analysis.

Keywords: Postnatal consultation, WHO 2018 recommendations, CHU Point G

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.